



**Intervención a familias que tienen niños con
trastorno de déficit de atención e
hiperactividad (TDAH)**

**Beisy Yesmid Manco Valle
Martha Liliam Marín Restrepo**

**Trabajo de grado para optar al título de
Trabajadora Social**

**Corporación Universitaria Minuto de Dios
Unidad de Ciencias Sociales
Programa de Trabajo Social
Bello
2010**

**INTERVENCIÓN A FAMILIAS QUE TIENEN NIÑOS CON
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH)**

**BEISY YESMID MANCO VALLE
MARTHA LILIAM MARÍN RESTREPO**

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

UNIDAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

BELLO

2010

**INTERVENCIÓN A FAMILIAS QUE TIENEN NIÑOS CON
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH)**

BEISY YESMID MANCO VALLE

MARTHA LILIAM MARÍN RESTREPO

**Trabajo de grado para optar al título de
Trabajadora Social**

JUAN MARÍA VÉLEZ RAMÍREZ

Asesor

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

UNIDAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

BELLO

2010

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

DEDICATORIA

A nuestros padres, hermanos, tíos e hijo los cuales creyeron, apoyaron y nos dieron su voz de aliento para no desfallecer en nuestros sueños de crecer personal y profesionalmente.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por habernos dado la vida, a mi madre Luz Neira Valle y a mi abuela Luciana Restrepo, que desde el cielo nos guían y estamos seguras que en estos momentos están orgullosas de nosotras; a nuestras familias por el apoyo y la confianza que nos depositaron y a nuestro asesor Juan María Vélez Ramírez por su tiempo y orientación.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION GENERAL

PRIMERA PARTE

JUSTIFICACION.....	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.1. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	14
1.2. OBJETIVOS.....	15
1.2.1. Objetivo general.....	15
1.2.2. Objetivos específicos.....	15
2. REFERENTES TEÓRICOS.....	16
3. DISEÑO METOLÓGICO.....	18

SEGUNDA PARTE

INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA DINAMICA FAMILIAR DE LOS NIÑOS DIGNOSTICADOS CON TDAH

INTRODUCCION.....	19
CAPITULO 1.....	21
Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)	
CAPITULO 2.....	26
Las familias de niños con TDAH	
CAPITULO 3.....	32
El trabajo social con familias	

CAPITULO 4.....	39
Necesidades de las familias de niños con TDAH que pueden ser intervenidas desde el Trabajo social	
CONCLUSIONES.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46

INTRODUCCIÓN GENERAL

Este trabajo se plantea como una herramienta para padres con niños diagnosticados con el trastorno de déficit de atención e hiperactividad y contiene algunas propuestas realizadas en base a una revisión bibliográfica y de consensos de expertos en el tema del TDAH.

El interés social acerca del trastorno de déficit de atención e hiperactividad TDAH, se establece en varios puntos básicos: sus elevados índices de prevalencia en Colombia oscilan entre el 8% y 20% de niños en edad escolar (Cornejo 2002) y por las repercusiones que acarrea en la dinámica familiar y escolar, debido a que conlleva al fracaso y abandono escolar, entre otros.

El artículo se divide dos unidades, la primera da cuenta del interés de visibilizar y contextualizar al lector acerca del TDAH, el cual tiene un alto impacto en las familias de los niños que lo padecen, en tanto que altera la dinámica familiar ocasionando riesgos psicosociales. La segunda unidad se centra en aportar algunos elementos para la reflexión acerca de cómo se puede intervenir a las familias de los niños que sobrellevan el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Finalmente se presentan las conclusiones, que señalan la importancia de contar con el acompañamiento de un trabajador social en las familias que

tienen niños con TDAH, con el fin de proporcionar una intervención acorde con las necesidades que presentan estas familias.

JUSTIFICACIÓN

El tema del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) ha sido abordado tradicionalmente por psicólogos, psiquiatras y pedagogos, en la medida en que se ha considerado un problema de salud para los niños que lo padecen, para cuya intervención se ha requerido del apoyo de sus maestros y sus padres. Paradójicamente, ni a los maestros ni a los padres se les ha hecho una propuesta de acompañamiento en esta labor, ocupándose de ellos sólo para estudiar su posible contribución al desarrollo de la enfermedad en los menores. Es importante que se empiece a generar una corriente de investigación que tenga en cuenta a estos actores para diseñar estrategias que les ayuden a manejar esta problemática sin poner en riesgo su salud mental.

Algunos investigadores (Cornejo, 2005) han puesto de relieve el hecho de que los padres son los más afectados con la presencia de niños con TDAH en sus familias y la manera en que esto afecta la dinámica familiar. Es en este ámbito que el Trabajo Social puede hacer su aporte, desde su modelo de intervención con familias, para mitigar los efectos del TDAH en las familias de los niños que lo padecen, desde una perspectiva interdisciplinaria.

Por esta razón se debe iniciar una reflexión desde el Trabajo Social para construir las herramientas necesarias para ayudarles a las familias con TDAH a afrontar esta problemática, con el ánimo de abrir un espacio de debate del cual salgan fortalecidas la comunidad y la disciplina.

De igual manera se puede contribuir a la creación de conocimiento en un área que hasta ahora ha sido poco explorada en la intervención familiar, así como plantear algunos interrogantes que puedan guiar futuras reflexiones o investigaciones en torno a la intervención con las familias con niños con TDAH.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno de base neurobiológica que se manifiesta por grados inapropiados de atención, hiperactividad e impulsividad (Fejerman, 2005), lo cual le genera a los niños que lo padecen dificultades académicas y sociales que deben ser intervenidas para procurarle una adecuada calidad de vida a estos niños con sus condiciones particulares y cuando crezcan. Este trastorno tiene un alto impacto en las familias de los niños que lo padecen, generando nuevas relaciones de ellos con sus padres y sus hermanos, modificando la dinámica familiar, lo cual somete a los miembros de ella a riesgos psicosociales (Campbell, 2003), por lo tanto en el abordaje del TDAH es fundamental tener en cuenta el entorno familiar, no sólo para optimizar el tratamiento de los niños con este trastorno sino también para prevenir o intervenir las dificultades en la dinámica familiar. Es en este punto donde el Trabajo Social puede hacer un aporte desde la intervención familiar, desde una perspectiva interdisciplinaria.

Por consiguiente es válido preguntarse: ¿cuál es la propuesta que puede hacer el Trabajo Social a la intervención de las familias con niños con TDAH?

1.1 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la propuesta que puede hacer el Trabajo Social a la intervención de las familias con niños con TDAH?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general:

Indagar sobre la pertinencia y la posibilidad de construir una propuesta de intervención desde el Trabajo Social para las familias de niños con TDAH.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Definir el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.
- Mostrar los efectos que tiene la presencia de un niño con TDAH en la dinámica familiar.
- Señalar la pertinencia de la intervención del Trabajo Social en las familias de niños con TDAH.
- Plantear algunos elementos que puedan servir como punto de partida para una propuesta de intervención para estas familias.

