

Trabajo de Grado

**Detección de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Trastorno de
conducta en niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar**

Kiara Daniela Barrios Pérez

Auxiliar de investigación

Dra. Martha Patricia Fernández Daza

Asesora

Universidad Cooperativa de Colombia

Santa Marta – Magdalena

2018

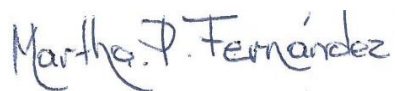
Santa Marta, Mayo 30 del 2018

Profesora
Silena Álvarez
Coordinadora de Investigación
Facultad de Psicología
Universidad Cooperativa de Colombia
Seccional Santa Marta

Cordial saludo.

El presente trabajo denominado **Detección de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Trastorno de conducta en niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar**, realizado por la estudiante **Kiara Barrios Pérez**, cumple con los requisitos mínimos necesarios exigidos para este tipo de ejercicios académicos y, por lo tanto, se hace merecedor del Aval otorgado por el profesor/asesor para su aceptación en los procesos administrativos de titulación en pregrado de Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Santa Marta

Atentamente



Martha Fernández Daza PhD

Docente asesor

Agradecimientos

Agradezco a Dios por su inmenso amor y sus constantes bendiciones, por permitirme alcanzar mi meta aun en los momentos difíciles, a mi padre y a mi madre por su apoyo incansable y su constante lucha para alcanzar no mi título sino nuestro sueño de familia, a todos los miembros de mi familia que siempre estuvieron ahí brindándome su apoyo y constante compañía, a mi ángel en cielo que nunca dejaste de luchar para que alcanzáramos el tan anhelado logro.

A mi asesora la Dra. Martha Fernández Daza por su guía, dedicación, paciencia, apoyo, entrega y enseñanzas brindadas en la elaboración de esta investigación y en mi formación profesional.

A cada una de las personas que de una u otra manera hicieron parte de este proceso difícil pero satisfactorio, y seguiré con la firme convicción de que tarde que temprano la disciplina venera la inteligencia.

Tabla de contenido

1. Introducción.....	7
2. Marco teórico.....	15
3. Objetivos y Metodología	29
Objetivo General	29
Objetivo Especifico	29
Diseño.....	29
Participantes	30
Muestra.....	30
Criterios de Inclusión	30
Criterios de Exclusión	30
Instrumentos	31
Procedimiento.....	31
Análisis Realizados	32
Consideraciones Éticas.....	32
4. Resultados.....	35
5. Discusión	39
6. Referencias	43

Lista de Figuras

Figura 1. Sexo de la muestra Coloque así las figuras restantes	35
Figura 2. Edades de los niños, niñas y adolescentes.....	36
Figura 3. Edades de los niños, niñas y adolescentes pertenecientes a la muestra.....	36

Lista de Tablas

Tabla 1. Detección de Hiperactividad.....	37
Tabla 2. Detección de Déficit de Atención.....	37
Tabla 3. Detección de Trastornos de conducta.....	38

Resumen

Introducción: El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por la presencia de tres síntomas como hiperactividad, desatención y la impulsividad, es la patología más prevalente en la pediatría (4-12 %), presenta heterogeneidad clínica y con la posibilidad de diferencias clínicas dependiendo del sexo y la edad generando en el niño que lo presenta dificultades en sus relaciones familiares, sociales y académicas. Mientras que el trastorno de conducta se caracteriza por la tendencia constante al rompimiento de las normas sociales por parte del niño. **Objetivo General:** Detectar problemas de atención e hiperactividad y trastornos de conducta de niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar del departamento del Magdalena-Colombia. **Objetivos Específicos:** (1) Establecer el índice del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad de la muestra. (2) Indicar el índice del Trastorno de Conducta de la muestra. **Metodología:** el estudio fue de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo y transversal. La muestra estuvo compuesta por 40 niños, niñas y adolescentes pertenecientes a la modalidad de acogimiento familiar, residentes en el municipio de Ciénaga-Magdalena, Colombia, con edades comprendidas entre los 7 y 18 años, a los cuales se les aplicó la Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad EDAH. **Resultados:** de los casos evaluados se logra detectar que el 95% no presentan hiperactividad, así mismo que el 5% restante se encuentran en riesgo de presentar posible hiperactividad; seguidamente se encuentra que el 87.5% de la muestra no presentan déficit de atención mientras que el 12.5% presentan un posible déficit de atención. También se encuentra que el 55% de la muestra presenta posible trastorno de conducta, siendo más representativo en la población perteneciente al sexo masculino.

Palabras claves: TDAH, Trastorno de Conducta, Niños, Adolescentes, Acogimiento Familiar.

Abstrac

Detection of attention deficit and hyperactivity problems and behavior disorders in children and adolescents in foster care.

Introduction: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder characterized by the presence of three symptoms such as hyperactivity, inattention and impulsivity. It is the most prevalent pathology in pediatrics (4-12%), it presents clinical heterogeneity and with the possibility of clinical differences depending on sex and age, generating in the child that presents difficulties in their family, social and academic relationships. While the conduct disorder is characterized by the constant tendency to break the social norms by the child. **General Objective:** Detect attention problems and hyperactivity and behavioral disorders of children and adolescents in foster care in the department of Magdalena-Colombia. **Specific Objectives:** (1) Establish the Attention Deficit Hyperactivity Disorder index of the sample. (2) Indicate the index of the Behavior Disorder of the sample. **Methodology:** The study was quantitative, not experimental, descriptive and transversal. The sample consisted of 40 children and adolescents belonging to the foster care modality, residents in the municipality of Ciénaga-Magdalena, Colombia, aged between 7 and 18 years, to whom the Scale for the Evaluation of Attention Deficit Hyperactivity Disorder EDAH. **Results:** From the evaluated cases it is possible to detect that 95% do not present hyperactivity, likewise that the remaining 5% are at risk of presenting possible hyperactivity; then it is found that 87.5% of the sample do not present attention deficit while 12.5% present a possible attention deficit. It is also found that 55% of the sample presents possible conduct disorder, being more representative in the male population.

