



# Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 21 No. 1

Marzo de 2018

## CONFLICTOS EMOCIONALES DE LOS NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Eva María Esparza Meza<sup>1</sup> y Dulce Rocío González Mosqueda<sup>2</sup>  
Facultad de Psicología  
Universidad Nacional Autónoma de México

### RESUMEN

Se presentan los datos de una investigación cuyo objetivo fue determinar los principales conflictos emocionales de niños con y sin Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), ya que además de la alta prevalencia del trastorno, existen pocos estudios que aborden los aspectos emocionales concomitantes. Participaron de manera voluntaria 20 niños de ambos sexos, de 7 a 11 años, así como sus madres, asignándose a 2 grupos: con y sin TDAH. La información se obtuvo de entrevistas semi-estructuradas con la madre y el niño considerando los tópicos: desarrollo, historia del trastorno, composición familiar, condiciones generales de vida, interacción social, intercambios afectivos, autoconcepto, escolaridad e información sobre el trastorno. En el caso de los niños también se aplicó el Test de Apercepción Temática para Niños (CAT). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas, el grupo con TDAH manifestó más conflictos, siendo los principales el rechazo, inestabilidad en interacción con compañeros, concepto negativo de sí mismo, dificultades en la organización psíquica y en control de impulsos, problemas escolares, carencia de apoyo familiar, dependencia materna y dificultades con la figura paterna. El grupo control no manifestó ninguno de estos problemas, siendo el rasgo más importante en éstos la búsqueda de autonomía. Se concluye que los niños con TDAH sufren más conflictos en la esfera

<sup>1</sup> Profesor Asociado C. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) [evaesparzam@comunidad.unam.mx](mailto:evaesparzam@comunidad.unam.mx)

<sup>2</sup> Egresada de la Maestría Psicoterapia para Adolescentes. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) [dulcerocio.gm99@gmail.com](mailto:dulcerocio.gm99@gmail.com)

emocional, factor que debe considerarse tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

**Palabras clave:** Trastorno por déficit de atención, hiperactividad, conflictos emocionales, psicopatología, niños.

## EMOTIONAL CONFLICTS OF THE CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT/ HYPERACTIVITY DISORDER

### ABSTRACT

Data are presented for an investigation whose objective was to determine the main emotional conflicts of children with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), since in addition to the high prevalence of the disorder, there are few studies that address the concomitant emotional aspects. Involving voluntarily 20 children both genders aged 7 to 11, as well as their mothers, assigned to 2 groups: with and without ADHD. The information was obtained from semi-structured interviews with the mother and the child considering the topics: development, history of the disorder, family composition, general living conditions, social interaction, affective exchanges, self-concept, schooling and information about the disorder. In the case of children, the Thematic Apperception Children Test (CAT) was also applied. Statistically significant differences were found, the group with ADHD reveal more conflicts, the most outstanding were rejection, instability in social relations with classmates, negative self-concept, difficulties in psychic organization, impulse control, school trouble, lack of family support, maternal dependence and trouble with the father figure. The control group shows no manifest sign of these conflicts, the important feature in these was the search for autonomy. It is concluded that children with ADHD suffer from more conflicts in the emotional sphere, factor to be considered for both diagnosis and treatment.

**Key words:** ADHD, hyperactivity, emotional conflict, psychopathology, children.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), es uno de los principales padecimientos que afectan a la población infantil a nivel mundial. Se considera que aproximadamente el 5% de los niños en edad escolar lo padecen; siendo más frecuente en niños que en niñas (American Psychiatric Association, 2013). Estos datos colocan al TDAH como un importante problema de salud pública. En México, el TDAH constituye el diagnóstico más emitido especialmente para niños en edad escolar, siendo la principal causa de atención en consulta externa (Dirección General de Salud Mental, 2002).