2. REFERENTES TEÓRICOS

Para poder cumplir con los objetivos de este trabajo se desarrollará la reflexión en torno a los siguientes conceptos (sin descartar que en el transcurso del trabajo se haga necesario abordar otros que no se prevén aquí):

Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad: El TDAH es un trastorno de base neurobiológica que se manifiesta por grados inapropiados de atención, hiperactividad e impulsividad (Fejerman, 2005). Quienes lo padecen presentan una pauta diferente de desarrollo en cuanto a la concentración, la conducta y la regulación de las emociones, las pautas de atención, impulsividad y actividad motora no se ajustan a la edad cronológica del niño (Joselevich, 2000). Estos síntomas afectan de manera negativa la relación con su familia, sus ámbitos social y académico (Taylor, 2001).

Las familias de los niños con TDAH: el contexto de los niños con TDAH es fundamental para entenderlos. Por un lado, las interacciones sociales de estos niños con otros, las reacciones de sus padres y hermanos son inherentemente más negativas y estresantes para toda la familia que las de las familias de un niño con TDAH. En segundo lugar, hay evidencia de que los padres y los hermanos de niños con TDAH pueden estar sufriendo más angustia y trastornos psiquiátricos que las familias con niños sin TDAH (Barkley, 1999). Estas dificultades que presentan otros miembros de la familia tendrán influencia sobre la forma en que se percibe, controla, educa, quiere y se conduce hacia la edad adulta a un niño con este trastorno.

Trabajo Social Familiar. Es “una forma especializada de Trabajo Social que entiende como unidad de trabajo a la familia y sus relaciones familiares, considerando el contexto en el cual ella está inserta. A través de éste se

pretende atender los problemas psicosociales que afectan al grupo familiar, generando un proceso de relación de ayuda, que busca potenciar y activar tanto los recursos de las propias personas, los de la familia y las redes sociales” (Ramírez, 2002:155). A partir de este principio se propone un modelo de intervención que puede ser aplicado a múltiples problemáticas psicosociales, a partir de acciones de promoción, prevención y tratamiento de problemas relacionados con la vida interior y exterior de las familias.

3. DISEÑO METOLÓGICO

Para la recolección y sistematización de la información se seguirá la metodología de la investigación documental (Galeano, 2004). Se consultarán fuentes como libros, artículos y ensayos académicos. En primer lugar se hará un recorrido en los catálogos de bibliotecas de universidades y bases de datos de internet para recolectar documentos que se puedan utilizar para la reflexión dentro del marco que ya se estableció en este proyecto. Este material se organizará, revisará y se valorará teniendo en cuenta sus aportes y la relación de documentos entre sí para determinar cuáles se analizarán. Para finalizar esta etapa de recolección y sistematización de información del trastorno de déficit de atención e hiperactividad, se hará el análisis del material que se seleccionará, es decir, se hará una segunda lectura más detenida, con el propósito de encontrar correlaciones o contradicciones entre los autores; definir bien los conceptos y comparar las diferentes posturas y propuestas para lograr una síntesis comprensiva.

Por último, para la redacción del trabajo investigativo se tomaron en cuenta las recomendaciones hechas por la profesora María Claudia González (2007) en su libro *Expresión oral y escrita*. Allí plantea que el ensayo debe tener como estructura una introducción, la cual puede ser una ambientación para contextualizar el problema o enganchar al lector y plantear la tesis; el desarrollo, que es el cuerpo del ensayo, y la conclusión, en la que se retoma la tesis para mostrar su validez.

INTRODUCCIÓN

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una problemática que puede afectar desde un 3% a un 7% de niños en edad escolar, según el DSM-IV (Asociación Psiquiátrica Americana, 2001), y es por su relevancia que constituye un tema central de investigación en las diferentes disciplinas que se ocupan de la educación y la salud mental. En Colombia es considerado un problema de salud pública, ya que su prevalencia en la población es entre 8% y 20% y coexiste con otras patologías como el trastorno desafiante oposicional, alteraciones de la conducta, el afecto, la ansiedad, la dislexia, entre otros (Cornejo, 2005).

Autores como (Joselevich, 2000) han puesto de manifiesto que el TDAH tiene como consecuencia un alto grado de estrés en los ámbitos socio-familiar y educativo, que se puede manifestar en discordancia entre la pareja y los otros miembros del núcleo familiar, generando en los niños que padecen este trastorno un bajo nivel académico y desinterés por las actividades escolares, baja autoestima y dificultades en las relaciones interpersonales.

Todos estos aspectos son los que han provocado un gran interés en los campos científico, educativo, familiar y de salud pública, que se han preocupado por las consecuencias sociales de la sintomatología de este trastorno y el temor que despierta el tratamiento farmacológico. Sin embargo, a pesar de esto, el Trabajo Social, que es una disciplina de las ciencias sociales, de acuerdo con la bibliografía revisada, no ha aportado una propuesta propia para el abordaje de los efectos que padecen las familias de los niños con estos trastornos.

Este trabajo tiene como propósito aportar algunos elementos para la reflexión acerca de cómo se puede intervenir a las familias con niños con TDAH desde la perspectiva del Trabajo Social, con el fin de empezar a aportar algunas herramientas que pueden ser de utilidad, con el ánimo de que sean discutidas y ampliadas. De esta manera se aporta al aumento del conocimiento dentro de la disciplina y puede servir de derrotero para futuras reflexiones o investigaciones.

Para lograr este propósito, en el primer capítulo se definirá qué se entiende por TDAH, con su sintomatología y problemáticas asociadas. En el segundo capítulo se abordarán las consecuencias que este trastorno tiene en las familias, tanto en las relaciones entre sus miembros con el niño con TDAH como en la dinámica familiar, para mostrar la importancia y la pertinencia de ocuparse de la familia cuando se aborda este trastorno y cómo el Trabajo Social es el llamado a proponer un modelo de intervención. En el tercer capítulo se muestra el modelo general de intervención con familias dentro del Trabajo Social Familiar, con el fin de mostrar que este modelo puede aplicarse a la intervención de los efectos psicosociales que generan los niños con TDAH en sus familias. En el cuarto capítulo se exponen las diferentes necesidades de estas familias y cómo el trabajador social puede acompañarlas. En el quinto capítulo se recoge la conclusión que articula las diferentes partes de este trabajo.

