CUIDADO FAMILIAR DE NIÑOS DE 4 A 8 AÑOS CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN
PEREIRA
2007

YURI ANDREA MORENO CARDONA
JULIETH NATALIA OBANDO VELEZ
MAYOLA RODRIGUEZ
LINA ALESANDRA VERGARA OSPINA
JENNIFER ZAPATA HOYOS

CORPORACION UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA
FACULTAD DE ENFERMERIA
PEREIRA
2007

CUIDADO FAMILIAR DE NIÑOS DE 4 A 8 AÑOS CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION
PEREIRA
2007

YURI ANDREA MORENO CARDONA
JULIETH NATALIA OBANDO VELEZ
MAYOLA RODRIGUEZ
LINA ALESANDRA VERGARA OSPINA
JENNIFER ZAPATA HOYOS

ANTEPROYECTO - TESIS DE GRADO

ASESOR TEMATICO:
DORIS ALZATE

CORPORACION UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA
FACULTAD DE ENFERMERIA
PEREIRA
2007

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCION **1**

1. OBJETIVOS ……. **4**

2. MARCO REFERENCIAL …… **5**

3 TEORIA DE ENFERMERIA …… **23**

4. DISEÑO METODOLOGICO…… **25**

4.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES ……. **26**

5. RESULTADOS ……. **28**

7. CONCLUSIONES ……. **47**

BIBLIOGRAFIA …… **49**

ANEXOS …… **52**

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1 …… **28**

Tabla 2 ……... **29**

Tabla 3 ……... **30**

Tabla 4 …….. **31**

Tabla 5 ……. **32**

Tabla 6 ……. **33**

Tabla 7 ……. **34**

Tabla 8 ……. **35**

Tabla 9 ……. **36**

Tabla 10 …….. **37**

Tabla 11 ……. **38**

LISTA DE GRAFICOS

Pág.

GRAFICO 1 …… 28

GRAFICO 2 ……... 29

GRAFICO 3 ……... 30

GRAFICO 4 …….. 31

GRAFICO 5 …….. 32

GRAFICO 6 …….. 33

GRAFICO 7 …….. 34

GRAFICO 8 …….. 35

GRAFICO 9 …….. 36

GRAFICO 10 …… 37

GRAFICO 11 …… 38

GRAFICO 12 …… 39

GRAFICO 13 …… 40

GRAFICO 14 ……. 41

GRAFICO 15 ……. 42

GRAFICO 16 ……. 43

GRAFICO 17 ……. 44

ANEXOS

Pág.

Anexo 1 …… 53

Anexo 2 …… 55

Anexo 3 …… 56

Anexo 4 …….. 57

GLOSARIO

Adaptación: Es el proceso a través del cual el individuo asimila una nueva forma de supervivencia. Por consecuente se adapta a nuevas situaciones y busca formas de interrelación.

Aprendizaje: Acción de aprender, adquirir el conocimiento de algo; tiempo que dura esta adquisición.

Atención: Consiste en el despliegue que un organismo realiza en el transcurso de su actividad de obtención de información de su entorno, esta actividad consiste en una búsqueda que tiene, por una parte, aspectos conductuales y por otro, manifestaciones neurofisiológicas.

Autoestima: Aprecio o consideración que se tiene una persona de si misma.

Comportamiento: Conjunto de reacciones de un organismo que actúa en respuesta a un estimulo precedente de su medio interno o externo y observables objetivamente.

Déficit: Falta o carencia de algo (Atención).

Desatención: Se refiere a la carencia, ausencia e insuficiencia de las actividades de orientación, selección, mantenimiento de la atención, y a su deficiencia en el control y regulación para con otros procesos.

Fonoaudiologia: Es una profesión autónoma, que tiene como objeto de estudio La Comunicación Humana y sus Desordenes, con unas áreas de abordaje descritas como: Audición, Habla, Lenguaje y Voz.

Hiperactividad: Alteración de la conducta infantil que consiste en la imposibilidad de permanecer quieto, estando en continua actividad y movimiento, incluso durante el sueño. Con toda probabilidad, es la hiperactividad una de las alteraciones de conducta más relevante en la infancia; aunque solo sea por su frecuencia entre la población escolar.

Impulsividad: Reacción sin reflexión, de forma inmediata, sin tener en cuenta las consecuencias. Tendencia a reaccionar, tomar decisiones, etc.

Normas: Regla general sobre el modo de comportarse o hacer algo, o por la que se rige la mayoría de las personas.

Personalidad: Conjunto de características que marcan la formad e ser de una persona, individualizándola de los demás.

Perturbación: Alteración de las condiciones de equilibrio de un sistema.

Psicología: Estudio científico de la conducta y la experiencia, de cómo los seres humanos y los animales sienten, piensan, aprenden y conocen para adaptarse al medio que les rodea.

Psiquiatría: Especialidad que estudia las enfermedades mentales y los trastornos de conducta.

Rutinas: Costumbre o manera de hacer algo de forma mecánica o usual.

Salud: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia.

Trastorno: Presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo.

INTRODUCCION

El Trastorno de Déficit de Atención es uno de los principales trastornos de la infancia, aunque suele presentarse también en personas adultas. Es más prevalente en niños de sexo masculino que femenino y cuando se presenta en niñas puede desencadenar mayores secuelas. Según estadísticas epidemiológicas un gran numero de niños es afectado por dicho trastorno, un 16. 1% de los niños identificados cumplen el criterio para el diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad y un 8.8 % corresponde al subtipo inatento, el 2.6% tipo hiperactivo- impulsivo, y el 4.7% a un trastorno combinado. Estudios en Colombia señalan una prevalencia de un 7 al 10% con una incidencia mayor en hombres que en mujeres, en una relación 2-4 a 1. Identificándose prevalencias del 16% en escolares.

Esta alteración psicológica se ha definido como una perturbación del comportamiento que afecta a niños en edad preescolar (4 a 8 años), es muy poco reconocido como una enfermedad ante la sociedad, por tal razón es muy difícil para los padres determinar si un niño presenta dicho trastorno, por lo general estos piensan que todos los chicos en algún momento pueden estar distraídos, exhibir demasiada actividad física y actuar de repente sin pensar en las consecuencias; Sin embargo, los padres consideran que el niño con el tiempo se pondrá bien y debido a esto no lo perciben como una enfermedad.

Por este motivo en la actualidad los infantes que tienen Trastorno de Déficit de Atención no están recibiendo el cuidado y el tratamiento indicado, debido a que los hogares, comunidades e instituciones no poseen la información adecuada para la detección temprana y tratamiento oportuno, presentándose de igual manera situaciones de rechazo y desplazamiento.

De ahí la importancia de la intervención de enfermería ya que uno de los pilares de salud comunitaria es la educación en salud que en términos de acción social, se refiere a la promoción de formas de cuidado integral y auto cuidado de las personas (individuos, familias y comunidades), para que sus experiencias de vida y sus respuestas al entorno en que se desarrollan sean saludables.

A grandes rasgos el trastorno de déficit de atención es un padecimiento donde el niño le es difícil centrar su atención a un estímulo y concentrarse en él. Los niños con Trastorno de Déficit de Atención se caracterizan por ser inquietos, escuchar mal, ser irregulares en sus tareas y labores, un poco egoístas, impacientes y presentan serios problemas para construir lazos de amistad con sus compañeros. De hecho, no todos los niños con las características anteriormente nombradas, padecen el trastorno; esto dificulta la identificación oportuna de los niños afectados.

En la literatura se exponen algunos factores desencadenantes del trastorno y algunas formas de identificar los niños que la padecen. Se desconoce si los padres de familia y/o los cuidadores están relacionados con estos factores, y si pueden o no identificar en sus hijos la presencia del Trastorno de Déficit de Atención y cómo manejarlo, qué condiciones necesitan estos niños para favorecer su desarrollo y evitar situaciones que pueden poner en riesgo su integridad personal y social, además de las secuelas individuales y familiares que permanecen si el trastorno no es identificado y manejado de una manera adecuada.

De ahí surge la necesidad de formularse el siguiente cuestionamiento: ¿Los padres de familia y/o cuidadores identifican el trastorno de déficit de atención en sus hijos, tienen conocimiento acerca de él y brindan un cuidado adecuado a los niños de 4 a 8 años con Trastorno de Déficit de Atención (TDA), presentes en la

escuela oficial Deogracias Cardona del barrio “La Dulcera” de la ciudad de Pereira”.

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo general

Identificar el Trastorno de Déficit de Atención (TDA), en los niños de 4 a 8 años que asisten a la escuela oficial “Deogracias Cardona” de Pereira durante el segundo período del año 2.007, y los cuidados que prestan los padres de familia o cuidadores ante esta situación, con el fin de generar una propuesta educativa que permita ilustrar los padres de familia acerca de las estrategias básicas para manejar el trastorno de déficit de atención.

1.2 Objetivos específicos

1. Identificar los niños de 4 a 8 años de la institución escolar de carácter oficial “Deogracias Cardona” de Pereira, que tengan el Trastorno de Déficit de Atención (TDA).

2. Identificar qué conocimientos tienen los padres de familia acerca del trastorno y los cuidados que estos brindan a los niños con el Trastorno de Déficit de Atención.

3. Caracterizar los padres de familia y/o cuidadores según las variables sociales.

2. MARCO REFERENCIAL

El trastorno de déficit de atención fue mencionado en primera instancia por el Dr. Hoffmann quien describió claramente a un niño con déficit de atención e hiperactividad a mediados del siglo XIX. En 1917, R. Lafora describe de nuevo las características clínicas de estos niños, muestra niños sin déficit cognitivos ni sensoriales, nerviosos, indisciplinados, en constante actividad y desatentos. En 1934, Kahn y Cohen proponen el término "Síndrome de Impulsividad Orgánica" para explicar el origen orgánico del Déficit de Atención, estos autores proponen la disfunción tronco encefálica como origen de la labilidad psíquica de estos niños y otras patologías conductuales. Años después el término de "Síndrome de Impulsividad Orgánica" es sustituido por el de "Disfunción Cerebral Mínima" por Clements y Peters, apoyando la posibilidad de un origen funcional, no exclusivamente lesivo, que recogería niños con hiperactividad y dispersión atencional, sumado a otros trastornos del aprendizaje y problemas motores leves. Más tarde aparecen teorías neuroquímicas o neurofisiológicas como base añadida de este espectro comportamental. De forma paralela, el Grupo de Estudio Internacional de Oxford en Neurología Infantil recogen el término "síndrome de disfunción cerebral mínima" para clasificar pacientes con: Hiperactividad, deterioro perceptivo motor, labilidad emocional, dispraxia, trastorno de atención, impulsividad, déficit de memoria, alteración del aprendizaje, trastorno del lenguaje y audición, signos neurológicos menores y/o electroencefalograma[1].

En 1947, el Dr. Bourneville describe "niños inestables" caracterizados por una inquietud física y psíquica exagerada, una actitud destructiva, a la que se suma un leve retraso mental. Un año más tarde, el Dr. Still describe y agrupa de forma

[1] PUERTA BAPTISTE Sitio Web: http://www.psiquiatria.org.co/php/docsRevista/104944HIPERACTIVIDAD.pdf (visitado el 24 marzo de 2006)

precisa esta patología, señala niños violentos, inquietos y molestos, revoltosos, destructivos y dispersos. Ya entonces añade la repercusión escolar como característica asociada, y la apunta incluso en niños sin déficit intelectual.