La etiología concreta del TDAH todavía es un enigma, se han formulado diversas explicaciones, desde las que consideran un origen principalmente neurobiológico,

hasta las que lo explican como un trastorno cuyo fundamento es meramente de tipo psicosocial; sin embargo, autores como Janin (2007), Lasa y Moya (2012), Punta (2007), manifiestan que organizar esta psicopatología alrededor de la organicidad como único factor etiológico, es una postura reduccionista que deja de lado la dimensión subjetiva del niño, ignorando la función que tienen tanto el medio como las emociones. Howe (2010) sugiere que además del factor neurológico, la calidad del cuidado que los niños reciben así como el ambiente social, juegan un papel destacado tanto en la etiología como el mantenimiento y tratamiento del TDAH; así pues, el trastorno debe visualizarse como resultado de la interacción de diversos factores: biológicos, psicológicos, sociales y familiares, siendo importante identificar también elementos como los recursos internos del niño, la fortaleza yóica, el contexto y dinámica familiar y si ésta promueve o no complicaciones adicionales en las manifestaciones sintomáticas del trastorno.

Doltó (1974), ya había explicado que los problemas de conducta eran un fenómeno frecuente y su etiología se podía asociar no solamente a problemas neurológicos, sino también a la dificultad de los padres para enseñar a sus hijos a tolerar la frustración y lograr un mejor control de impulsos que les permita vivir en grupo y en conformidad con las normas. Dentro de esta lógica, vemos que el aspecto emocional es uno de los ámbitos en los que el TDAH tiene serias repercusiones, ya que los síntomas generan condiciones que afectan y modifican el desarrollo emocional del niño, siendo éste un factor de fundamental importancia en el desarrollo de todo ser humano, las consecuencias que provoque tienen una enorme trascendencia en la vida futura del paciente.

Aunque son pocos los estudios que se han enfocado en las implicaciones emocionales, se considera que los niños con este trastorno suelen ser egocéntricos, inestables emocionalmente, demandantes, egoístas, rebeldes, con poca capacidad reflexiva acerca de las consecuencias de su conducta, poco empáticos, se perciben más competentes de lo que en realidad son; también pueden ser hostiles y agresivos, lo que contribuye a que les sea difícil establecer relaciones de amistad (Anstheil, Macias and Barkley, 2009; Young, Fitzgerald and Postma, 2013).

El TDAH es, para quien lo padece, mucho más que ser un niño inquieto, inatento o impulsivo; presenta características que no son reconocidas a simple vista, pero que tienen importantes consecuencias en su vida, ya que fundamentalmente es un niño que sufre, aspecto que debe ser tomado en cuenta para acceder a una comprensión total del trastorno. Podemos decir que la mayoría de los niños presentan una conducta muy activa, llena de vitalidad: hacen ruido, corren, saltan, se mueven constantemente, se rehúsan a esperar su turno, son inquietos o distraídos. Sin embargo, a medida que se desarrollan adquieren mayor capacidad para adecuarse y mentalizar las situaciones y cosas de su ambiente, con lo que comienzan a sustituir la acción por el pensamiento y el lenguaje. No obstante, para algunos niños, este logro no se alcanza satisfactoriamente y los comportamientos anteriores constituyen algo más que una conducta eventual u ocasional, de tal forma que su elevada frecuencia interfiere en su capacidad para desenvolverse adecuadamente en su entorno; es entonces cuando esta condición se constituye en el trastorno denominado Déficit de Atención e Hiperactividad.

El trastorno en cuestión, implica diferentes complicaciones en la vida de quien lo padece, que no se limitan únicamente a los síntomas intrínsecos (dificultades en la atención, impulsividad e hiperactividad), éstos mismos pueden desencadenar otros conflictos en diferentes áreas, siendo una de las más comprometidas la emocional; al mismo tiempo, los conflictos emocionales tienen repercusiones directas en el propio síndrome, formando un círculo vicioso que contribuye a agravar la sintomatología y por lo tanto a dificultar tanto el diagnóstico como el tratamiento. Es necesario considerar también, el papel que juega la familia, ya que el trastorno se enlaza con la dinámica familiar, donde resulta condicionado y condicionante al mismo tiempo (Janin, 2006).