INTERVENCIÓN A FAMILIAS QUE TIENEN NIÑOS CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

CAPITULO 1

Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

El TDAH es un trastorno de base neurobiológica que se manifiesta por grados inapropiados de atención, hiperactividad e impulsividad (Fejerman, 2005). Algunos autores (Joselevich, 2000) resaltan en sus definiciones que este trastorno no es un bloqueo emocional ni un problema específico de aprendizaje. Las personas que se diagnostican de esta manera (los autores hablan de este trastorno en niños, adolescentes y adultos), según los expertos, lo que presentan es una pauta de desarrollo diferente y persistente en cuanto a la concentración, la conducta y la regulación de las emociones (Joselevich, 2000). En otras palabras, las pautas de atención, impulsividad y actividad motora no se ajustan a la edad cronológica del niño, tal como lo plantea Joselevich (2000). Es por esta razón que este autor recomienda mantener un criterio evolutivo para realizar estos diagnósticos. De acuerdo con sus apreciaciones, es común que niños de 2 y 3 años sean inquietos e impulsivos y no mantengan su atención más que unos minutos; el 60% de los niños de esta edad presentan estas características, debido a que es una etapa en la que están descubriendo e investigando su entorno, pero no más de un 5% sigue presentándola después de los 4 años. Por esto es que se encuentran muchos testimonios de padres de niños con este trastorno que dicen que la conducta

hiperactiva e impulsiva de sus hijos se incrementa a partir de los 4 años (Joselevich, 2000).

Otros autores (Scandar, 2000) resaltan el hecho de que los padres y los maestros, aunque parecen tener claro cómo se comporta un niño hiperactivo, en realidad lo comprenden poco. Scandar (2000) atribuye esto a dos posibles razones: en primer lugar, porque estos niños parecen para las demás personas niños como los demás, comunes, y los adultos esperan que se comporten normalmente; y, en segundo lugar, cuesta entender que estos niños se comportan de manera natural para ellos mismos, es decir, esa forma es la propia de su estilo de funcionamiento, y está en relación con las bases neurobiológicas que regulan sus actitudes.

A esto se suma que es bastante común que a estos niños se les considere vagos o maleducados, como si la culpa fuera de los padres o como si dependiera de la voluntad del niño cambiar el estado de la situación, como lo ha señalado Taylor (2001). Este autor agrega que es común también que el parámetro de comparación sean los hermanos, los amigos o los compañeros de clase, sin tener en cuenta que para un niño con TDAH lograr el nivel de atención o de control en la conducta que muestran los otros niños demanda un esfuerzo extra, incluso, según el autor, en algunos casos de una magnitud tal que les resulta imposible lograrlo.

Otro aspecto que reseña Joselevich (2000) es que muchos padres y maestros encuentran difícil de entender que niños con problemas para mantener su atención en tareas escolares puedan pasar horas concentrados frente a la televisión o los videojuegos. Este autor agrega que esta contradicción se salva si se entiende la atención no como una conducta en sí misma, sino como el resultado de la relación de la conducta del individuo y los estímulos, tanto internos como externos. En palabras del autor “la atención siempre expresa la manera en que la persona está procesando la información, la que incluirá aspectos relevantes del mundo externo e interno. Los niños con TDAH tienen problemas para prestar atención a estímulos que les demandan esfuerzo mental y que no producen una gratificación inmediata (Joselevich, 2000:24).

En términos neurológicos (Fejerman, 2005), en los niños con TDAH los procesos cognitivos y las funciones ejecutivas son deficitarios. Las funciones ejecutivas comprenden la capacidad de las personas para mantener la atención el tiempo necesario para completar una tarea, tener presente los conocimientos necesarios para realizarla, formular planes o estrategias, inhibir las respuestas automáticas o impulsivas, establecer un nivel de activación según las demandas del contexto, organizar una secuencia de acción, tener una adecuada perspectiva temporal de la situación, poder ensayar o practicar soluciones a los problemas y tener la flexibilidad suficiente para considerar alternativas, ensayarlas mentalmente, y luego ponerlas en práctica bloqueando interferencias y evaluando continuamente los resultados (Fejerman, 2005). Estas deficiencias son las que producen la invariabilidad o inconstancia en el rendimiento y la conducta de los niños con TDAH, y a partir de las cuales se establecen los síntomas de este trastorno con respecto a la atención, la impulsividad y la hiperactividad, que se presentan a continuación:

Atención: Los padres y los maestros se quejan frecuentemente de que estos niños se dispersan fácilmente, no terminan lo que empiezan, parece que no escuchan lo que se les dice, cuesta mucho trabajo hacer que se concentren en la tarea, pierden sus útiles escolares, son desorganizados y distraídos (Joselevich, 2000). Según Calle Lemos (1999) esto se debe al déficit que tienen estos niños en cuanto a la atención sostenida o vigilancia, o distractibilidad. Como ya se dijo antes, cuando se definió la atención según Joselevich (2000), la distractibilidad está relacionada con el tipo de tarea que realizan.

Impulsividad: Sobre los niños con TDAH se dice que no tienen paciencia para esperar su turno, interrumpen las conversaciones o se entrometen en juegos de otros, comienzan a responder antes de que se les termine de formular la pregunta, dicen lo que primero se les viene a la cabeza (es por eso que lo que

dicen muchas veces suena fuera de lugar) y todo lo quieren ya (Joselevich, 2000). Orjales Villar (1999) sostiene que esta impulsividad del niño es la que impresiona más desfavorablemente a sus compañeros y a los adultos. Sus actitudes intrusivas, su poca percepción del tiempo y la oportunidad de las situaciones, su dificultad para respetar las reglas de la relación con los demás en una situación dada (conversación, juego, en el aula, etc.) y su tendencia a conducirse poco reflexivamente en el intercambio con los demás le traerán como consecuencia conflictos, peleas y rechazos (Orjales Villar, 1999). Esta autora agrega que no sólo es común que sus pares no quieran compartir momentos con ellos, sino también que los padres de otros niños no ven con buenos ojos que sus hijos se relacionen con estos niños.

Con respecto a la impulsividad, otros autores (Calle Lemos, 1999) han mostrado que ésta no sólo expone al niño a situaciones de rechazo social sino a sufrir más accidentes, incluso en el caso de que no exista ningún tipo de alteración motora. Según esto, la combinación de impulsividad y falta de atención o hiperactividad aumenta las posibilidades de llevarse cosas por delante, volcar objetos, chocar con otros niños, tener accidentes en bicicleta y asumir comportamientos temerarios.

Estos comportamientos son producto del déficit en las funciones ejecutivas, que ya se habían definido antes (Fejerman, 2005).

Hiperactividad: Con respecto a este síntoma los niños están moviendo las piernas todo el tiempo, mientras les hablan ellos cantan, silban o mueven el lápiz permanentemente, se paran todo el tiempo de la silla, caminan de un lado para otro, parecen incansables, hablan continuamente y no se contentan con mirar sino que necesitan tocarlo todo (Joselevich, 2000). Esta es la típica descripción de un niño con TDAH, y deben diferenciarse de aquellos niños que son simplemente activos o vitales. Según Joselevich (2000) la hiperactividad puede ser motora o verbal, pero para que se la considere inapropiada se debe tomar en cuenta el contexto y si persigue un fin. El autor lo ejemplifica de la

siguiente manera: “dos niños corren juntos por el patio jugando al policía y al ladrón. Como Pedro corre más rápido que Luis, logra escapar a su persecución. Cuando entran al aula, Pedro baja el nivel de revoluciones por minuto, se sienta y logra inmovilizarse temporariamente para atender a la maestra. Luis, en cambio, hace un esfuerzo por frenarse y se sienta, pero al minuto comienza a moverse, juega con un lápiz que pronto se cae al piso, y con la excusa de ir a buscarlo se tira debajo del banco. El problema de Luis debe examinarse no sólo en términos de movimiento excesivo, sino que debe tenerse en cuenta si su comportamiento es apropiado al contexto y si persigue un fin específico” (Joselevich, 2000:27-28).