A partir de 1970, la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, actualmente en su cuarta edición, así como la Organización Mundial de la Salud, en su décima revisión, sustituyen el término disfunción cerebral mínima por el de “Trastorno por Déficit de Atención” (DSM-IV-TR) o el de “Trastornos Hipercinéticos” (CIE-10).

Dicho trastorno ha sido catalogado como uno de los principales trastornos propios de la infancia, por lo tanto las investigaciones realizadas acerca de la patología han sido inmensamente enriquecedoras, ya que además de presentar la prevalencia, comportamiento, etiología y manifestaciones de la enfermedad, se ha contribuido directamente para el mejoramiento de las condiciones de tratamiento y mejoramiento de la calidad de vida de los niños afectados por el trastorno.

En Colombia la asociación colombiana de Psiquiatría ha enfocado muchos de sus proyectos y artículos para la ampliación de los conocimientos frente a tan grave problema (Trastorno de déficit de atención), con el propósito de nutrir a la comunidad del área de la salud de los diferentes cambios en la causalidad, reformas en el tratamiento, medios diagnósticos y opciones de prevención, para que esto pueda intervenir y detener progresivamente la incidencia de esta enfermedad. Entre los artículos e investigaciones de Colombia se encuentra el elaborado por el doctor psiquiatra Germán Puerta, quien publicó en el año 1988 en la revista colombiana de psiquiatría volumen XVII, un artículo el cual se enfocaba en “El estudio diagnóstico del paciente con hiperactividad”, este pretendía mostrar a la comunidad del área de la salud, como eran las manifestaciones de el trastorno de déficit de atención en exámenes para clínicos y complementarios como:

pruebas de laboratorio, signos físicos, electrocardiogramas, electroencefalograma, test psicológicos entre otros, este artículo reveló las opciones clínicas para el diagnóstico del trastorno pero a su vez reveló que estas ofrecían poca información, por lo tanto en otro apartado de su artículo decidió agregar los posibles factores desencadenantes del trastorno, para que el diagnóstico pudiera ser abordado teniendo en cuenta los factores que influyen en cada niño e identificándolos a través de análisis observacionales, proponiendo un mejor pronóstico y detectando tempranamente un mayor número de casos del trastorno[2].

Por su parte el doctor Luis E. Yépez, miembro de la asociación colombiana de psiquiatría, volumen XVIII de 1998, un artículo en el cual se habla del "Tratamiento farmacológico del trastorno de déficit de atención", este muestra a toda la comunidad participe de la salud, importantes cambios que no han sido descritos en la literatura acerca del tratamiento farmacológico del trastorno de déficit de atención, en él además se discutía y se mencionaban algunas posiciones morales y éticas que promovían una cultura antidrogas, debido a que los fármacos para el control de dicha patología fueron estigmatizados como camisas de fuerza química, para controlar los niños que están en conflicto con el sistema. Una vez fue publicado el artículo, estudiado y analizado, se puede decir que proporciono un gran aporte en la adopción de una actitud más realista que sostiene que el tratamiento del trastorno exclusivamente con drogas es simplista, pero que estos son una parte esencial y necesaria en el plan integral de tratamiento de estos niños; Este plan incluye: educación remedial, consejería familiar, terapia del comportamiento, tratamiento farmacológico y en algunos casos asesora psiquiátrica regular[3].

[2] PUERTA BAPTISTE Sitio Web: http://www.psiquiatria.org.co/php/docsRevista/104944HIPERACTIVIDAD.pdf (visitado el 24 marzo de 2006)
[3] Sitio Web: http://www.psiquiatria.org.co/php/docsRevista/11336ATENCION.pdf (visitado el 6 marzo de 2006)

Además de los apartados anteriormente nombrados el doctor Humberto Molinillo, médico psiquiatra de la fundación CARI de Barranquilla, publicó un artículo principal para la revista psiquiátrica colombiana, el cual se centraba en “inquietud en los niños”, la meta ideal con el tratamiento y las características definitorias del Déficit de Atención existente en nuestro país, todo esto despertó gran interés en otros investigadores, despertó deseos de conocer, promover y educar a las personas comunes acerca de la importancia de la detección temprana del Trastorno de Déficit de Atención y de la forma adecuada de manejarlo. Sin embargo un estudio realizado en el año 2003 por dos estudiantes; Blanca victoria Salazar Cardona y Sandra Maria Marín de la Universidad Católica Popular de Risaralda, titulado “Efectividad de un programa de entrenamiento institucional dirigido a docentes de instituciones públicas de la ciudad de Pereira, para la detección y el manejo de la conductas hiperactivas con déficit de atención de estudiantes de tercero y cuarto grado de primaria”, reveló que los docentes carecían de información valiosa acerca del Déficit de Atención, por lo tanto no se estaba ofreciendo una cuidado apropiado para los niños en factor de riesgo y a los ya afectados por él. Una vez se ejecutó el proyecto se obtuvo un gratificante resultado, ya que mejoró sustancialmente la atención de los niños perturbados por el trastorno, de distintas escuelas de Pereira. No obstante se conservan vacíos importantes en el área comunitaria y familiar acerca del Trastorno, lo que hace poco efectiva la intervención educativa, ya que las conductas reformadas en la escuela aparecen nuevamente en los hogares y es allí donde se toman medidas correctivas mas precarias aun, lo que afecta al niño de manera importante ya que es quizás en la infancia donde los cambios generan mayores modificaciones en la personalidad, apariencia física y desarrollo conceptual de todos los individuos, haciendo fundamental la participación sana de la familia, la comunidad y las instituciones educativas del infante.

De ahí que la interacción de factores ambientales con las condiciones biológicas explican las diferencias entre las personas, sin embargo, los comportamientos, lo que una persona siente, piensa, hace o dice en cada momento de su vida no son el resultado de un factor biológico que actúe como causa de los mismos, sino como resultado de la interacción entre factores predisponentes (biológicos) y factores desencadenantes (ambientales) que modifican la probabilidad de actuar de un modo u otro. Esto se fundamenta en la capacidad de elegir la forma de comportarse de los seres humanos, su libertad de elección, por lo tanto la conducta de las personas es el comportamiento que eligen en una situación concreta, además está relacionada con las expectativas de consecuencias que uno u otro comportamiento les pueda proporcionar. No obstante, en cada situación de la vida, cada individuo sólo puede actuar de acuerdo a sus posibilidades físicas, lo que significa que las condiciones biológicas limitan sus posibilidades de comportamiento: movimientos precisos o temblorosos, razonamientos simples o complejos, habla fluida o lenta, etc., por lo tanto una condición que afecte su salud mental determina drásticamente el comportamiento los hombres pudiendo llegar a ser desadaptativo social y personalmente.

Es de saber además que la salud mental de cada niño depende de una serie de factores que modifican la misma, variables psicológicas, biológicas y socioculturales que actúan directamente en la mente de cada niño, estos factores son:

- Factores biológicos: Se encuentran las influencias pre y peri natales, la salud física, la neuroanatomía y la fisiología.
- Factores psicológicos: Se encuentran las interacciones con los padres, hermanos y demás niños; el cociente de inteligencia; el concepto de uno

mismo; las habilidades; los talentos; la creatividad y el nivel de desarrollo emocional.

- Factores socio-culturales: Se encuentra la estabilidad familiar, los patrones de educación de los hijos, el nivel económico, el alojamiento, la pertenencia a una minoría que pudiera experimentar los perjuicios, las influencias religiosas y los valores

En la etapa escolar el desarrollo sensitivo y motor de los niños, las expresiones emocionales, los procesos cognoscitivos, lingüísticos, preceptuales e intelectuales, no sólo siguen su curso de desarrollo sino que también adquieren características propias que pueden permanecer presentes en todo el desarrollo del niño, haciendo de esta una de las más vulnerables para la aparición de desviaciones en la estructuración de la personalidad del escolar.

Dos grandes psicólogos Lindgreen y Byrne 1975, describieron la personalidad como “Las formas relativamente duraderas y congruentes de conducta que caracteriza a cada individuo”, lo que clarifica aun más la importancia del transcurso adecuado de la etapa pre escolar (4 a 8 años). En esta etapa como en todas las del desarrollo evolutivo de los seres humanos, aparecen diversos trastornos, entre ellos el Déficit de Atención, que se complica con mayor frecuencia en niños con los siguientes factores de riesgo:

1. Niños pobres.
2. Hijos de padres con enfermedades mentales y abuso de sustancias psicoactivas.
3. Niños víctimas de malos tratos.
4. Niños de minorías étnicas.
5. Hijos de padres adolescentes.

6. Niños con familias disfuncionales.
7. Niños con enfermedades o discapacidades crónicas.

Este trastorno es un patrón persistente de falta de atención o de hiperactividad-impulsividad, una condición que hace difícil que un niño pueda sentarse tranquilo, controlar su conducta, y poner atención. Se han encontrado tres tipos de Trastorno de Déficit de Atención:

1. **Tipo desatento,** donde la persona no puede ni enfocarse ni mantenerse enfocada en una tarea o actividad.
2. **Tipo hiperactivo- impulsivo,** donde la persona es muy activa y a menudo actúa sin pensar.
3. **Tipo combinado,** donde la persona es inatenta, impulsiva y demasiado activa.

Entre los síntomas de falta de atención se incluyen los siguientes:

- No presta atención a los detalles o incurre en errores por descuido.
- Tiene dificultad para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- No sigue instrucciones y no finaliza las tareas escolares, encargos u obligaciones.
- Tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- Evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren esfuerzo mental sostenido.
- Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes y es descuidado en sus actividades diarias.

Los síntomas de hiperactividad incluyen los siguientes:

- mueve en exceso manos y pies, se remueve en su asiento.
- A menudo abandona su asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
- Corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
- Tiene dificultad para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- A menudo esta ”acelerado” y habla en exceso.

El trastorno de déficit de atención es uno de los más prevalentes en la infancia y los más complejos en su tratamiento y control se debe tener muy presentes cuales son los indicadores de hiperactividad en distintos momentos evolutivos del niño:

a) De 0 a 2 años: Problemas en el ritmo del sueño y durante la comida, períodos cortos de sueño y despertar sobresaltado, resistencia a los cuidados habituales, reactividad elevada a los estímulos auditivos e irritabilidad.

b) De 2 a 3 años: Inmadurez en el lenguaje expresivo, actividad motora excesiva, escasa conciencia de peligro y propensión a sufrir numerosos accidentes.

c) De 4 a 5 años: Problemas de adaptación social, desobediencia y dificultades en el seguimiento de normas.

d) A partir de 6 años: Impulsividad, déficit de atención, fracaso escolar, comportamientos antisociales y problemas de adaptación social.