La identificación precisa de los conflictos emocionales que se presentan durante la niñez puede aportar grandes beneficios a los pacientes con TDAH, debido a que es en esta etapa donde se estructura la personalidad y el psiquismo; posibilitando una mayor especificidad en las acciones terapéuticas y así evitar que los síntomas primarios constituyan rasgos de carácter en la personalidad del niño.

Atender a los niños con TDAH desde una perspectiva que comprenda las conflictivas emocionales y no sólo los problemas conductuales, puede dar la pauta para iniciar una intervención terapéutica efectiva, adaptada a sus necesidades, internándose en el psiquismo del niño, en sus angustias y sus temores (Tomas y Casas, 2004).

En este contexto, la presente investigación se realizó con la finalidad de especificar y comprender la problemática circunscrita al ámbito emocional ante la presencia del TDAH y establecer las diferencias con un grupo que no presenta el padecimiento.

## MÉTODO

Estudio no experimental de tipo descriptivo y transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 2008), donde participaron voluntariamente 20 niños y sus respectivas madres, de ambos sexos, de 7 a 11 años de edad, divididos en dos grupos de 10 participantes cada uno: el primer grupo integrado por niños con diagnóstico de TDAH, emitido por médicos especialistas (neurólogos o psiquiatras) en un hospital de segundo nivel de la ciudad de México. El grupo control se formó por niños que no padecían TDAH.

Instrumentos: Para valorar la conflictiva emocional se emplearon la entrevista semi estructurada aplicada tanto a las madres como los niños y la aplicación del Test de Apercepción Temática para niños (CAT). Los tópicos específicos de la entrevista fueron: a) desarrollo general del niño; b) historia del trastorno; c) composición de la familia, condiciones generales de vida e interacción entre ellos; d) intercambios afectivos e interpersonales; e) autoconcepto y; f) escolaridad. Por su parte, el CAT (Bellack, 1996), es un test proyectivo que consiste en 10 láminas que muestran diferentes situaciones, ante las que el niño crea una historia. Su interpretación evalúa la dinámica de la personalidad, estructura psíquica, relaciones interpersonales, impulsos y necesidades, defensas y conflictos de dependencia-independencia, establecimiento de disciplina, percepción de la agresión, temores y fantasías.

Análisis de los datos. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS y  $\chi^2$  para comparar los grupos en relación a las categorías estipuladas. Para analizar la información obtenida de las entrevistas con las madres se establecieron 6 categorías: *Desarrollo, Condiciones Familiares, Escolaridad, Relación con Adultos, Relaciones con los Compañeros y Otros*, obteniendo 40 indicadores. Para el grupo de madres de niños con TDAH, se agregó la categoría de *Información sobre TDAH*.

De la entrevista con los niños (ambos grupos) se obtuvieron 5 categorías con un total de 24 indicadores: *Escolaridad, Autoconcepto, Relaciones Familiares, Relaciones con Compañeros, Actividades*; y una categoría adicional para el grupo TDAH: *Información sobre TDAH*. Se incorporó una categoría derivada de la aplicación del CAT referente a los conflictos emocionales de los niños en ambos grupos, que arrojó 21 indicadores.

## RESULTADOS

### A. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA A MADRES

Los resultados de la prueba  $\chi^2$  muestran diferencias estadísticamente significativas en las categorías *desarrollo, escolaridad y relaciones con compañeros*.

Desarrollo. Solo los indicadores planeación del embarazo y lenguaje presentan diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 1); el total de niños con TDAH no fueron planeados, algunos incluso fueron rechazados; en tanto que en el grupo control la situación de no planeación solo se registró en la mitad de los casos. Con respecto al lenguaje, se evidenció que el grupo con TDAH manifestó más problemas, siendo el atraso en la adquisición el aspecto más relevante.

Tabla 1. Resultados de  $\chi^2$  para la categoría Desarrollo

INDICADORES	$\chi^2$
Embarazo	0.202
Parto	5.143
Planeación del embarazo	<b>6.667*</b>
Lenguaje	<b>8.978**</b>
Motricidad	0.277
Control de esfínteres	0.952
Antecedente de enfermedades	3.486

\*Significativo al 0.05  
\*\*Significativo al 0.01

Escolaridad. La tabla 2 denota que los indicadores con diferencias estadísticamente significativas son *dificultades actuales, actitud de padres y aprovechamiento*.