Calle Lemos (1999) observa que muchos niños con TDAH hablan demasiado. En un salón de clase esta conducta incomoda tanto como la hiperactividad motora, ya que el niño no puede guardar silencio y necesita hablar, contar algo o preguntar sin evaluar si el momento es adecuado o no. En palabras de Fejerman (2005) la relación entre la hiperactividad y la impulsividad es sumamente estrecha, “como es estrecha la relación entre aquellos centros cerebrales que regulan la planificación del comportamiento y aquellos que lo monitorean en su posterior ejecución” (Fejerman, 2005:129).

Además de estos síntomas primarios (atención, impulsividad e hiperactividad) también se habla de algunos problemas secundarios que los niños con TDAH deben afrontar en la vida cotidiana como consecuencia de su trastorno. Los planos que se afectan principalmente son el académico y el social. En cuanto a lo académico sus dificultades se presentan por no poder quedarse quieto o concentrarse en clase. La consecuencia más común es un bajo y variable rendimiento escolar, a pesar de que la mayoría tiene buenas capacidades intelectuales (Taylor, 2001).

CAPITULO 2

Las familias de niños con TDAH

Para empezar, es necesario resaltar que las relaciones familiares en familias con niños con un diagnóstico de TDAH han sido poco estudiadas. Sin embargo, algunas investigaciones que se han hecho (Montiel-Nava, 2005), a pesar de que han encontrado relaciones de la hiperactividad y la impulsividad con bajos niveles de cohesión, expresividad e independencia en la familia, han encontrado que los pacientes hiperactivos provienen de familias que no son diferentes de aquellas que tienen niños sin problemas de conducta. Por lo tanto, el desarrollo de este capítulo no va dirigido a buscar las causas del TDAH en las condiciones de la familia, sino a ver cómo ésta es afectada por la presencia de un niño con este diagnóstico.

En primer lugar, es necesario señalar, aunque parezca obvio, que los niños con TDAH no viven en el vacío, es decir, ocupan un sitio específico dentro de la red o sistema social, siendo el más significativo y próximo la familia. El estudio de los niños con TDAH se ha centrado tanto en ellos como individuos y en su comportamiento, que se olvida este hecho fundamental. No se puede entender plenamente este trastorno (sus causas, su curso y sus consecuencias) sin prestar atención al entorno social y a la interacción del niño con él. Además, es importante conocer los diferentes contextos específicos donde vive y se relaciona con otros niños, quiénes son las personas con que se relaciona y que también actúan sobre él.

Teniendo en cuenta esto, es pertinente saber cuál es el impacto que los niños con TDAH tienen en sus familias, cómo tienden a reaccionar dichas familias y cómo los padres intentan controlar a sus hijos. Todo esto va a determinar el trato hacia los niños, la expresión de sus sentimientos y la calidad de su relación con los demás miembros de la familia.

Tal como lo plantea Barkley (1999) el contexto familiar de un niño con TDAH es, por varias razones, importante para entender a estos niños. En primer lugar, las interacciones sociales de estos niños con otros, las reacciones de sus padres y hermanos son inherentemente más negativas y estresantes para toda la familia que las de las familias de un niño con TDAH. En segundo lugar, el autor sostiene que hay una fuerte evidencia de que los padres y los hermanos de niños con TDAH pueden estar sufriendo más angustia y trastornos psiquiátricos que las familias con niños sin TDAH.

Según este autor, estas dificultades que presentan otros miembros de la familia tendrán influencia sobre la forma en que se percibe, controla, educa, quiere y se conduce hacia la edad adulta a un niño con este trastorno. Barkley incluso habla de un “círculo vicioso” que se inicia por esta influencia en los niños, que explica de la siguiente manera:

“1. Los padres que tienen problemas personales a menudo perciben que sus hijos muestran más comportamientos disruptivos, y que estos comportamientos son más difíciles de controlar para ellos que para los padres sin estos problemas.

2. Estas percepciones afectan a la manera en que los padres reaccionan, algunas veces, frente al comportamiento de su hijo, dando como resultado un severo castigo innecesario o una irritabilidad hacia el niño sin importar lo que haga.

3. El niño también recibe mucho menos estímulo, elogio y, en general, un clima menos cálido del que se le podría dar.

4. La forma de tratar al niño, a su vez, influye en cómo el niño se comporta con los padres, aumentando en ocasiones el nivel de desafío, testarudez, discusiones y conflicto en general.

5. Esto podría reforzar el punto de vista de los padres de que su hijo es difícil de controlar.

6. El ciclo empieza de nuevo” (Barkley, 1999:116).

Es importante resaltar que el autor aclara que esto no significa que los padres sean la causa principal del TDAH del niño o de su comportamiento desafiante, sino que sugiere que la relación padre-hijo puede influir en la severidad de los problemas del niño y las percepciones de los padres sobre lo estresante que es educar al niño.

Otros investigadores (Campbell, 2003) se han ocupado de tratar de explicar estos modelos de interacción. Susan Campbell (2003) analiza las interacciones de los niños con TDAH con sus madres, padres y hermanos, y los efectos de esto en la dinámica familiar.

En cuanto a las interacciones de los niños con TDAH con sus madres la doctora Campbell observó que los niños hiperactivos iniciaban más interacciones que otros niños cuando estaban trabajando con sus madres para acabar una tarea. Estos niños también hablaban más con sus madres y les pedía más ayuda. Esto parece indicar que los niños hiperactivos necesitan más atención, hablar más y buscan más ayuda de sus madres en sus interacciones con ellas. A su vez, las madres de niños hiperactivos les daban más indicaciones, consentimiento, desaprobación e instrucciones sobre el control de sus impulsos que las madres de niños sin el trastorno. En palabras de la autora, “las madres de niños con TDAH tienen que controlar más el comportamiento y comprometerse más con el autocontrol de sus hijos que las madres de niños sin TDAH”. Este tipo de interacción prolongado en el tiempo resulta ser muy estresante y pesado para las madres. A esto Barkley (1999) agrega que los niños hiperactivos son menos obedientes, más negativos y más propensos a no cumplir las tareas y menos capaces de seguir las instrucciones

de sus madres. Por su lado, las madres les dan más órdenes, son más negativas y menos sensibles a las interacciones con sus hijos que las madres de otros niños.