Debido a que dicho trastorno no tiene cura, todas las actividades deben ir encaminadas preventivamente, con una detección temprana de la afección y un manejo adecuado en caso de que esta se encuentre en etapas avanzadas. En la actualidad una de las más grandes debilidades para prevenir el problema es la

ausencia del conocimiento de su causa, las comunidades científicas y médicas están adquiriendo conocimientos crecientes sobre el funcionamiento del cerebro y los factores que afectan la atención y el aprendizaje. Como en el caso de otros trastornos, no siempre resulta posible identificar un origen. A continuación se enumeran posibles causas del de Déficit de Atención:

a) Causas genéticas

El Trastorno de Déficit de Atención tiende a aparecer en determinadas familias, un niño con Déficit de Atención a menudo tiene un progenitor, un hermano, un abuelo u otro pariente con historias y conductas similares.

b) Causas biológicas / fisiológicas

Muchos médicos describen el Trastorno como una disfunción neurológica en un área del cerebro que controla los impulsos y contribuye a filtrar los estímulos sensoriales y enfocar la atención. Estos profesionales sostienen que puede haber un desequilibrio o una falta de la dopamina, que trasmite mensajes neurosensoriales (trasmisores sensoriales). Las personas con Déficit de Atención presentaron un déficit de estos trasmisores.

c) Complicaciones o traumas durante el embarazo o el parto.

d) Exposición prenatal al alcohol y a drogas; estos niños suelen presentar un daño neurológico sostenido y muchas conductas de Déficit de Atención.

Debido a que dicho trastorno se caracteriza por tener características definitorias claras y visibles no cambiantes es importante tener siempre presentes los patrones y conductas que caracterizan a este tipo de población infantil, dentro de estas están:

- Pierden el rumbo de la tarea: mientras que el niño con Déficit de Atención con hiperactividad pierde la pista de lo que está haciendo en forma notoria,

el niño sin hiperactividad lo hace pasivamente y sin llamar la atención de sus maestros. Ya que siempre pareciera estar en otro mundo, con su mirada perdida, su tranquilidad les hace flotar por largos períodos no captando la información contenida en la explicación del profesor.

- Presentan patrones de pensamiento indefinidos: Es muy difícil para ellos mantener informaciones en forma lineal y secuenciada. Pierden detalles esenciales de la información obtenida a recibirla y procesarla en forma desordenada. Los pasos de un proceso (ciencias) que deben ser seguidos en cierto orden los mezclan revolviéndolos. Lo que se ha aprendido no aparece en su pantalla mental cuando la necesita. Su memoria es vaga, dispersa, esto les impide realizar un conjunto de actividades que requiera una tarea.
- Cambios de primeras impresiones: Los niños con déficit atencional, cambian rápidamente las primeras impresiones de las informaciones que reciben. Es por esto que, pueden aparecer borrando y cambiando todo lo que realiza, ya que lo que ve y lo que escucha no siempre es procesado junto.
- Poseen un tiempo cognitivo lento: El procesamiento de la información obtenida y rescatada es un lento y generalmente no logran responder frente a las presiones de tiempo, cuando se les solicita que realicen algo en un tiempo corto y determinado pasan largos períodos tratando de encontrar información sin obtener resultados. No reaccionan de inmediato. Entonces el trabajo escolar les consume mucho esfuerzo y les agota rápidamente.
- Poseen problemas para nominar y describir: Al poseer un tiempo cognitivo lento, no retienen o no logran evocar conceptos para nominar y describir situaciones, ya que necesita un período más largo para poder identificar cuál es la información necesaria. Pueden dar grandes sorpresas de

eficiencia cuando se les otorga un plazo de tiempo más largo para elaborar sus respuestas.

- Auto observaciones orales: es característico en estos niños que cada vez que reciben una instrucción la repitan en forma oral, de modo de fijar los detalles específicos de lo que están escuchando.

ESTRATEGIAS PARA AYUDAR AL NIÑO CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN

Los problemas del síndrome de Déficit de atención aparecen antes de los siete años y se manifiestan en ambientes comunes como la casa y la escuela, además se ha encontrado que no existe una cura y que después de diagnosticado la persona lo debe padecer durante toda la vida. Es por esto que es necesario implementar diferentes estrategias en casa y en el salón de clase con el fin de hacer efectivo el tratamiento no farmacológico y pueda ser controlado así el trastorno.

Rol de los padres

La familia es fundamental para el mantenimiento de los avances del niño y es el punto de partida de cualquier progreso. Su papel dentro del proceso no puede quedarse en cambiar rutinas y tradiciones en función de las nuevas necesidades y exigencias del medio, es necesario además implementar los elogios cuando haga bien su trabajo, fomentar las potencialidades y talentos del niño.

Partiendo del hecho de que la estructura familiar se rige por un orden natural y que al alterar este orden aparecen las dificultades, es claro que la mejor manera de prevenir y combatir los problemas de comportamiento es establecer dentro del

funcionamiento familiar normas y rutinas propias que les den a los niños seguridad acerca de lo que se espera de ellos ante diferentes situaciones.

La familia es una estructura

Una estructura es un esqueleto que soporta las presiones del medio; un conjunto de cuerpos organizados de tal manera que permiten el movimiento de sus partes pero mantienen su esencia.

En la familia la estructura es la forma de organización de sus miembros y la base son padres quienes toman las decisiones y asumen la responsabilidad de cuidar y educar a los hijos, que siguen las normas y aprenden de sus mayores para en un futuro poder enseñar a sus propios hijos.

Por ello es necesario mantener la estructura de manera firme y no confundir los roles dándole a los hijos responsabilidades que no corresponden; es deber de los padres construir para los hijos un ambiente seguro y organizado que les permita predecir las consecuencias de sus actos y tomar decisiones sobre lo que esta bien o mal.

Para poder atender el Déficit de atención de alguno de los niños es necesario que tome en cuenta algunas de las siguientes actividades:

- Establecer normas y rutinas.
- Mantener comunicación constante entre todos los miembros de la familia.
- Apoyar a la pareja frente a las decisiones que tome, así no se este de acuerdo para así no desautorizarla.
- Mantener alejados a los niños de los problemas de los padres.

- Asignar responsabilidades dentro del hogar, que sean adecuadas para la edad del niño.
- Ante las diferentes situaciones son los padres quienes deben asumir la responsabilidad.
- Constantemente se debe reforzar los valores familiares y la autoestima de cada uno.
- Buscar un colegio adecuado para el niño y mantener con este una comunicación constante.
- Brindar atención a la salud mental del niño y de todas las personas que se encuentren alrededor de este. Sea a abierto a la idea de asesoramiento.

Normas y rutinas

Desde que son bebés, los padres enseñan a sus hijos rutinas para comer, dormir, jugar, etc. Mantener la regularidad en una labor, enseñar al niño a no abandonar un juego o una actividad sin terminarla primero, son pasos principales para manejar el Déficit de atención y la hiperactividad.

En toda organización son indispensables las normas ya que estas nos dan seguridad y nos ayudan a relacionarnos con los demás de una manera armónica. Una familia con normas claras y sobre todo estables ayuda al niño a formar un carácter sano, positivo y equilibrado.

Normas:

Los padres deben estar de acuerdo entre sí al establecer cualquiera de las normas en la casa.

Las normas no deben presentarse como estáticas, pues deben evolucionar con la familia y con la edad de los niños. Deben ser claras y poder aplicarse en

diferentes situaciones con lo cual se aplican sin limitar el desarrollo de los individuos.
Aunque no deben ser impuestas sin explicación, tampoco es recomendable llegar al extremo de una eterna discusión acerca de las reglas, pues existen momentos donde se necesita un "NO" rotundo y definitivo.

Rutinas:
El niño, desde que nace, necesita horarios y estos deben tratar de cumplirse siempre, con posibilidades de ajustarlos ante una situación inesperada.
Al jugar o realizar una labor, el niño debe acostumbrarse a terminarla antes de cambiar a otra actividad.

Al finalizar debe recoger todo lo utilizado y ponerlo en su lugar.

Al llegar a la edad escolar es importante que se elija un lugar de la casa para hacer las tareas y estudiar y este debe ser cómodo, adecuado y con los materiales necesarios.

En las tardes los niños deben tener un horario de actividades que incluya tiempo libre y con controles de tiempo para usar el computador y el televisor.
Juegos de memorizar, contar, descubrir personajes o palabras a partir de pistas son actividades para compartir en familia durante los viajes o el tiempo libre y ayudan al niño a mejorar la concentración.

Diariamente es importante leer en familia unas pocas páginas del libro favorito de los niños para luego preguntarles que entendieron, por que sucedió algo de lo leído, y que creen ellos que pasará luego. Esto les ayudará a desarrollar una gran comprensión de lectura, ejercitar la concentración y fortalecer e interiorizar valores y rutinas.

Rol del equipo interdisciplinario:

Para que este abordaje del déficit de atención tenga éxito, es indispensable el trabajo en equipo entre el colegio, Fonoaudiólogo, Terapista Ocupacional, Psicóloga individual y/o familiar, Psiquiatra y Padres de familia, quienes siguiendo un plan de trabajo a partir de una evaluación integral de la situación del niño, lo lleven a alcanzar paso a paso sus metas.

La prevención primaria al ser la principal estrategia para atacar el déficit de atención, debe ser integral y permitir una valoración exhaustiva de todos los factores que puedan correlacionarse con cada niño, intervenir los que en cada caso se puedan correlacionar con el trastorno y modificar las variables que actúen sobre dicha patología, es importante además tener presente que la aparición del Trastorno de Déficit de Atención no solo trae como consecuencia el fracaso escolar, sino que además acarrea consecuencias más graves aun como lo son: depresión infantil, problemas en las relaciones sociales, problemas de conducta de las etapas del desarrollo evolutivo, baja autoestima y un posible abuso de sustancias y alcohol en etapas temprano de la maduración, por lo tanto se hace indispensable el fomento de la adopción de los estilos de vida saludables con fines promovedores de la salud mental del niño y de la comunidad que lo rodea.

Debido a que el trastorno de déficit de atención es una alteración patología, existen diferentes leyes que reglamentan el trato y el manejo de los niños con este tipo de problemas, entre la constitución política colombiana encontramos los siguientes artículos y decretos aplicados para esta situación:

Artículo 12

1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos

que lo afectan, teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones, en función de la edad y madurez del infante.

2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que lo afecte, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.

Hace referencia a que todos los niños tienen los mismos derechos a expresarse, jugar libremente, a equivocarse, a ser respetados y a opinar y no a ser excluidos de los grupos sociales, cualquiera que sean sus condiciones físicas o mentales.

Artículo 24

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;

b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;

c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y

el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;

d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;

e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;

f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.
En nuestra sociedad todos los niños desde la concepción tienen derecho a tener una vida sana, a prevenir y curar la enfermedad, a ser protegidos sin diferencias de clases sociales ni condiciones físicas ni mentales.

Artículo 27

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

2. A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño.

3. Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.

4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar el pago de la pensión alimenticia por parte de los padres u otras personas que tengan la responsabilidad financiera por el niño, tanto si viven en el Estado Parte como si viven en el extranjero. En particular, cuando la persona que tenga la responsabilidad financiera por el niño resida en un Estado diferente de aquel en que resida el niño, los Estados Partes promoverán la adhesión a los convenios internacionales o la concertación de dichos convenios, así como la concertación de cualesquiera otros arreglos apropiados.
Todos los niños tienen derecho a vivir dentro de una familia, recibir una educación adecuada, ser respetados y valorados para mejorar las condiciones de vida.