Tabla 2. Resultados de  $\chi^2$  para la categoría Escolaridad

INDICADORES	$\chi^2$
Guardería	0.8
Dificultades en el Preescolar	1.25
Dificultades ante el cambio	1.25
Dificultades actuales	<b>14.286**</b>
Conflictos durante el estudio	2.222
Gusto por la escuela	1.2
Actitud ante la escolaridad	3.333
Actitud de los padres	<b>7.267*</b>
Aprovechamiento	<b>5.397*</b>
Tipo de escuela	0.833

\*Significativo al 0.05  
\*\*Significativo al 0.01

El grupo TDAH resultó con mayores dificultades en el aprovechamiento escolar, aspecto que, de acuerdo con sus madres, se debe a la sintomatología del trastorno; 80% de estos niños presentó un rendimiento escolar de bajo a problemático. En tanto que los niños del grupo control no manifestaron ninguna dificultad en esta área. En cuanto a actitud de los padres, se observó que el grupo

TDAH recibe insuficiente apoyo familiar, lo que significa que se involucran poco en las actividades del niño; las madres resultaron ser las que menos apoyo ofrecen y mantienen una relación ambivalente que fluctúa entre la dependencia y el conflicto; la relación con el padre suele ser más bien conflictiva.

Relaciones con Compañeros. Los indicadores que exhiben diferencias significativas (ver tabla 3) son: *constancia en las relaciones, actitud del niño y actitud de los pares.*

Tabla 3. Resultados categoría Relaciones con Compañeros.

INDICADORES	x2
Relación pares	3.333
Hermanos	2.4
Constancia en las relaciones	<b>8.571*</b>
Actitud del niño	<b>6.923*</b>
Actitud de los pares	<b>10.500**</b>
Respuesta ante pares	6.273
Tipo de juego	1.867

\*Significativo al .05

\*\*Significativo al 0.01

Según la percepción materna, los niños del grupo TDAH son inestables en su modo de relacionarse, no mantienen vínculos emocionales duraderos y prolongados; frecuentemente cambian de amigos, su círculo social suele ser reducido; en contraste, los niños del grupo control usualmente son sociables y amigables. Los niños con TDAH despliegan una actitud agresiva o impositiva que pretende lograr la aceptación de los demás, pero que crea el efecto contrario, es decir el repudio. Mientras que los niños del grupo control generalmente reciben muestras de aceptación, los del grupo TDAH frecuentemente consiguen rechazo. Por otra parte, se encontró que el 70% de las madres de los niños con TDAH enfatizó en las características negativas de la personalidad del niño, algunas presentaron problemas para conceptualizarlo, reflejando un modo ambiguo o incongruente; en comparación, todas las madres de los niños del grupo control manifestaron un concepto más positivo y objetivo acerca de sus hijos.



Información sobre TDAH. Todos los niños del grupo con TDAH estaba bajo tratamiento farmacológico; el 60% han estado en tratamiento entre 1 y 3 años, con un promedio de 2.1 años; en la mitad de ellos las primeras manifestaciones del trastorno ocurrieron cuando cursaban el primer año de primaria; en el 50% de los casos, la detección del problema tuvo lugar en la escuela. El 60% de los niños recibe únicamente tratamiento farmacológico con metilfenidato; 30% complementan además con atención psicoterapéutica. El 70% de las madres posee escasa información sobre las implicaciones del trastorno y no manifestaron inquietudes acerca de las posibles efectos secundarios de la medicación; la mitad refleja idealización hacia el fármaco, proyectando una actitud de efecto mágico hacia el mismo; la otra mitad presenta una idea más objetiva de cómo actúa el medicamento.

## **B. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA A NIÑOS**

A partir de la información aportada por los propios niños, los resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas en 4 de las 5 categorías estipuladas: *escolaridad, autoconcepto, relaciones familiares y relaciones con los compañeros*. Se incluye la categoría información sobre el TDAH, exclusiva para los niños de este grupo.