Con respecto a las interacciones con sus padres Campbell (2003) encontró que los niños con TDAH son menos negativos con ellos y se dedicaban más a una tarea que cuando estaban con sus madres. Al tratar de explicar esto la autora sostiene que podría deberse a los estilos de interacción tan diferentes que tienen las madres y los padres. Según ella, las madres parecen utilizar más el razonamiento y el afecto para conseguir que su hijo siga sus instrucciones. Parece ser que este es un enfoque menos motivador con un niño con TDAH, que no sigue las instrucciones, no razona muy bien y no es tan sensible al elogio (Campbell, 2003). Los padres, por su parte, razonan y repiten menos las órdenes y puede que impongan un castigo rápido por no obedecer. La autora concluye que, probablemente, el padre que actúa rápidamente para proporcionar alguna consecuencia por el comportamiento positivo o negativo de su hijo puede conseguir más obediencia.

Siguiendo a la autora, la relación de los niños con TDAH con sus hermanos y hermanas también es muy diferente de las que se dan en otras familias. Estos niños discuten más, juegan de forma más alborotada, gritan más a sus hermanos y tienen un comportamiento inadecuado o hacen travesuras, por lo cual no es raro que haya más conflictos de los normales. Esto genera malestar en los hermanos, quienes crecen cansados y exasperados por vivir en un ambiente disruptivo y confuso, producto también de la carga de trabajo que soportan en la casa a diferencia de sus hermanos hiperactivos.

Todo esto evidentemente afecta las relaciones familiares. Campbell (2003) atribuye esto a que la falta de atención, la impulsividad y los patrones de comportamiento hiperactivo de los niños con TDAH entran en conflicto con las demandas que los padres les hacen a sus hijos. Agrega que muchas tareas diarias implican grandes exigencias a los niños para mantener la atención, persistir en los esfuerzos e ignorar cosas que podrían ser más divertidas en un momento dado. Además, cuando estos niños se quejan sus padres no pueden

ayudarlos y reaccionan con más instrucciones, control, órdenes y cólera. La autora muestra que incluso cuando al niño no se le encarga ninguna tarea hay conflicto, porque la actividad, al habla y los ruidos vocales excesivos son percibidos por los otros como intrusivos y fastidiosos, sobre todo cuando se producen por largos periodos. Sin embargo, la autora advierte que, si bien los niños hiperactivos contribuyen en mayor medida a esta dinámica, no lo hacen de forma intencionada.

Barkley (1999) señala que la reacción de los padres frente al mal comportamiento de sus hijos se modifica con el paso del tiempo. En un principio los padres intentan ignorar o no prestar atención a sus hijos cuando muestran un comportamiento disruptivo. El autor piensa que los padres creen que estos comportamientos son intencionados, simplemente para llamar la atención y así, ignorando al niño, disminuirá el problema. Pero, como ya se ha dicho antes (Joselevich, 2000, Campbell, 2003 y Fejerman, 2005), el comportamiento de estos niños no está dirigido simplemente a llamar la atención, por lo que estas técnicas no tienen éxito. Como el comportamiento perturbador continúa o se intensifica, los padres dan más órdenes restrictivas y piden a los niños que dejen de hacer lo que están haciendo, y se encuentran repitiendo con mucha frecuencia las mismas órdenes. Dice Barkley que los padres llegan a un punto de frustración y exasperación tal que terminan por responder con amenazas. Y agrega que cuando este método falla (que es lo más común) para motivar a estos niños a escuchar y obedecer, entonces los padres cambian y utilizan el castigo físico u otras formas de castigo (como la pérdida de privilegios) para recuperar el control sobre el comportamiento indisciplinado de los niños. El autor advierte que algunos padres pueden abandonar en este punto, cediendo ante el niño, o incluso llegar a hacer las tareas de sus hijos, o desentenderse del todo. Con el tiempo los padres asumen una actitud negativa total frente a sus hijos y no hacen ningún esfuerzo, por lo que los niños hacen lo que quieren y los padres se alejan de ellos hasta abandonar la supervisión. En este punto muchos padres informan que padecen de depresión, baja autoestima en su papel como padres y poca participación o satisfacción en sus responsabilidades educativas. Barkley

concluye que vivir con un niño con TDAH puede poner a prueba la salud mental de los padres y sus obligaciones como tales.

Por todo lo que se ha expuesto en este capítulo se ve que en el abordaje del TDAH es fundamental tener en cuenta el entorno familiar, no sólo para optimizar el tratamiento de los niños con este trastorno sino también para prevenir o intervenir las dificultades en la dinámica familiar. Es en este aspecto donde el Trabajo Social puede hacer un aporte a través de la intervención familiar, desde una perspectiva interdisciplinaria.

CAPITULO 3.

El trabajo social con familias

Los diferentes autores que han abordado el problema del TDAH hablan de los diferentes tratamientos que existen, siendo el farmacológico el más utilizado, pero sin desconocer que también existe la posibilidad de la psicoterapia y la intervención con la familia. Algunos autores (Lora Espinosa, 2009) recomiendan lo que denominan un tratamiento multimodal, en el cual se combinarían estas tres intervenciones. En cuanto a la intervención familiar el Trabajo Social tiene una posibilidad valiosa de aportar la intervención interdisciplinaria del TDAH. Por esta razón es necesario detenerse en exponer cuál es la propuesta de intervención familiar del Trabajo Social, la cual puede ser aplicada a familias de niños con TDAH.

Para el Trabajo Social la familia es una de las principales áreas de intervención, siendo una de sus modalidades de intervención más antiguas (Ramírez, 2002). Actualmente las familias han sido afectadas tanto en su estructura como en sus funciones, y, además de sus funciones de reproducción y de socialización, tiene que seguir jugando un papel económico fundamental. Las múltiples exigencias a las que está sometida la familia (en este caso habría que agregar la convivencia con un miembro que padece TDAH) generan situaciones de riesgo o conflicto familiar, y es aquí donde se visualiza la intervención del Trabajo Social. De acuerdo con Ramírez (2002) éste puede desarrollar una gran cantidad de acciones que se traducen en intervenciones de promoción, prevención y tratamiento de problemas relacionados con la vida interior y exterior de las familias.

Ramírez (2002) amplía un poco la explicación de estas intervenciones argumentando que “las intervenciones orientadas a la promoción y prevención pretenden generalmente promover estilos de vida que permitan el desarrollo adecuado de cada uno de los miembros de una familia y de la familia en su totalidad, de manera previa a la aparición de un problema o patología. Las acciones orientadas al tratamiento de una familia, una vez que ya ha aparecido el problema o patología, pretenden generar al interior de ella, estilos de relaciones más armónicas y hacia el exterior, la búsqueda y conformación de redes sociales de apoyo” (Ramírez, 2002:148).

A partir de estos principios se define el Trabajo Social Familiar como “una forma especializada de Trabajo Social que entiende como unidad de trabajo a la familia y sus relaciones familiares, considerando el contexto en el cual ella está inserta. A través de éste se pretende atender los problemas psicosociales que afectan al grupo familiar, generando un proceso de relación de ayuda, que busca potenciar y activar tanto los recursos de las propias personas, los de la familia y las redes sociales” (Ramírez, 2002:155).