A todos los niños se les debe respetar indiscutiblemente sus decisiones y derechos, no deben ser sometidos a ninguna clase de abuso físico social y mental, por lo tanto la educación sana y el tratamiento efectivo de cualquier niño con alteración mental se hace indiscutiblemente necesaria para el desarrollo cognitivo y mental de todos los infantes que padecen el *TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION* y otras alteraciones mentales que los categoricen como población "especial".

3. TEORIA DE ENFERMERÍA

CALISTA ROY-MODELO DE ADAPTACIÓN; En la teoría de Callista Roy, la adaptación es una respuesta positiva o negativa a diversos estímulos recibidos, esto se determina según la capacidad de afrontación y el nivel de adaptación de la persona. Según la teoría, una buena adaptación es el proceso de recibir una respuesta positiva ante los cambios en el entorno.

El nivel de adaptación de una persona es: “Un punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales, que representan el estándar de la gama de estímulos con el que la persona puede reaccionar por medio de respuestas normales de adaptación”. Todas las personas por lo tanto difieren en su capacidad de adaptación según sean las características de los estímulos recibidos y el entorno en que estos se proporcionan.

Aplicado al TDA el modelo de adaptación puede ser relacionado de la siguiente manera: la capacidad de adaptación de los niños afectados con el trastorno ante un estímulo es ineficaz, ya que este presenta dificultad en la adaptación positiva ante los estímulos proporcionados en diferentes espacios como lo son: El hogar (la familia), el barrio (la comunidad), y la escuela (entorno escolar).

Por otra parte la capacidad de adaptación y los mecanismos de afrontamiento tienen componentes innatos y adquiridos; es decir que algunos de estos componentes nacen con cada una de las personas, estas son independientes y difieren de los demás, pero algunos mecanismos de adaptación son adquiridos por medio de diversos métodos de aprendizaje, lo que significa que los mecanismos inefectivos de adaptación pueden ser modificados por medio de diversas terapias, establecimiento de reglas, modificación de malos hábitos entre otros.

Por otro lado es importante resaltar que todos los mecanismos de afrontamiento y adaptación no solo se derivan de la relación con el entorno, estos son regulados directamente por un subsistema regulador que supone: “un proceso de afrontamiento importante en el que entran en juego el sistema neuronal, el químico y el endocrino, y estos a su vez pueden ser eficaces o ineficaces”[4]. Aplicado al Trastorno de Déficit de Atención es necesario identificar el agente causal del trastorno; cúal de los subsistemas reguladores esta funcionando de manera ineficaz dificultando el proceso de adaptación a diversos entornos, para que este pueda ser atacado, controlado y modificado de una forma positiva.

El modelo de adaptación describe además el modelo de desempeño del rol este se refiere “a la forma en que la persona adopta una función o papel que esta desempeña en la sociedad”, por lo tanto esta debe ser funcional al momento de asignar roles y funciones, en función de las capacidades de adaptación y respuestas frente a los estímulos de cada persona, para que esta se adapta positivamente a estos y si se presenta alguna adaptación ineficaz esta pueda ser modificada de manera oportuna por medio de un mecanismo de respuesta.

Según lo anterior se dice que según el modelo de adaptación “La salud es el estado y el proceso de ser y de convertirse en persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de adaptación, es decir, es la interpretación de la persona y su entorno”. Relacionando lo anterior al Déficit de Atención se puede decir que este al ser una alteración psicológica que interfiere en el proceso de adaptación, es necesario aplicar el modelo de adaptación de Sor Callista Roy para inferir y modificar los mecanismos de adaptación adquiridos, mejorando la capacidad de adaptación y respuesta ante diversos estímulos del niño afectado.

[4] TOMEY, Ann Marriner- ALLIGOOD, Martha Raile. Modelos y Teorías de Enfermería. Quinta edición. Pág.: 269

4. DISEÑO METODOLÓGICO

El tipo de estudio para este proyecto es descriptivo; la población escogida para la investigación son los padres de familia y/o cuidadores de niños escolares de grado 0 y 1° con edades comprendidas entre 4 y 8 años con TDA, que asistan a la escuela Deogracias Cardona del barrio “La Dulcera” de Pereira durante el segundo período del año 2007.

La recolección de información se hará en un solo momento del tiempo; se aplicará el test (DSM-IV) a los padres de familia y/o cuidadores, para identificar los niños con el trastorno, una vez obtenidos los resultados del test DSM-IV se citarán a los padres de familia cuyos hijos hayan resultado positivos para la patología, para aplicar en ese mismo momento la Encuesta de Manejo del Trastorno de Déficit de Atención, allí se establecerán cuánto conocimiento tienen los padres acerca del trastorno de déficit de atención, según los resultados obtenidos se planteará una estrategia educativa (Cartilla), que se dejará para que esta pueda ser validada por un nuevo grupo de investigación que desee continuar con el proyecto.

Para el análisis de la información se conformará una base de datos en el programa de Epi info 2000 y se digitarán los datos recolectados, a continuación se realizará el análisis de las variables numéricas por medio de medidas de tendencia central y de dispersión, para posteriormente redefinir la variable en intervalos para realizar tablas de distribución de frecuencias, el análisis de las variables nominales se hará por medio de proporciones, tablas de distribución de frecuencias y gráficos.

4.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	CRUCE DE VARIABLE
1. Trastorno de déficit de atención.	El niño presenta la enfermedad en sus diferentes subtipos.	Nominal	Desatención Hiperactividad-Impulsividad Combinado No tiene TDA	**1 vs. 2,3**
2. Edad del niño.	Numero de años cumplidos el niño desde el momento del nacimiento hasta la actualidad.	Razón	Años cumplidos____	**2 vs. 3**
3. Género del niño.	Sexo del niño al cual se pertenece.	Nominal	Femenino Masculino	**1 vs. 3**
4. Régimen de seguridad social.	Seguridad social que el padre de familia y el niño con TDA tengan.	Nominal	Contributivo Subsidiado Vinculado Encuestado Ninguno	**4 vs. 1**
5. Tipo de Cuidados.	Forma de educar, corregir y atender al niño.	Nominal	Adecuado Inadecuado	**5 vs. 6,7,8,9**
6. Edad Padre de Familia.	Numero de años cumplidos del padre de familia o cuidador del niño desde el momento del nacimiento hasta la actualidad.	Razón	Años cumplidos____	**5 vs. 6**
7. Género Padre de Familia.	Sexo del padre de familia o cuidador del niño al cual se pertenece.	Nominal	Femenino Masculino	**7 vs. 5**

VARIABLE	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	CRUCE DE VARIABLE
8. Nivel educativo	Nivel de educación del padre de familia o cuidador del niño, según sea el número de años cursados en instituciones educativas.	Ordinal	Ninguno Primaria Secundaria Universitario otros	**8 vs. 5**
9. Nivel socioeconó-mico	Estrato socioeconómico al cual pertenezca el padre de familia según sea su sitio de vivienda.	Ordinal	Alto Medio-alto Medio Medio –bajo Bajo	**9 vs. 5**

5. RESULTADOS

1. Caracterización general de escolares encuestados

En la tabla 1 se presenta la distribución de los niños encuestados según edad y género, constituye un grupo de escolares, hombres (61.5%), en su mayoría de 6 años de edad (53.8%).

Tabla 1. Distribución de escolares encuestados según edad

Edades	Nº	%
4 años.	0	0
5 años	11	21.2
6 años	28	53.8
7 años	8	15.4
8 años	5	9.6
Total	52	100

Grafica 1. Distribución de escolares encuestados según edad

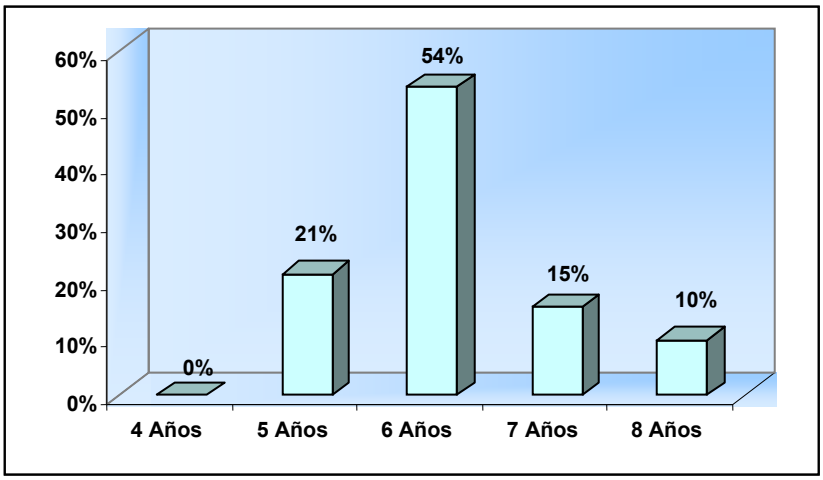
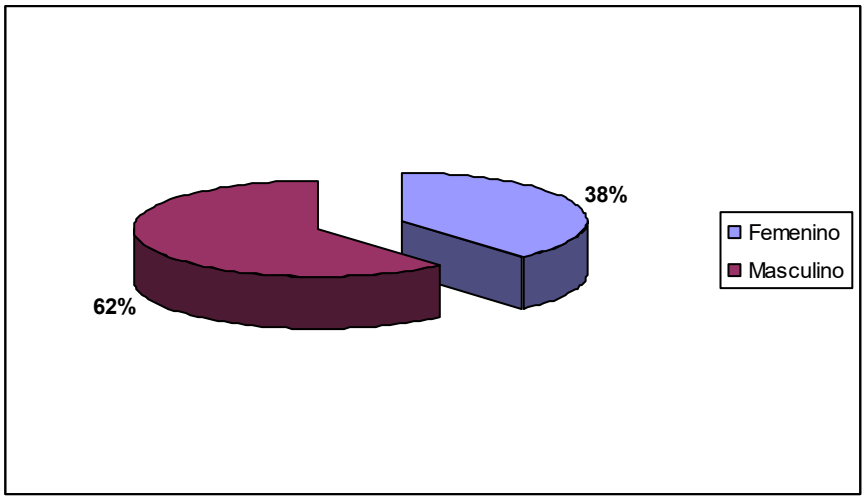


Tabla 2. Distribución de escolares encuestados según género

Genero	Nº	%
Femenino	20	38.4
Masculino	32	61.6
Total	52	100

Grafica 2. Distribución de escolares encuestados según género



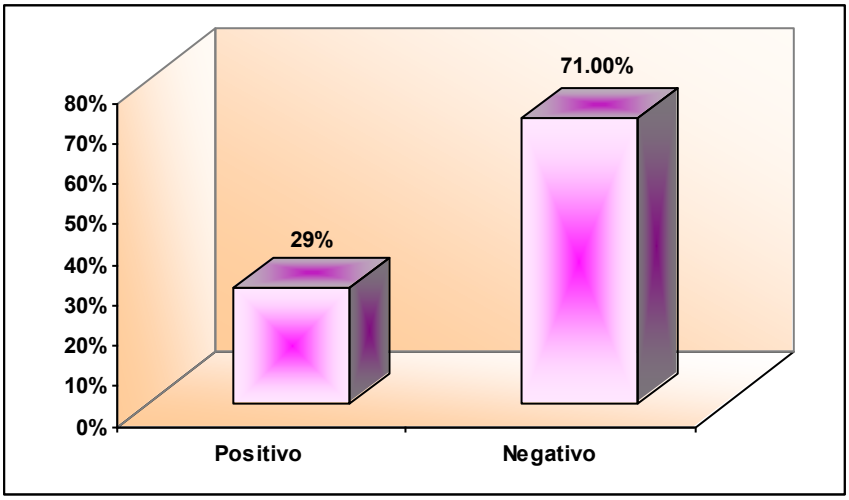
2. Resultados del test DSM- IV

La tabla 3 muestra los resultados obtenidos de la aplicación del test DSM-IV en cuanto a positividad (28.8%) y negatividad (71.1%) para el diagnostico del trastorno de déficit de atención.