Escolaridad. Los indicadores con diferencias estadísticamente significativas fueron: *actitud ante el trabajo escolar, aprovechamiento y dificultades escolares* (Ver tabla 4).

Tabla 4. Resultados categoría Escolaridad.

INDICADORES	$\chi^2$
Gusto	1.067
Que le agrada	3.311
Que le desagrada	4.81
Actitud ante el trabajo escolar	<b>5.051*</b>
Aprovechamiento	<b>7.773*</b>
Dificultades escolares	<b>10.800**</b>

\*Significativo al 0.05

\*\*Significativo al 0.01

En *actitud ante el trabajo escolar*, las diferencias estriban en que los niños del grupo control son más autónomos y dedicados en sus deberes escolares; en tanto que los del grupo TDAH necesitan de mayor instigación de los adultos para realizarlos; en ciertos casos, aún con la supervisión constante, no logran finalizar las actividades asignadas.

La diferencia en *aprovechamiento* confirma los datos aportados por las madres, de modo que los niños con TDAH evidenciaron más problemas en comparación con el grupo control. Las dificultades actuales muestran un importante conflicto en el aprendizaje, aspecto que generalmente se asocia a la sintomatología intrínseca del trastorno.

Autoconcepto. El único indicador (Ver tabla 5) que arrojó diferencia significativa entre ambos grupos fue *concepto de sí mismo*. Los niños con TDAH manifestaron mayores dificultades para concretar una idea estructurada de sí; en reflejo a la conceptualización de sus madres, ellos también poseen un concepto de sí negativo, destacando los defectos y la idea de ser “un niño problema”. En contraste, los niños del grupo control revelaron una mayor capacidad para establecer un concepto de sí mismos, con una visión de sí más objetiva y positiva.

Tabla 5. Resultados categoría Autoconcepto.

INDICADORES	$\chi^2$
Características	5.273
Concepto de sí	<b>8.619*</b>
Gusto más de sí	2.633
Gusto menos de sí	3.2
Capacidades	0.254
Dificultades	2.961

\*Significativo al 0.05

Relaciones familiares. La tabla 6 muestra que el indicador con diferencias significativas corresponde al *lazo afectivo entre el niño y la figura paterna*, coincidiendo con los datos dados por la madre, el 60% de los niños del grupo TDAH mantienen con el padre una relación conflictiva, caracterizada por constantes fricciones; en tanto que el 90% de los niños del grupo control manifestaron una relación adecuada con el padre.

Tabla 6. Resultados categoría Relaciones Familiares

INDICADORES	$\chi^2$
Padre	<b>5.923*</b>
Madre	4.1
Hermanos	4

\*Significativo al 0.05

Relaciones con compañeros. La tabla 7 indica las dificultades del grupo TDAH para interactuar con sus congéneres, se encontraron diferencias significativas en los indicadores *amistad, amplitud de círculo social y otros compañeros*. La diferencia estriba en que a los niños con el trastorno les es difícil

Tabla 7. Resultados categoría Relaciones con Pares.

INDICADORES	$\chi^2$
Amistad	<b>5.051*</b>
Amplitud círculo social	<b>5.558*</b>
Otros compañeros	<b>7.500*</b>
Actitud de compañeros	4.533
Actitud del niño	1.25
Compañía	4.533

\*Significativo al 0.05

establecer vínculos de amistad con otros niños, tienen un círculo de amigos restringido y sus interacciones son insatisfactorias e inestables, reciben mayor rechazo y tienden al aislamiento.

Información sobre TDAH. La información acerca del trastorno es escasa e incorrecta; el 80% de los participantes manifestó no saber nada sobre el mismo, ni lo que implica padecerlo. El 70% informó que el medicamento sirve para poner atención y “portarse bien”.

### C. CONFLICTOS EMOCIONALES

A partir de la aplicación del test de Apercepción Temática (CAT), se derivaron 21 indicadores de conflictos emocionales; los resultados (tabla 8), revelan que los niños del grupo TDAH exhibieron más conflictos emocionales que los niños del grupo control, quienes desplegaron un desarrollo emocional más adecuado a su edad.