Teniendo en cuenta esto se propone un modelo de intervención que puede ser aplicado a múltiples problemáticas psicosociales, incluyendo los efectos de un niño con TDAH en la familia, como se expuso en el capítulo anterior. El modelo que se expone a continuación es tomado del texto *Modelo de intervención para el trabajo social familiar* de María de la Paz Donoso Díaz (1998).

La intervención del trabajador social en el grupo familiar tiene como objetivo la mejora de alguna de las condiciones de sus miembros. Esta mejora implica, sin duda, la movilización de elementos personales y relacionales: sentimientos, actitudes, comportamientos, y asimismo movilización y utilización de elementos externos: recursos materiales, técnicos, servicios.

Además de la movilización de los aspectos anteriormente mencionados, el trabajador social tendrá que recibir y contener diferentes estados emocionales del grupo familiar: ansiedades, angustias, agresividad, pasividad, y al mismo tiempo tendrá que estimular los aspectos más constructivos y maduros de los

mismos. En definitiva, tendrá que movilizar recursos personales y sociales para que la familia, en un plazo más o menos corto, pueda recuperar o adquirir capacidades que les permitan vivir y actuar de una forma más satisfactoria y autónoma.

Así pues, la eficacia de la intervención se podría valorar más con el aumento de la capacidad del grupo familiar para hacerse cargo y superar nuevas dificultades, que con la resolución concreta y específica de la demanda que le ha llevado a acudir al trabajador social.

Para ampliar los aspectos más capacitados, más autónomos, más adultos del grupo familiar, es necesario conocer y comprender de la manera más profunda posible las necesidades básicas que determinan las dificultades y actuación del grupo, los mecanismos que marcan la dinámica social y la interacción que continuamente se establece entre los diferentes elementos.

La intervención del trabajador social debe ser globalizadora, dirigida a encauzar todos los aspectos que están distorsionados y evitar atender solamente alguno de ellos, parcializándolos. Del mismo modo la intervención irá dirigida no sólo a solucionar el problema del momento, sino en su conjunto. Así se evitará el satisfacer algún aspecto concreto y distorsionar otros.

El seguimiento de una situación familiar problemática requiere tener un conocimiento de la misma que permita:

- Establecer objetivos que previsiblemente se puedan lograr basados en la movilización de recursos de la propia situación, de recursos sociales y de los que el propio servicio puede ofrecer.
- Determinar de qué manera se llevará a cabo el tratamiento y qué medios y recursos técnicos probablemente se tendrán que emplear.
- Decidir cuáles son los aspectos prioritarios y cuáles los que se han de atender en segundo lugar, dada su menor urgencia, o porque se atenderán

paralelamente a los prioritarios, o porque éstos últimos son condición para tratar los primeros.

La atención a la familia empieza cuando el trabajador social establece la primera relación con ésta y con la situación con la que deberá trabajar. El proceso se inicia en el punto donde se halla la familia, involucrándola en la identificación y localización de sus dificultades y de sus recursos.

Lo esencial a la hora de abordar profesionalmente a la familia no es sólo definir la intervención, sino más bien determinar a partir de qué elementos se efectúa la selección del tipo de intervención, que va unido a la situación real del asistido, las hipótesis de trabajo que se establezcan y los objetivos que pretende la intervención. También influye cómo se ha originado el encuentro entre trabajador social y la persona asistida, la duración de la intervención y desde dónde se efectúa la misma.

El trabajador social, en su abordaje a las situaciones familiares, contempla a la familia en su globalidad. En ocasiones dicha intervención se realiza directamente con un solo miembro de la unidad familiar, ante la imposibilidad, por diversos motivos, de hacerlo con todos, pero nunca se pierde la referencia al grupo (unidad convivencial) y la visión de todo él.

Las intervenciones se clasifican en directas e indirectas.

Directas: son las que se dirigen al asistido en una relación frente a frente.

Indirectas: son las que realiza el trabajador social fuera de la relación personal con el asistido, con el fin de organizar su trabajo, planificar acciones que se realizarán posteriormente y también acciones en beneficio del asistido, pero sin la participación activa de éste.

La autora que se ha seguido (Donoso Díaz, 1998) desarrolla detenidamente cada una de estas intervenciones:

Intervención directa:

— *Clarificar-apoyar*: analizando los distintos aspectos de la situación, para percibirlos de una forma realista. Por otra parte, ver qué factores han influido y contribuido a desencadenar un estado temporal de desorganización en el funcionamiento familiar. También es necesario clarificar la capacidad de cada uno de sus miembros. Las relaciones que tienen entre sí y con personas significativas. La utilización de los recursos ambientales o la posibilidad de acceso a los mismos. Y por último se clarificarán las consecuencias que pueden tener las diferentes alternativas de acción que se escojan. En esta línea, se trazarán metas de acción específicas y limitadas en el tiempo, que puedan aumentar por una parte la capacidad cognoscitiva de cada uno de los miembros, aminorar sentimientos de angustia y aumentar la esperanza de encontrar soluciones favorables y realistas a los problemas planteados.

— *Informar-educar*: tienen como objetivo que se subsanen las eventuales carencias de información correspondientes a los diferentes campos: legislación, derechos, diversos organismos existentes y su utilidad, derecho excepcional a ciertas ayudas, informar en todo lo concerniente al aprendizaje en el campo de la salud, alimentación, cuidado de los niños, organización familiar.

La educación se entiende en el sentido de transmitir un saber y un saber hacer. También como una reeducación, una reinserción social y desarrollo personal.

La acción del trabajador social está fundamentalmente orientada a modificar la situación de la familia mediante el uso de técnicas dirigidas a:

— *Persuadir-influir* a través del *consejo*: haciendo recomendaciones con miras a ayudar al asistido a sobreponerse a sus problemas, tratando de conseguir que el asistido se una a las propuestas del trabajador social, a la vez que lo confronta para demostrar al asistido las consecuencias de sus actos.

— *Controlar-ejercer la autoridad*: estableciendo con el asistido un orden en el proceso de ayuda, manejando el tiempo de que se dispone debidamente y consiguiendo que el asistido colabore en la solución de sus problemas. En este

sentido, el trabajador social establecerá el tipo de seguimiento que requiera la situación, estableciendo un contrato (horarios, regularidad de los encuentros, etc.), exigiendo que el asistido asuma sus responsabilidades y sus obligaciones.

— *Crear nuevas oportunidades*: consiste en ampliar el horizonte relacional de los asistidos, ampliar sus marcos de referencia y permitirles el acceso a nuevas experiencias que los enriquezcan y les produzcan satisfacción. Por ejemplo, ponerles en relación con otras personas y otras instituciones; crearles la oportunidad de abrirse y descubrir otros grupos, experiencias hasta entonces insospechadas; intentar que utilicen estructuras de su medio en las que pudieran participar, utilizando los recursos que estuviesen a su disposición.