Tabla 3. Distribución de escolares según resultados del test DSM-IV

Resultado	Nº	%
Positivo	15	28.8
Negativo	37	71.2
Total	52	100

Grafico 3. Distribución de escolares según resultados del test DSM-IV



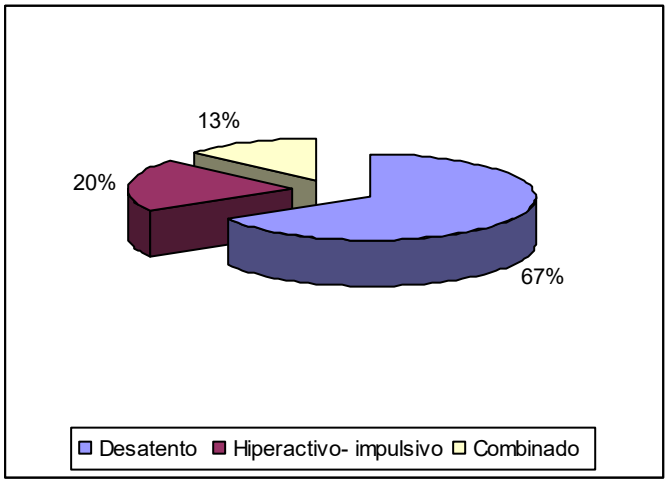
3. Trastorno de déficit de atención

La tabla 4 en complemento con la grafica 4 expresan la clasificación del trastorno de déficit de atención según sus sub tipos, siendo el trastorno tipo desatento el mas prevalente con un valor del 66.7%

Tabla 4. Distribución de niños por trastorno de déficit de atención

Subtipos	Nº	%
Desatento	10	66.6
Hiperactivo- impulsivo	3	20
Combinado	2	13.4
Total	15	100

Grafico 4. Distribución de niños según subtipos del trastorno de déficit de atención



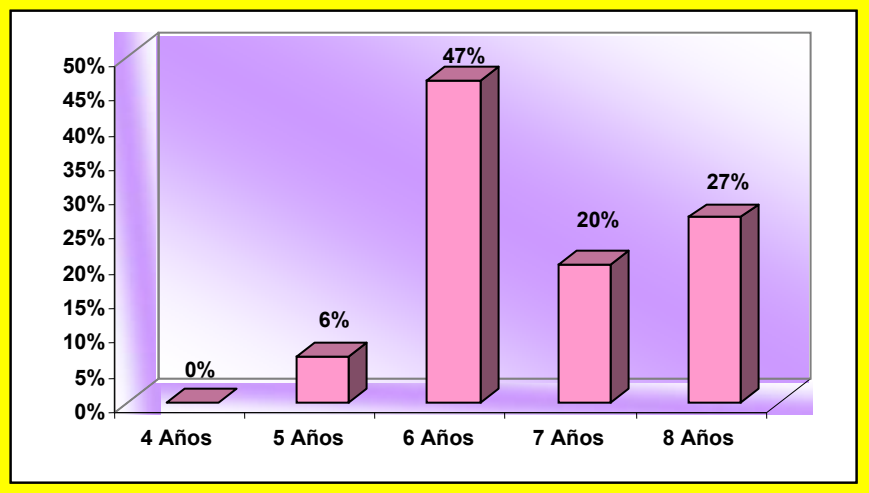
4. Edad de los escolares positivos para trastorno de déficit de atención

En la tabla 5 se aprecia la distribución de los escolares positivos para trastorno de déficit de atención según las edades, representados en su mayoría por la edad de 6 años (46.6%), seguido no muy de cerca por los 8 años con un porcentaje de 26.7% de la totalidad de los infantes estudiados.

Tabla 5. Distribución de niños según grupos de edad

Edades	Nº	%
4 años.	0	0
5 años	1	6.7
6 años	7	46.6
7 años	3	20
8 años	4	26.7
Total	15	100

Grafico 5. Distribución de niños según grupos de edad



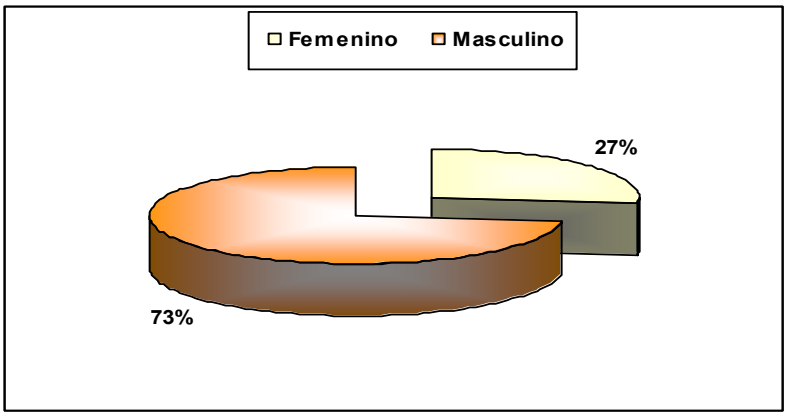
5. Género del niño

La tabla 6 expresa la distribución de los niños clasificados como positivos para trastorno de déficit de atención según su genero, representado en su mayoría por el genero masculino (73.3%).

Tabla 6. Distribución de niños según género.

Genero	Nº	%
Femenino	4	26.6
Masculino	11	73.4
Total	15	100

Grafico 6. Distribución de niños según género



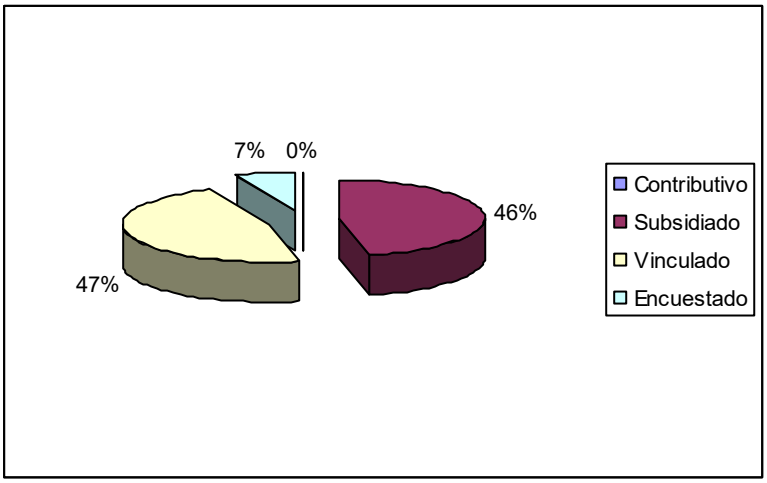
6. Régimen de seguridad social

En el grafico 7 se aprecia la distribución de escolares según el régimen de seguridad al cual pertenecen predominando los regimenes subsidiado y vinculado con un valor de 46% en ambos casos.

Tabla 7. Distribución de escolares según régimen de seguridad social

Régimen de seguridad social	Nº	%
Contributivo	0	0
Subsidiado	7	46
Vinculado	7	47
Encuestado	1	7
Total	15	100

Grafico 7. Distribución de escolares según régimen de seguridad social



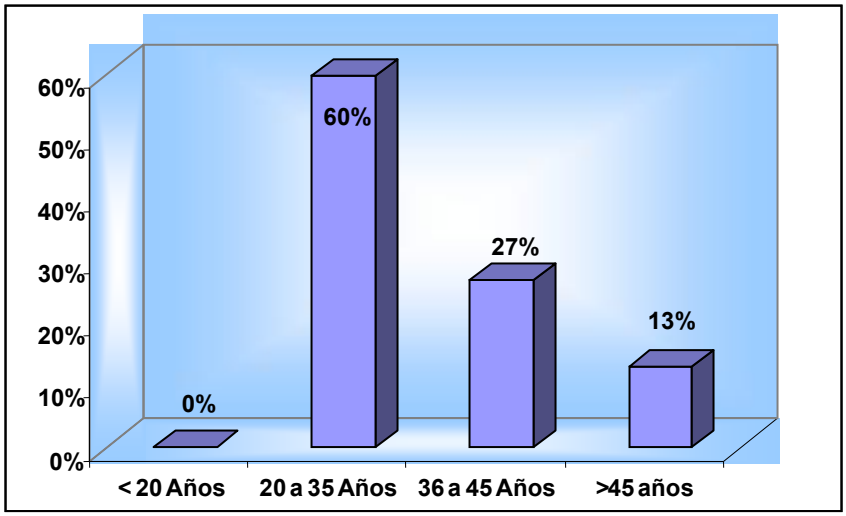
7. Edad padre de familia o cuidador

El grafico 8 representa los grupos de edades de los padres de familia o cuidadores de los niños positivos para trastorno de déficit de atención conformados en su gran mayoría por el rango de 20 a 35 años con un porcentaje equivalente al 60% de la totalidad de encuestados.

Tabla 8. Distribución de padres de familia o cuidadores según grupos de edad

Edades	Nº	%
< 20 años	0	0
20 a 35 Años	9	60
36 a 45 Años	4	27
> 45 Años	2	13
Total	15	100

Grafico 8. Distribución de padres de familia o cuidadores según grupos de edad



8. Genero del padre de familia o cuidador

En cuanto a la distribución de los padres de familia o cuidadores según el género, se encontró que el 100% de la población encuestada pertenece al género femenino.

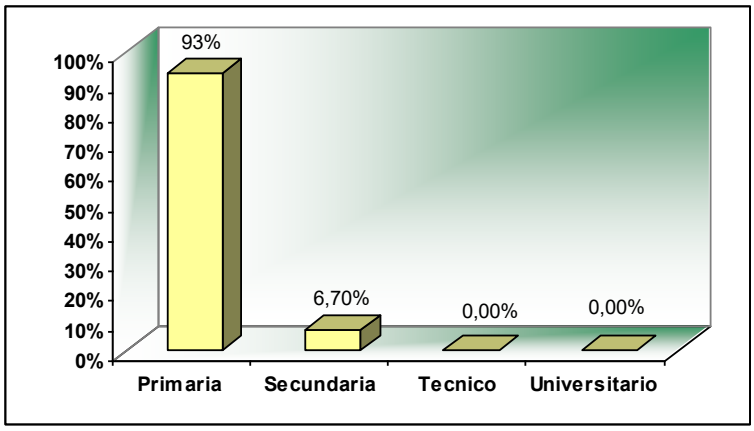
9. Nivel educativo de los padres de familia o cuidadores

El grafico 9 representa el nivel educativo de los padres de familia de los escolares positivos para trastorno de déficit de atención, allí se aprecia que el 93.3% curso únicamente la educación primaria, con un 6.7% que continuo sus estudios hasta secundaria, ninguno de los padres curso la educación superior.