Tabla 8. Resultados para Conflictos Emocionales.

INDICADORES	$\chi^2$
Necesidades Orales	<b>5.495*</b>
Necesidad de Seguridad	0.22
Necesidad de Aceptación	2.4
Necesidad de Autonomía	<b>7.500**</b>
Dependencia	3.333
Proceso Primario	<b>7.500**</b>
Principio de Placer	<b>5.495*</b>
Estructuración Yóica	<b>7.200**</b>
No Control Impulsos	<b>9.899**</b>
Defensas arcaicas	3.81
Identificación	<b>16.364**</b>
Interacción con otros	<b>12.800**</b>
Figura Materna	0
Figura Paterna	0.833
Superyó	3.2
Límites	<b>5.495*</b>
Castigo	0
Temor y Ansiedad	0
Sexualidad	1.25
Exterior	0.22
Agresión	0.22

\*Significativo al 0.05

\*\*Significativo al 0.01

Los indicadores con diferencias fueron: *a) necesidades de satisfacción oral*, indicio de regresión a etapas tempranas del desarrollo emocional; *b) necesidades de autonomía*, el grupo TDAH no expresó el deseo de autonomía, denotando una mayor necesidad de control externo; *c) proceso primario*, refleja el predominio de la descarga, se privilegia la acción sobre el pensamiento o lenguaje; *d) principio del placer*, implica la dificultad para demorar la satisfacción de los deseos; *e) estructuración yóica*, fragilidad del yo, deficientes recursos internos para enfrentar las exigencias del medio; *f) control de impulsos comprometido*, falla en la habilidad para dominar la impulsividad de acuerdo a la etapa de desarrollo; *g) identificación* con objetos persecutorios, sensación de maldad inherente; *h) interacción con otros*,

carencia de habilidades sociales; *i)límites*, poca capacidad para identificar límites, tendencia a rebasarlos.

## DISCUSIÓN

Los resultados evidencian que los niños del grupo TDAH despliegan más conflictos emocionales que los niños del grupo control. En primer lugar, destaca el hecho de no planear el embarazo, que aunque no es algo inusual fue un indicador con diferencias entre uno y otro grupo, la discrepancia radica en que aunado a esto se encuentra la actitud de rechazo ante el producto, situación que puede incluso persistir después del nacimiento. Este contexto ya es en sí mismo generador de conflicto, algunos autores (Janin, 2007; Untoiglich, 2004) señalan que el rechazo inconsciente de los padres afecta el desarrollo psicológico de los niños; mientras que el amor del otro les reasegura narcisísticamente y genera el sentimiento de ser valiosos, el rechazo los deja en una búsqueda interminable de la mirada amorosa y aprobatoria del otro. Así, la presencia de conflictos emocionales en el grupo de niños con TDAH, refleja un problema temprano en la vinculación parental, sellada por el rechazo; rechazo que, por otra parte, se actualizará en la posterior interacción con los compañeros.

Los resultados coinciden con lo señalado por Tomas y Casas (2004) en relación a que el conflicto dentro de la familia pronto se desplaza al ámbito escolar, de esta forma, los niños del grupo TDAH presentaron mayores problemas en el desempeño escolar, con un aprovechamiento de regular a muy bajo; representando este aspecto diferencias sustanciales con los niños del grupo control, situación que nos lleva de vuelta a la dinámica familiar, ya que los niños que padecen el trastorno, se caracterizaron por recibir poco apoyo general de la familia, centrado principalmente en la dependencia materna y el conflicto con la figura paterna. Los resultados de esta investigación coinciden con autores como Punta (2007), Untoiglich (2004) y Zabarenko (2011) quienes señalan que la actitud familiar contribuye a agravar los síntomas; en este sentido es necesario destacar la influencia nociva no solamente de la carencia de apoyo, sino también de la conceptualización negativa y ambigua que se tiene del niño, ya que se le

considera un “niño problema” que no llena las expectativas parentales; de esta manera, la familia no ofrece un verdadero soporte emocional para el niño. La poca tolerancia que existe dentro del círculo familiar hacia el niño, se refleja al mismo tiempo, en la escasa tolerancia del éste hacia la frustración, generando un círculo de demandancia – insatisfacción – conflicto.