— *Estructurar una relación de trabajo con el asistido*: el objetivo es procurar los medios necesarios para lograr con éxito el cambio que se propone, a través de estructurar el tiempo, el espacio y focalizar los objetivos.

Intervención indirecta:

Algunas intervenciones directas dan lugar a una serie de intervenciones indirectas, como son contactos, gestiones entre diversos organismos, redacción de informes y encuestas. Otras se sitúan en el plano del entorno del asistido, ya sea respecto a las personas próximas a él, o bien a nivel colectivo en relación a un conjunto de población (creación de equipamientos, animación de grupos, creación de asociaciones).

Entre los tipos de intervención indirecta, la autora hace referencia a los siguientes:

— *Organización y documentación*: consiste en administrar el tiempo de trabajo, el espacio y los conocimientos que se poseen.

— *Planificaciones de intervenciones directas*: consiste en organizar acciones previas al comienzo de un proyecto de intervención, especialmente en el trabajo de grupo.

— *Intervención en el entorno del asistido*: el objetivo es modificar la situación ambiental del asistido, ampliar su inserción social y modificar la actitud que tienen respecto a él personas significativas.

— *Colaboración con otros trabajadores sociales*: el objetivo es conseguir una mayor atención y seguimiento del asistido.

Por último, la autora hace mención de la derivación, cuando las características de la familia, a través del conocimiento del problema, impidan que éste pueda ser resuelto por el servicio, para completar la atención se trasladará al grupo familiar como tal (aunque sólo sea un miembro) a otra institución o servicio especializado más idóneo para su atención.

La combinación de estas indicaciones con las necesidades específicas que implica una demanda propia de las familias de niños con TDAH, podrá dar algunas luces para comenzar a pensar en una intervención familiar enfocada a este trastorno.

CAPITULO 4.

Necesidades de las familias de niños con TDAH que pueden ser intervenidas desde el Trabajo Social

La presencia de un niño con TDAH le presenta retos a la familia, en la medida en que se modifica su dinámica familiar y sus miembros tienen que enfrentar algunos acontecimientos que generan ansiedades, muchas veces intensificadas por la falta de información y orientación sobre la forma de proceder en diferentes etapas del proceso que implica tener un niño con este trastorno. El Trabajo Social, a través de las estrategias y técnicas que ya se han expuesto, puede hacer este acompañamiento con el propósito de garantizar que la familia atienda adecuadamente al niño y contribuir a la prevención del deterioro de la dinámica familiar. En este capítulo se presentan algunas acciones que podría emprender el trabajador social para acompañar a una familia de un niño con TDAH, aclarando que es una propuesta inicial que debe ser discutida y ampliada en otros trabajos, los cuales también deben ir enfocados a articular un protocolo terapéutico que se pueda aplicar tanto en las instituciones educativas como de salud en las que hace presencia el trabajador social.

Una de las primeras acciones en las que se puede intervenir es en el acompañamiento a la familia para que tome la decisión de evaluar a su hijo, ya que es un paso importante y que genera mucha ansiedad en los padres. Tal como lo ha dicho Barkley (1999), la mayoría de los padres llegan a este momento fatídico cuando se dan cuenta de que los problemas de su hijo exceden los recursos de la familia y de la escuela para resolverlos, y cuando la

frustración ha llegado a su punto máximo a causa de todos los esfuerzos que han hecho por ayudarlo o por conseguir ayuda. La consecuencia de esto es que cuando tiene que dar el primer paso en busca de ayuda muchos padres ya se sienten desbordados, lo que puede hacer que no hagan un buen proceso. Para este acompañamiento el trabajador social debe empezar por mostrar la necesidad de buscar ayuda profesional a las familias de niños con sospechas de que pueden padecer el trastorno, para lo cual debe estar muy bien informado de las condiciones que indican riesgo. Cuando la familia acepte debe orientarlos en cuanto a los profesionales a los que puede recurrir (en el capítulo anterior se dijo que deben ser tanto el médico como el psicólogo) y establecer su idoneidad. En este punto hay que tener en cuenta las condiciones económicas de la familia para saber qué tipo de honorarios pueden pagar, si las E.P.S cubren las evaluaciones, o si el sistema escolar, a través de las secretarías de educación brinda algún servicio o ayuda, para todo lo cual el profesional debe tener una amplia información de la red institucional que puede ayudar a las familias.

Una vez que los padres han aceptado la ayuda, sería importante informarles de todo lo que implica este procedimiento: generarles la conciencia de que deben brindar información veraz, cuáles son los procedimientos a los que se verán sometidos, que ellos hacen parte integral del proceso y, obviamente, que deben estar preparados para recibir el diagnóstico de TDAH. Algunos autores (Barkley, 1999) han recordado que los padres al recibir el diagnóstico pueden reaccionar con una negación del problema, o con alivio por saber a qué se debe el problema de su hijo, con ira, tristeza o aceptación. Lo importante es que el profesional ayude a generar la capacidad para que los padres ayuden a sus hijos y defiendan sus derechos. Para lograrlo el primer paso es invitarlos a que se informen sobre el TDAH y brindarles las fuentes más idóneas para que lo hagan.

De acuerdo con los autores que se han revisado en los capítulos anteriores, el trabajador social puede dar algunas pautas en la relación de los padres con sus hijos con TDAH. Hay que recordar que estos niños necesitan más motivación

para hacer sus tareas que otros, que las consecuencias de sus actos (castigos) deben ser inmediatas y frecuentes, así como refuerzos más perceptibles y eficaces (Barkley, 1999), ya que algunos autores recomiendan acudir siempre primero al sistema de recompensas que al sistema de castigos, además de que debe procurarse que sea el mismo en todas las ocasiones. Es importante recordarles que deben actuar sin olvidar que el problema de sus hijos no es de falta de inteligencia o razonamiento, pero para ello debe planear previamente cómo responder ante una situación difícil o disruptiva. También se debe prevenir que los padres personalicen el problema de sus hijos y piensen que son malos padres, en la medida en que se les muestre que simplemente les ha tocado una tarea de educación más ardua que a otros padres.

De igual manera, el trabajador social debe ocuparse y transmitir el autocuidado a los padres, dadas todas las consecuencias que ellos sufren, como ya se explicó en el segundo capítulo. Por eso es necesario que los padres corten con los acontecimientos estresantes, pero frente a aquellos que no puede evitar tienen la opción de recurrir a técnicas de reducción de estrés como métodos de relajación, meditación, hacer ejercicio, y, en casos extremos, tomar medicación (Barkley, 1999). También se ha mostrado que educar a un niño con TDAH exige un intenso esfuerzo físico y mental, por lo cual los padres muchas veces se descuidan a sí mismos y sienten que han perdido el control de sus vidas. Por eso es importante que salgan los fines de semana, que se tomen vacaciones, que encuentren aficiones o actividades sociales que los saquen de la rutina y los mantengan en contacto con sus pares. En algunos momentos el trabajador social debe sugerir la participación en grupos de autoayuda y aplicar estrategias para prevenir el consumo de alcohol u otras drogas como resultado de una mala estrategia de afrontamiento de la nueva condición de sus hijos.