Tabla 9. Distribución de padres de familia o cuidadores según el nivel educativo

Nivel educativo	Nº	%
Primaria	14	93.3
Secundaria	1	6.7
Técnico	0	0
Universitario	0	0
Total	15	100

Grafico 9. Distribución de padres de familia o cuidadores según el nivel educativo



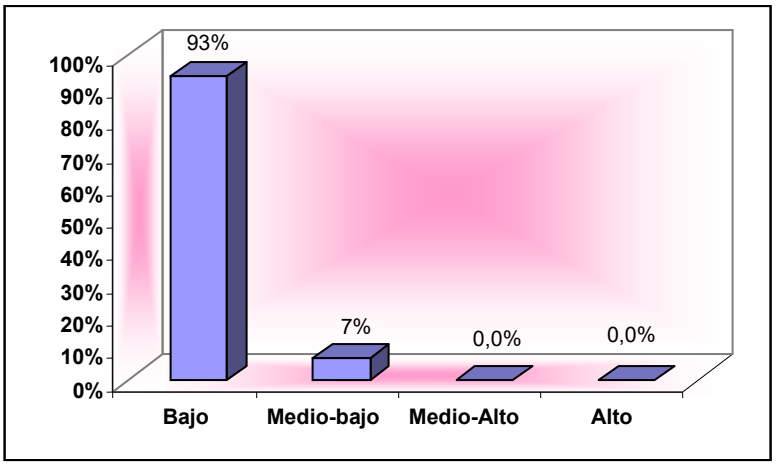
10. Nivel socioeconómico

La tabla 10 expresa el nivel socioeconómico al cual pertenecían los padres de familia o cuidadores, representado en su mayoría por el nivel socioeconómico bajo con un valor de 93.3%.

Tabla 10. Distribución de padres de familia según estrato socioeconómico

Nivel socioeconómico	Nº	%
Bajo	14	93.3
Medio - bajo	1	6.7
Medio – alto	0	0
Alto	0	0
Total	15	100

Grafico 10. Distribución de padres de familia según estrato socioeconómico



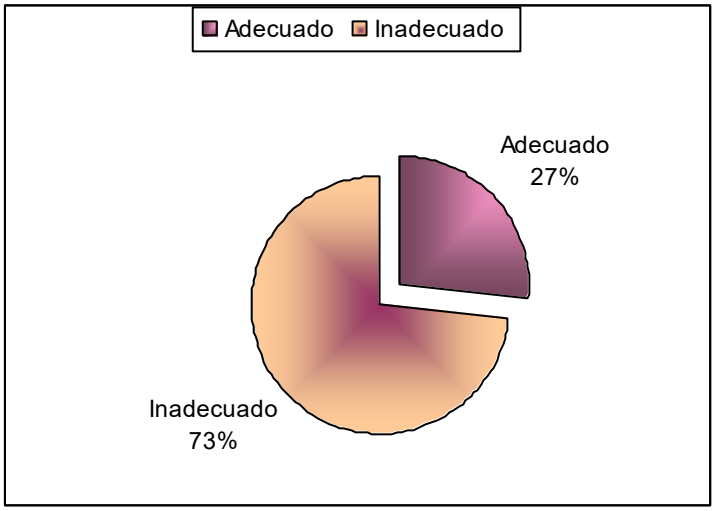
11. Tipo de cuidado

En el grafico 11 se puede apreciar que los cuidados inadecuados predominan con un 73.3% de la población total, prestándose un cuidado adecuado a tan solo un 26.7% de los niños identificados con trastorno de déficit de atención.

Tabla 11. Distribución de padres de familia o cuidadores según el tipo de cuidado brindado

Tipos de Cuidado	Nº	%
Adecuado	4	27
Inadecuado	11	73
Total	15	100

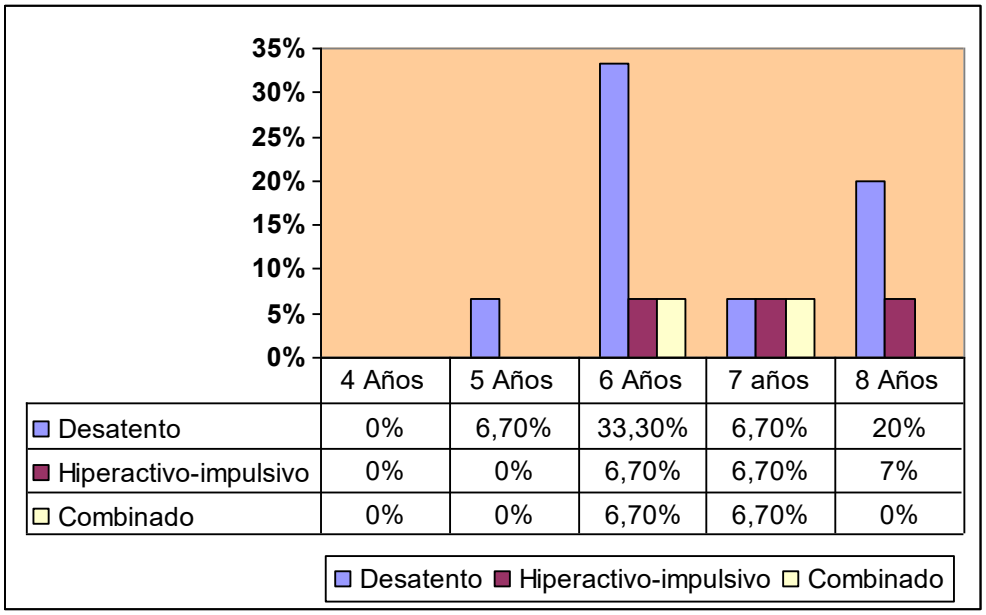
Grafico 11. Distribución de padres de familia o cuidadores según el tipo de cuidado brindado



12. Subtipos del trastorno de déficit de atención según edad de los escolares

El grafico 12 demuestra que el trastorno de déficit de atención en su subtipo desatento predomina en los escolares de 6 años de edad con un 33.3%, presentándose los subtipos hiperactivo-impulsivo y combinado en igual numero de casos en las edades de 6,7 y 8 años.

Grafico 12. Distribución de los subtipos del trastorno de déficit de atención según las edades de los escolares.

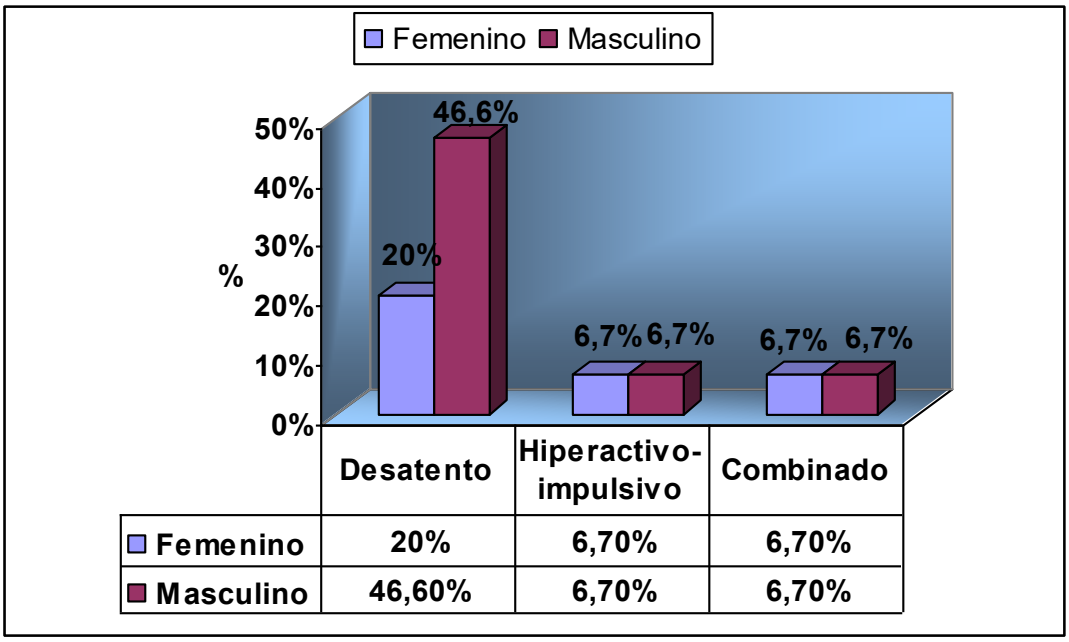


	4 Años	5 Años	6 Años	7 años	8 Años
Desatento	0%	6,70%	33,30%	6,70%	20%
Hiperactivo-impulsivo	0%	0%	6,70%	6,70%	7%
Combinado	0%	0%	6,70%	6,70%	0%

13. Subtipos del trastorno de déficit de atención según genero de los escolares

En el grafico 13 se aprecia que el trastorno de déficit de atención prevalece con un mayor número de casos en la población de genero masculino en su subtipo desatento con un 46.6% de los casos, seguido por el genero femenino (20%) en el mismo subtipo.

Grafico 13. Distribución de Subtipos del trastorno de déficit de atención según género de los escolares

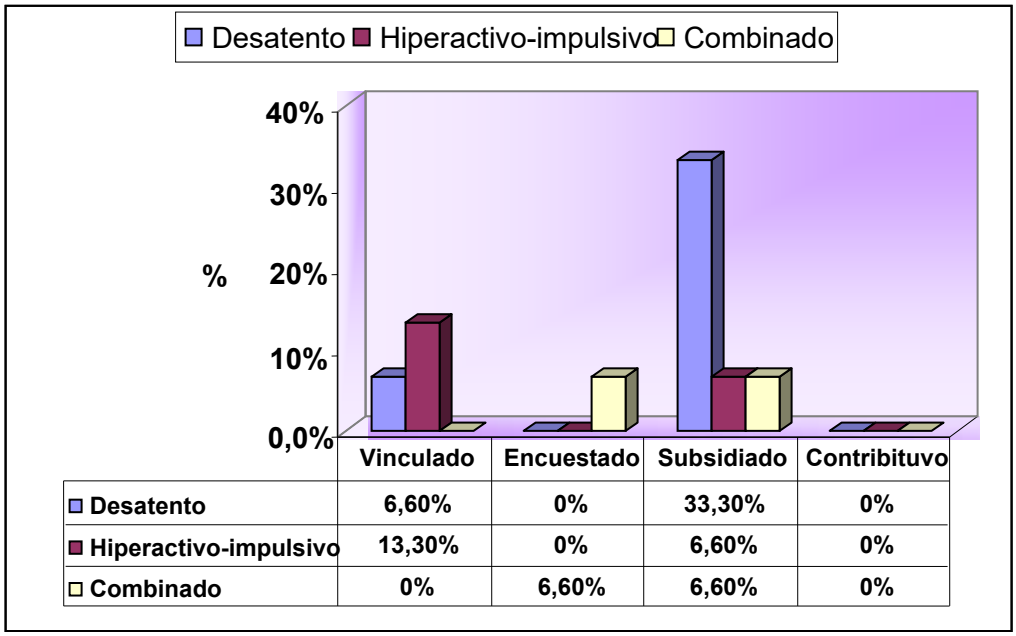


	Desatento	Hiperactivo-impulsivo	Combinado
Femenino	20%	6,70%	6,70%
Masculino	46,60%	6,70%	6,70%

14. Subtipo del trastorno de déficit de atención según el régimen de seguridad social del escolar

El grafico 14 demuestra que el mayor numero de casos se presenta en el subtipo desatento, pertenecientes al régimen subsidiado (33.3%), seguido del subtipo Hiperactivo-impulsivo, pertenecientes al régimen vinculado (13.3%), en cuanto al régimen contributivo no se encontró ningún escolar con TDA pertenecientes a este.