Para las madres del grupo con TDAH, sus hijos suelen establecer relaciones conflictivas con sus compañeros, donde prevalece la inestabilidad, la actitud agresiva e impositiva hacia los otros y el repudio hacia el niño. Este dato concuerda con lo reportado por Moreno (1995), para quien el comportamiento dominante e impulsivo del niño le dificulta crear y conservar amistades, generando el rechazo de los demás; aspecto que a su vez, promueve una mayor agresividad, como reacción a la frustración.

En contraste con el grupo control, los resultados muestran como los niños con TDAH responden cual espejo, a la conceptualización que de ellos tiene la madre, especialmente en las categorías escolaridad, autoconcepto, relaciones familiares y relaciones con los compañeros. En el rubro escolaridad, los niños con TDAH coinciden con sus madres en que representa un problema, ellos mismos manifiestan que necesitan de presión externa para terminar sus actividades, tienen dificultades en el aprendizaje y su rendimiento es pobre; las diferencias con los niños del grupo control, colocan en desventaja a los niños con TDAH. La etapa escolar es de suma importancia en el desarrollo, es en este momento donde la energía del niño debe dirigirse al aprendizaje académico y la socialización; no obstante, los niños con TDAH están detenidos en ambos puntos, en lugar de obtener satisfacción emerge una mayor frustración, esto coincide con lo señalado por algunos autores (Servera, Bornas, y Moreno, 2005; Young, Fitzgerald y Postma, 2013), para quienes mayores niveles de frustración se asocian a la poca comprensión del problema, tanto en el medio familiar como escolar, lo que contribuye a exacerbar los síntomas y el desajuste social. Por otra parte, la carencia de habilidades sociales de muchos de los niños con TDAH genera su aislamiento y el rechazo de los compañeros; algunos autores (Janin, 2006, 2007; Servera, Bornas, y Moreno, 2005) coinciden en que la deficiencia en el ajuste

social mostrada por los niños con TDAH, genera rechazo por parte de sus compañeros, creando un círculo vicioso en donde la inadaptación para relacionarse, ocasiona exclusión y a su vez la sensación de ser rechazado condiciona un mayor conflicto y expresión agresiva. La marginación de que puede ser objeto tanto por sus compañeros como maestros, afecta la confianza en sí mismo y contribuye a producir un mayor sentimiento de “ser un niño problema”.

Las diferencias encontradas en conflictos emocionales, señalan que los niños del grupo control presentan un desarrollo emocional más acorde a su edad; en contraste, los niños del grupo TDAH mostraron funcionar con una disarmonía emocional caracterizada por una mayor pobreza de recursos internos, fragilidad del yo, escasa capacidad para demorar la satisfacción, dependencia excesiva del control externo, falla en la simbolización implicando que en lugar de recurrir al lenguaje el niño pasa directamente a la acción impulsiva. El niño con TDAH se ve a sí mismo como los demás lo ven: “un niño problema”; la imagen que se construye de sí mismo está en función de aquella que le devuelven los otros del grupo en el que se desenvuelve, lo que le permite formarse una imagen de sí, de sus capacidades y dificultades; ante el enunciado de niño problema repetido una y otra vez, el niño con TDAH gradualmente se va acomodando a ese espacio mediante un proceso activo de su parte y de aquellos con quienes interactúa; las críticas y enunciados provenientes del exterior se vuelven entonces identificaciones, el niño queda así en una posición fallida.

## CONCLUSIONES

Las características intrínsecas al TDAH colocan a los niños que lo padecen en una situación vulnerable, los conflictos se insertan en distintas áreas de su vida: familiar, social y escolar. Las consecuencias del trastorno no solamente obedecen a los síntomas manifiestos, sino que también pueden generar consecuencias secundarias que, en ocasiones se dejan de lado en el tratamiento.