Además de todo esto, el trabajador social debe acompañar a las familias en la nueva organización de su vida cotidiana y también en la escuela. Al hacer esto debe tener como objetivos fortalecer la relación padre-hijo en torno al respeto mutuo, la cooperación y el aprecio; reducir el conflicto diario, las riñas y las discusiones; aumentar las posibilidades de conductas apropiadas y

socialmente aceptadas de los niños; y contribuir a que los padres preparen al niño para que se integre a la sociedad (Barkley, 1999).

En este acompañamiento el trabajador social debe actuar y estar siempre al lado de la familia, en proximidad del otro, un acompañamiento que se puede definir como ponerse en los zapatos del otro durante el tiempo que este dure, de manera que escuchando a los integrantes del grupo familiar y ayudándoles a actuar, a coger conciencia y sobre todo a desarrollarse personalmente, será posible que evolucionen en entorno a su entorno familiar.

Como se puede apreciar, el Trabajo Social tiene muchas alternativas a través de las cuales puede aportar a la intervención de las familias de niños con TDAH.

CONCLUSIONES

El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno de base neurobiológica que se manifiesta por grados inapropiados de atención, hiperactividad e impulsividad, lo cual le genera a los niños que lo padecen dificultades académicas y sociales que deben ser intervenidas para procurarles una adecuada calidad de vida a estos niños con sus condiciones particulares y cuando crezcan. Este trastorno tiene un alto impacto en las familias de los niños que lo padecen, generando nuevas relaciones de ellos con sus padres y sus hermanos, modificando la dinámica familiar, lo cual somete a los miembros de ella a riesgos psicosociales, por lo tanto en el abordaje del TDAH es fundamental tener en cuenta el entorno familiar, no sólo para optimizar el tratamiento de los niños con este trastorno sino también para prevenir o intervenir las dificultades en la dinámica familiar. Es en este punto donde el Trabajo Social puede hacer un aporte desde la intervención familiar, desde una perspectiva interdisciplinaria. Dentro de la propuesta de intervención multimodal de este trastorno, que incluye el tratamiento farmacológico, la psicoterapia y la intervención familiar, el Trabajo Social puede aportar mucho en este último componente, en la medida en que posee ya unos modelos de intervención en este campo. La combinación de estos modelos con las necesidades específicas que implica una demanda propia de las familias de niños con TDAH, podrá dar algunas luces para comenzar a pensar en una intervención familiar enfocada a este trastorno. Dentro de estas necesidades familiares que pueden intervenir los trabajadores sociales están el acompañamiento a las familias en el proceso de inicio y desarrollo de la evaluación, así como en el momento de recibir el diagnóstico; guiar a las familias en la consecución de información y las posibilidades interinstitucionales

que tienen para ayudarle a sus hijos y garantizar sus derechos; la orientación del establecimiento de la relación de los padres con los hijos en sus nuevas condiciones; la promoción del auto cuidado de los padres para proteger su salud y garantizar una buena labor; y ayudar a la familia a adaptarse a los cambios internos y externos en su vida cotidiana.

Se pudo evidenciar a través de la revisión teórica, la importancia de contar con el acompañamiento de un trabajador social en las familias que tienen niños con TDAH para subsanar los efectos negativos de tener un miembro en la familia con este trastorno. Además que este profesional se encarga de prevenir el detrimento del entorno familiar, generando conciencia y una constante orientación e información a cada uno de los integrantes del grupo familiar para brindar ayuda, apoyar y valorar al niño que tiene este padecimiento.

De acuerdo con los autores estudiados es importante mencionar que existen numerosas angustias que de manera cotidiana tienen muchos padres en cuanto a la educación de los hijos con TDAH y es por esta condición que el trabajador social puede proporcionar una intervención acorde con las necesidades que presentan estas familias, sin perder de vista que la familia es el núcleo de la sociedad, el primer entorno, la institución educativa más sencilla y eficaz y también la única con capacidad de proporcionar la educación más completa, en este sentido todas aquellas familias que no tengan clara esta función educadora y socializadora, se encuentran ávidas de encontrar un profesional con capacidad de modificar las conductas erróneas del núcleo familiar y de potenciar al máximo las conductas de los niños que padecen este trastorno del TDAH, propiciando un ambiente organizado y estable, donde se establezcan unas rutinas, un orden y unas reglas acordes con los valores y principios que tiene la familia, para que aprendan a solucionar los problemas que se les presenten en la cotidianidad y su vez, en un futuro puedan prepararse para formar una familia.

Conviene decir que el trabajador social desde el primer contacto con la familia comienza su intervención social, asumiendo la situación de escucha y acompañamiento como un proceso de relación profesional, valorando el entorno familiar, de esta manera se pueden detectar las necesidades, para que en últimas se todo el grupo familiar el que obtenga los niveles aceptables de bienestar social.

Finalmente los resultados anteriores se vislumbran como algunas de las posibilidades de intervención que tiene el trabajador social, las cuales se pueden ampliar en otros estudios o reflexiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Psiquiátrica Americana (2001). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-IV)*. México: E.N.R.

Barkley, R. (1999). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.

Calle Lemos, J. (1999). *Manual de apoyo diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Medellín: U.P.B.

Campbell, S. (2003). *Las interacciones de los niños con TDAH con su familia*. Buenos Aires: Panamericana.

Cornejo, J. W. (2005). *Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos*. En: Revista de Neurología. Vol. 40, No 12, pp. 716-722.

Donoso Díaz, M. (1998). *Modelo de intervención para el trabajo social familiar*. Santiago de Chile: Universidad Católica.

Fejerman, N. (2005). *Neurología pediátrica*. Buenos Aires: Panamericana.

Galeano, María Eumelia (2004). *Estrategias de investigación social cualitativa*. Medellín: La Careta Editores.

González, María Claudia (2007). *Expresión oral y escrita*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Joselevich, E. (2000). *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad en niños, adolescentes y adultos*. Buenos Aires: Paidós.

Lora Espinosa, A. (2009). *Déficit de atención e hiperactividad en el niño y adolescente. La necesidad de un trabajo conjunto*. Disponible en: www.pediatrasandalucia.org/docs/Hiperactividad_Alf-Lora.pdf. Consultado el 15 de noviembre de 2009.

Montiel-Nava, C. (2005). *Clima familiar en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad*. En: *Psicología conductual*. Vol. 13, No. 2, 2005, pp. 297-310.

Orjales Villar, I. (1999). *Déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: CEPE.

Ramírez, I. (2002). *El trabajo social familiar*. Madrid: Universidad Complutense.

Scandar, R. (2000). *El niño que no podía dejar de portarse mal*. Buenos Aires: Distal.

Taylor, E. (2001). *El niño hiperactivo*. Barcelona: M. R.