Grafico 14. Distribución de subtipos de los subtipos del trastorno de déficit de atención según el régimen de seguridad social de los escolares

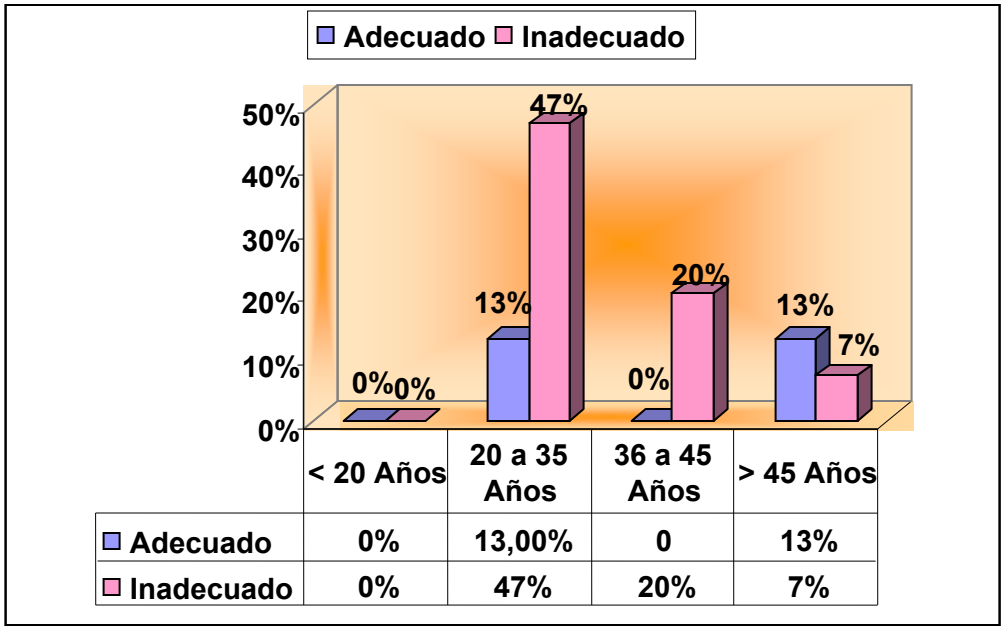


	Vinculado	Encuestado	Subsidiado	Contributivo
Desatento	6,60%	0%	33,30%	0%
Hiperactivo-impulsivo	13,30%	0%	6,60%	0%
Combinado	0%	6,60%	6,60%	0%

15. Tipo de cuidado según la edad del padre de familia

En grafico 15 se aprecia la distribución del tipo de cuidado según las edades de los padres de familia, representado en su gran mayoría por el cuidado inadecuado en el grupo de 25 a 35 años con un 46.7 % de los casos.

Grafico 15. Distribución del tipo de cuidado según las edades del padre de familia

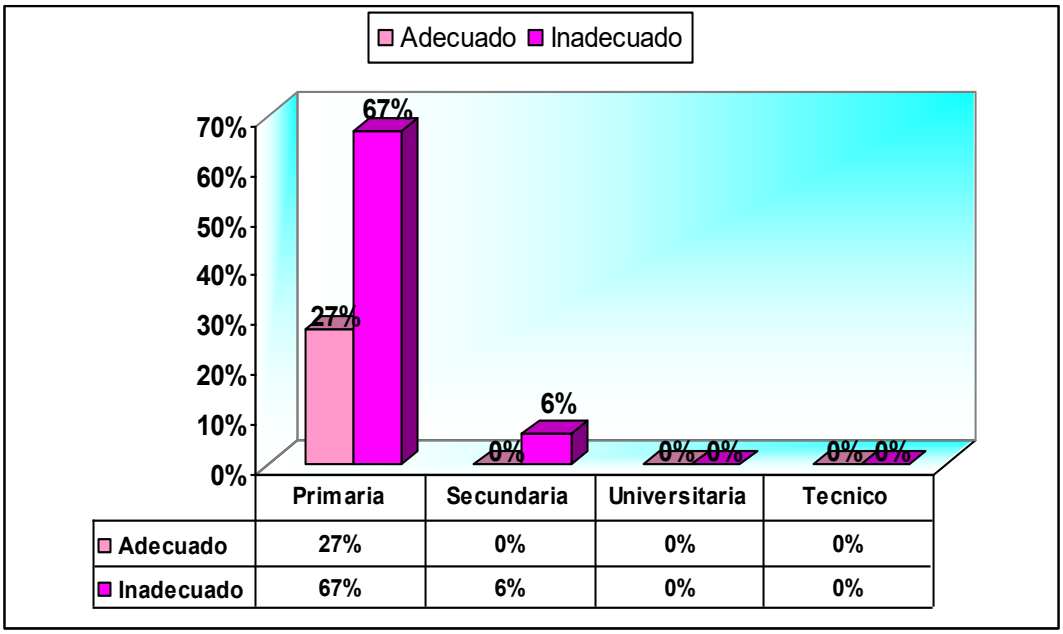


	< 20 Años	20 a 35 Años	36 a 45 Años	> 45 Años
Adecuado	0%	13,00%	0	13%
Inadecuado	0%	47%	20%	7%

16. Tipo de cuidado según el nivel educativo de los padres de familia o cuidadores

El grafico 16 muestra la distribución del tipo de cuidado brindado al escolar según el nivel educativo de los padres de familia, encontrándose que el mayor número de casos de cuidados inadecuados (66.7%) se encuentra el nivel educativo de primaria

Grafico 16. Distribución del tipo de cuidado según el nivel educativo de los padres de familia



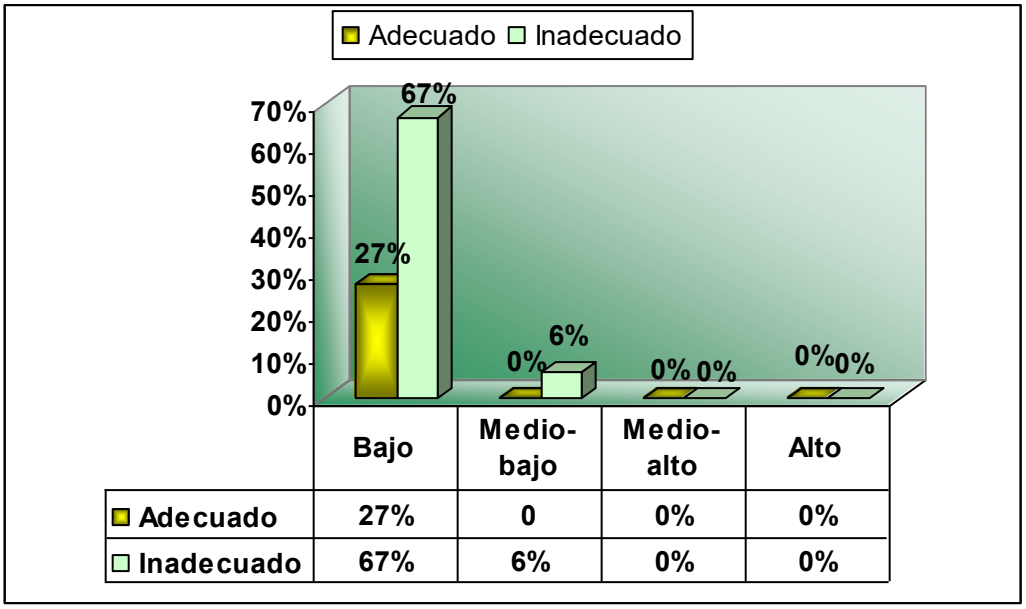
	Primaria	Secundaria	Universitaria	Tecnico
Adecuado	27%	0%	0%	0%
Inadecuado	67%	6%	0%	0%

17. Tipo de cuidado según nivel socioeconómico

El grafico 17 expresa la relación existente entre el tipo de cuidado proporcionado a los escolares y el nivel socioeconómico al cual pertenece

el padre de familia, encontrándose la mayoría de los casos en el grupo de cuidado inadecuado en el nivel socioeconómico bajo.

Grafico 17. Distribución del tipo de cuidado brindado al escolar según el nivel socioeconómico del padre de familia o cuidador



	Bajo	Medio-bajo	Medio-alto	Alto
Adecuado	27%	0	0%	0%
Inadecuado	67%	6%	0%	0%

ANALISIS DE LA ENCUESTA DE RECOLECCION DE DATOS

1. Cómo pueden los padres y la familia ayudar a un niño con hiperactividad

Comportamiento		**Frecuencia absoluta**	**Frecuencia Relativa %**
Llevándolo a terapias con un especialista.	**Si**	13	86.6
	No	2	13.3
Estableciendo normas y rutinas.	**Si**	15	100
	No	0	0
Siendo tolerante con el niño.	**Si**	14	93.3
	No	1	6.7
Dedicando tiempo para compartir con el niño.	**Si**	15	100
	No	0	0
Castigándolo cuando se cometa una falta.	**Si**	11	73.3
	No	4	26.7
Celebrando los malos comportamientos.	**Si**	0	0
	No	15	100

2. Actividades realizadas en conjunto padre e hijo

Actividades		**Frecuencia absoluta**	**Frecuencia Relativa %**
Jugar	**Si**	10	66.6
	No	5	33.4
Practicar un deporte	**Si**	3	20
	No	12	80
Pasear	**Si**	13	86.6
	No	2	13.4
Realizar tareas escolares	**Si**	13	86.6
	No	2	13.4
Ver televisión	**Si**	13	86.6
	No	2	13.4
hablar	**Si**	14	93.3
	No	1	6.7

3. Se molesta exageradamente

Comportamiento del niño		Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa %
Inquietud y movimientos en exceso.	**Si**	7	46.6
	No	8	53.3
Pierde el dinero u otros objetos.	**Si**	6	40
	No	9	60
Se le es difícil esperar y se torna insistente.	**Si**	8	53.3
	No	7	46.6
Se entromete en las conversaciones.	**Si**	9	60
	No	6	40
Tiene bajo rendimiento académico.	**Si**	11	73.3
	No	4	26.6
Se le es difícil permanecer sentado	**Si**	9	60
	No	6	40
No respeta los turnos	**Si**	4	26.6
	No	11	73.3
No finaliza sus actividades	**Si**	9	60
	No	6	40

4. Medidas correctivas utilizadas

Medida correctiva		Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa %
Establece normas y rutinas	**Si**	12	80
	No	3	20
No le permite realizar una de sus actividades favoritas	**Si**	9	60
	No	6	40
Le aplica un castigo físico	**Si**	8	53.3
	No	7	46.6
No lo deja salir por un tiempo determinado	**Si**	13	86.6
	No	2	13.3
Habla con el.	**Si**	14	93.3
	No	1	6.6
Lo aísla de sus amigos.	**Si**	5	33.3
	No	10	66.4
Le deja de hablar por un tiempo.	**Si**	4	26.6
	No	11	73.3
Le grita o lo insulta	**Si**	3	20
	No	12	80

6. CONCLUSIONES

I. Se encontró que la minoría de escolares investigados sufren de algún tipo de trastorno de déficit de atención, en su mayoría padecen del subtipo desatento.