En esta investigación se encontró que los conflictos emocionales manifestados por los niños con TDAH son distintos cuantitativa y cualitativamente de los que presentan niños en las mismas condiciones de desarrollo, pero sin el trastorno.



Así, los niños con TDAH manifestaron un mayor número de conflictos, de modo que su desarrollo emocional se ve comprometido y limitado por dicha condición. Las consideraciones de los resultados del presente estudio, tienen implicaciones directas para el diagnóstico y tratamiento del TDAH. En lo que respecta al diagnóstico, abre la posibilidad de incluir el aspecto emocional en dicho proceso, para conocer en qué condiciones emocionales se encuentra el paciente, que favorezcan o dificulten la evolución del trastorno y que también sea considerado como objetivo del tratamiento. Por cuanto concierne al tratamiento, permite una nueva perspectiva en la que además de trabajar con la sintomatología relacionada al aspecto conductual del TDAH, se incluye el componente emocional, elemento que necesariamente conduce a un tratamiento psicoterapéutico en el que se puedan elaborar los conflictos presentes.

Agradecimientos: Agradecemos profundamente a la Mtra. Wendy Lara Olguín y a los participantes del H.G. “Dr. Darío Fernández Fierro” por las facilidades otorgadas para la realización de esta investigación.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Antshel, K. M., Macias, M. M. and Barkley, R. A. (2009). The Child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. En D. B. Ronald (Ed.). *Clinical Pediatric Neurology* (pp. 525-539). New York: Demos Medical Pu.
- Bellack L. (1996). *T.A.T., C.A.T. Y S.A.T. Uso clínico*. México: Manual Moderno.
- Dirección General de Servicios de Salud Mental (2002). *Programa de acción: Salud Mental*. México. Secretaría de Salud.
- Doltó, F. (1974). *Psicoanálisis y pediatría*. México: Siglo XXI.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C. y Baptista, L. P. (2008). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

- Howe, D. (2010). ADHD and its comorbidity: An example of gene environment interaction and its implications for child and family social work. *Child and Family Social Work*, 15 (3): 265-275.
- Janin, B. (2006). El ADHD y los diagnósticos en la infancia: La complejidad de las determinaciones. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 41/42, 83-110.
- Janin, B. (2007). *Niños desatentos e hiperactivos ADD/ADHD*. Buenos Aires: Ed. Novedades Educativas.
- Lasa, Z. A. y Moya, J. (2012). Discusión a partir de la Guía práctica clínica sobre el TDAH y de los casos clínicos presentados. En M. Mabrés (Coord.). *Hiperactividades y déficit de atención. Comprendiendo el TDAH* (pp.101-117). Barcelona: Octaedro.
- Moreno, I. (1995). *Hiperactividad*. España: Ed. Pirámide.
- Punta, M. (2007). El ADD/ADHD como caso testigo de la patologización de la diferencia. En: Benasayag (comp). *Niños con déficit de atención e hiperactividad ¿Una patología de mercado?* Buenos Aires: Ed. Novedades Educativas.
- Servera, M., Bornas, X. y Moreno, I. (2005). Hiperactividad infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento. En Caballo, V. y Simón, M. *Manual de psicología clínica infantil y adolescente*. España: Pirámide.
- Tomas, J. y Casas, M. (2004). *TDAH: Hiperactividad niños movidos e inquietos*. España: Laertes.
- Untoiglich, G. (2004). *Cuando el A. D. (H). D. es nombre propio*. Buenos Aires: Ed. Novedades Educativas.
- Young, S., Fitzgerald, M. y Postma, M. J. (2013). ADHD: making the invisible visible. European Brain Council (EBC) and GAMIAN-Eurpe (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks). Recuperado de [http://www.europeanbraincouncil.org/pdfs/ADHD%20White%20Paper\\_15Apr13.pdf](http://www.europeanbraincouncil.org/pdfs/ADHD%20White%20Paper_15Apr13.pdf)
- Zabarenko L. ADHD via Psychoanalysis, Neuroscience, and Cognitive Psychology: Why Haven't We Fielded a Team? *J. Infant Child Adolsc. Psychother.* 2011; 10: 5-12.