II. El género masculino predomina sobre el femenino con un número significativamente mayor de casos positivos para trastorno de déficit de atención en cualquiera de sus subtipos.

III. Todos los niños que sufren de trastorno de déficit de atención en alguno de sus subtipos, se encuentran al cuidado de mujeres entre los 20 y 35 años de edad.

IV. Los niños con trastorno de déficit de atención reciben en su mayoría cuidados inadecuados por parte de sus cuidadoras.

V. Las madres o cuidadores que tienen un nivel de escolaridad y socioeconómico bajo brindan un cuidado inadecuado a los niños con trastorno de déficit de atención.

VI. Los padres de familia encuestados consideran que la mejor manera de ayudar a un niño con trastorno de déficit de atención es estableciendo normas y rutinas y dedicando tiempo para compartir con ellos.

VII. La gran mayoría de madres o cuidadoras realizan actividades de ocio y esparcimiento en conjunto con los niños.

VIII. Los padres de familia su mayoría reaccionan de manera inapropiada frente a los comportamientos característicos de los niños con trastorno de déficit de atención.

IX. Los padres de familia de niños con trastorno de déficit de atención utilizan medidas correctivas apropiadas para reprender a sus hijos cuando estos cometan alguna falta.

BIBLIOGRAFÍA

1. AMERICAN Academy of pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder, Definición trastorno de hiperactividad y déficit de atención, Visitado en febrero 07 / 2.006. Disponible en Internet: http://www.f-adona.org

2. ARTEGAS-PALLARES J. Comorbilidad en el trastorno de déficit de atención. Visitado en marzo 30 de 2006. Disponible en Internet: http://www.tdah-catalunya.org/descargas/comorbilidad.pdf

3. B JONSON. Factores desencadenantes del TDA. Enfermería en psiquiatría y de la salud mental. 4 edición, Vol. 1.Mc Graw Hill. Pag. 371.

4. CARAVEO A, Jorge J. http://64.233.187.104/search?q=cache:Xlrt5FVGnVQJ:www.aapi.org.ar/Aapi/ArchivosTDAH/Ddatoscdiparteicap8.pdf+datos+epidemiologicos+el+trastorno+de+deficit+de+atencion+y+hiperactividad&hl=es&gl=co&ct=clnk&cd=60&lr=lang_es

5. Definición trastorno de déficit de atención. Visitado en abril 23 de 2.006. disponible en Internet: www.definicion.org/hiperactividad

6. FERNANDEZ JAEN, Alberto y 0CALLEJA PEREZ, Beatriz. Abordaje multidisciplinario, Visitado el 25 de mayo de 2006. Disponible en Internet: http://216.239.51.104/search?q=cache:EKBrFa1PITUJ:www.anshda.org/tdha2004.pdf+antecedentes+historicos+del+trastorno+de++deficit+de+atencion+y+hiperactividad&hl=es&gl=co&ct=clnk&cd=7&lr=lang_es

7. FOWLER, M. (1995, junio). Desorden deficitario de la atención (2a ed.). NICHCY Briefing. Pag. 1, 16 disponible en Internet: www.nichcy.org/pubs/spanish/fs14stxt.htm

8. MOLINELLO B. Humberto. Inquietud en niños. Visitado en marzo 03 de 2.006. Disponible en Internet: http://www.psiquiatria.org.co/php/docsEnlaces/12563ninos.pdf

9. PUERTA Baptise German. Estudio diagnostico del paciente con Hiperactividad, visitado en marzo 24 de 2.006. Disponible en Internet: http://www.psiquiatria.org.co

10. Que es el trastorno de déficit de atención. Visitado en mayo 08 de 2.006. disponible en Internet: http://www.deficitatencional.cl/preg1.htm

11. Revista cultural cuidado de enfermería Universidad Libre seccional Pereira, Colombia, ISSN 1794-5232. Volumen 4 Nº 1 junio 2.007. Pág. 55.

12. RIANO Ruiz Juliana. Déficit de atención. Visitado en marzo 16 de 2.006. Disponible en Internet: http://www.colombiaaprende.edu.co/html/familia/1597/article-74868.html

13. RIEF. Sandra F. Como tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad, Paidos editores, 2001. pag. 21, 22.

14. TOMEY, Ann Marriner- ALLIGOOD, Martha Raile. Modelos y Teorías de Enfermería. Quinta edición.

15. TRASTORNO de déficit de atención, el niño hiperquinetico. Visitado en mayo 02 de 2.006. Disponible en Internet: http://www.inteligencia-emocional.org

16. WATSON, Henry y Clay Lideran. Psicología del niño y del adolescente. Limusa editores, Pág. 161

17. YEPES Roldan Luís Eduardo, Hiperactividad infantil. Fundamentos de medicina psiquiatrita, 4ª edición. Pág. 365.

18. YEPES Roldan. Luís E. Tratamiento farmacológico del trastorno de déficit de atención, visitado en marzo 06 de 2.006. Disponible en Internet: http://www.psiquiatria.org.co/php/docsRevista/11336ATENCION.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

APLICACIÓN DE CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM-IV-TR PARA: TRASTORNOS POR DEFICIT DE ATENCION Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR:

Nombre del niño:_____
Nombre del padre de familia:_____
Edad del niño:____.
Genero del niño: Masculino___ Femenino___.
Lugar de residencia:_____
Seguridad social: Contributivo__ Subsidiado__Vinculado__ encuestado__
Fecha:_____

*Marque con una X en las casillas (**si- no**) en caso de que su hijo presente o no los siguientes comportamientos.*

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

Desatención:

(a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades. **Si:__ No:__**
(b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas. **Si:__ No:__**
(c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente. **Si:__ No:__**
(d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones). **Si:__ No:__**
(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades. **Si:__ No:__**
(f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos). **Si:__ No:__**
(g) a menudo extravié objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas). **Si:__ No:__**
(h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes. **Si:__ No:__**
(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias. **Si:__ No:__**

Criterios para desatención:

2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad – impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad:

(a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento. **Si:__ No:__**

(b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado. **Si:__ No:__**

(c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud). **Si:__ No:__**

(d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio. **Si:__ No:__**

(e) a menudo "esta en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor. **Si:__ No:__**

(f) a menudo habla en exceso. **Si:__ No:__**

Impulsividad:

(g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas. **Si:__ No:__**

(h) a menudo tiene dificultades para guardar turno. **Si:__ No:__**

(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos). **Si:__ No:__**

Criterios para hiperactividad–impulsividad:

Nota: Al diagnosticar un niño hiperactivo o con hiperactividad, se esta haciendo referencia al niño diagnosticado con un Trastorno de Déficit de Atención con hiperactividad tal y como aparece expresado en el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual Disorders. Cuarta edición.) Publicado por la Asociacion Americana de Psiquiatria: APA (American Psychiatre Association)

ANEXO 2
CUIDADOS DEL NIÑO(A) CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION.
ENCUESTA

Nombre del padre de familia: _____
Nombre del niño: _____
Lugar de residencia: _____ Edad Padre Familia: _____
Nivel educativo: Primaria: __ Secundaria: __ Técnico: __ Universitario__
Estrato socioeconómico: Bajo: __ Medio-bajo:__ Alto: __ Medio-Alto:__

CÓMO PUEDEN LOS PADRES Y LA FAMILIA AYUDAR A UN NIÑO CON HIPERACTIVIDAD	**SI**	**NO**
Llevándolo a terapias con un especialista (Psicólogo).		
Estableciendo normas y reglas en el hogar.		
Siendo tolerante con el.		
Dedicando tiempo para compartir con el.		
Castigándolo cuando cometa una falta.		
Celebrando los malos comportamientos.		
ACTIVIDADES REALIZADAS EN CONJUNTO PADRE-HIJO		
Jugar.		
Practicar algún deporte.		
Pasear.		
Realizar tareas escolares.		
Ver televisión.		
Hablar.		
SE MOLESTA EXAGERADAMENTE CUANDO		
Cuando el niño es inquieto y se mueve en exceso.		
Cuando el niño pierde el dinero u otros objetos.		
Cuando a el niño se le es difícil esperar y se torna insistente.		
Cuando el niño se entromete en sus conversaciones.		
Cuando el niño tiene bajo rendimiento académico.		
Cuando a el niño se le hace difícil permanecer sentado.		
Cuando el niño no respeta los turnos.		
Cuando el niño no finaliza sus actividades.		
MEDIDAS CORRECTIVAS UTILIZADAS		
Establece normas y rutinas.		
No le permite realizar una de sus actividades favoritas.		
Le aplico un castigo físico (correazo, palmadas).		
No lo deja salir por un tiempo determinado.		
Habla con el.		
Aislarlo de sus amigos.		
Le deja de hablar por un tiempo determinado.		
Lo grita o lo insulta.		

ANEXO 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

YO _____, identificado con el documento de identidad N° _____, certifico que el día ___ mes_____ año_____.

Fui informado(a), acerca de la participación voluntaria en la investigación desarrollada por parte de los estudiantes de la facultad de Enfermería de la Universidad Libre Seccional Pereira, El cual se denomina **"Cuidado familiar de niños de 4 a 8 años con trastorno de déficit de atención Pereira-2.007"** por Yuri Andrea Moreno Cardona, Julieth Natalia Obando, Mayola Rodríguez, Lina Alesandra Vergara, Jennifer Zapata Hoyos. El cual se llevara a cabo en **La Escuela Oficial "Deogracias Cardona" de la ciudad de Pereira**, **y cuyo objetivo de estudio es:** Identificar el Trastorno de Déficit de Atención (TDA), en los niños de 4 a 8 años que asisten a la escuela oficial "Deogracias Cardona" de Pereira, y los cuidados que prestan los padres de familia o cuidadores ante esta situación, para generar una propuesta educativa durante el segundo periodo del año 2.007.

Declaro que se me ha informado ampliamente de la manera en la cual fui seleccionado y quienes participaran en el estudio, incluyendo los objetivos y el porque de la recolección de la información; además del compromiso que ellos como investigadores adquieren conmigo respetando y garantizando la absoluta privacidad y confidencialidad de la información en caso de aceptar participar en esta o no; incluso si aun habiendo decidido participar y estar dentro de la investigación decidiera retirarme, lo podré hacer con plena libertad si así lo prefiero.

Para constancia firmo a los _____del mes_____ año_____.

_____	_____
Participante	**Investigador**
CC	**CC**

Anexo 3