Key words: ADHD, Behavior Disorder, Children, Adolescents, Foster Care.

Detección de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y Trastorno de conducta en niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar.

1. Introducción

El acogimiento familiar se define como una medida de protección ya sea de carácter administrativo o judicial que busca que el niño, niña o adolescente sea cuidado por una persona o núcleo familiar quienes tienen algunas responsabilidades como son: velar por el niño, niña o adolescente, darle compañía, alimentarlo, cuidarlo y generarle una formación integral con la finalidad de proporcionarle una vida familiar sustituta o complementaria de la propia (Boletín de datos estadísticos de medida de protección a la infancia, 2015).

La ONU (2010) en su consejo de derecho humano diseña un documento que contempla las directrices sobre las modalidades de cuidados alternativos de los niños, las cuales buscan establecer pautas adecuadas que orienten las políticas y prácticas de esta modalidad buscando promover la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño, así mismo, estas directrices buscan que la aplicación de cualquier medida internacional en relación a la protección y al bienestar del niño sin cuidado parental o en riesgo de encontrarse así se realice bajo la dirección de la Convención de los Derechos del Niño. Otro de los aspectos que se busca es apoyar todos los esfuerzos que estén encaminados a que el menor permanezca bajo la protección de su propia familia, que se pueda reintegrar a ella o que por lo contrario se busque una adecuada solución para el niño, orientando siempre las políticas, decisiones y actividades del sector público como del privado que se ocupa de la protección social y del bienestar del niño.

En este sentido, Valle, Bravo y López (2009) describen el acogimiento familiar como un sistema de protección infantil que brinda alternativas a aquellos niños y niñas que tuvieron que ser separados de sus familias lo cual conlleva a la responsabilidad de brindarles educación y cuidado en todos los aspectos que requieran.

Según las Naciones Unidas en la actualidad existen hasta 150 millones de niños en situación de calle alrededor del mundo, esto puede ser a consecuencia del desplazamiento de sus casas por motivos como la violencia, el abuso de drogas como del alcohol, crisis familiares, guerras o desastres naturales, así mismo, por la muerte del padre o de la madre, o por razones socioeconómicas. Estos niños que se encuentran en situación de calle se pueden clasificar en diferentes categorías algunos que trabajan en las calles como su único medio para obtener dinero; otro grupo que se refugia en las calles durante el día, pero por las noches regresan a alguna forma de familia y aquellos que viven de forma permanente en las calles sin ninguna figura de la red familiar. Todos estos niños se encuentran en un alto nivel de riesgo de sufrir abusos, violencia y explotación, pero cabe anotar que el grupo que se encuentra con mayor vulnerabilidad son los que duermen y viven permanentemente en las calles, refugiándose debajo de los puentes, en alcantarillas, y en estaciones de trenes (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2017). Muchos de estos niños terminan en el sistema de protección infantil y son acogidos por familias.

De la misma forma se habla de niños que la crisis económica dejó abandonados, son menores de edad cuyos padres han tenido que dejar sus hogares para irse a trabajar a otras ciudades o países por largos periodos de tiempo. Datos expuestos por las Naciones Unidas revelan que 215 millones de personas viven y trabajan por fuera de sus países de origen, una cifra que puede ir en aumento, en países como china se calcula que hay 61 millones de niños

abandonados por sus padres migrantes, este es una drama que también ha sido vivido por millones de familias latinoamericanas, donde la realidad económica es un tema complejo lo que hace que sea difícil conseguir estadísticas actualizadas (BBC Mundo, 2015).

En el contexto nacional Caracol Radio (2005) tras realizar una investigación encontró que en Colombia subió en un 80% la cantidad de padres y madres que dejaron abandonados a sus hijos en las calles, hospitales o en casas de beneficencia y el motivo que expresan para hacerlo es “no quererlos”.

Así mismo las Aldeas Infantiles SOS Colombia (2016) basados en cifras del ICBF reveladas en enero de 2016 muestran que cada día son abandonados en Colombia 3 personas menores de edad, aun siendo esto un delito tipificado en el código penal el cual da una pena entre los 2,6 años hasta los 9 años de cárcel , donde se encontró que casos las ciudades que presentan mayores cifras son Bogotá con 320 casos, Antioquia con 153 casos, Valle del Cauca y Risaralda con 52, por otro lado son Vaupés, Magdalena y Guaviare los que presentan este problema en menor medida.

Seguidamente se encuentran a Duran y Valoyes (2009) que en un estudio realizado en la ciudad de Bogotá muestran que a los niños, niñas y adolescentes que por varias razones no viven con su padres o su madre ni están bajo el cuidado de estos se les denomina “Niños, niñas y adolescentes sin cuidado parental”, así mismo basándose en la Encuesta de Demografía y Salud 2005 (ENDS 2005) revelan cifras que indican que en las zona Atlántica muestra el más alto porcentaje de niños, niñas y adolescentes que no viven con sus padres, seguidamente se encuentra la zona pacífica y por último, Bogotá que es donde muestra el más bajo nivel de este fenómeno. Así mismo se encuentra que Boyacá es el departamento que presenta un mayor porcentaje de niños de niñas y adolescentes que viven con ambos padres con 66,4% y Choco con

el menor porcentaje 45,2%, de igual manera Choco es el departamento con el mayor porcentaje de niños, niñas y adolescentes que no viven con sus padres con el 17% y donde menos se presenta este fenómeno es en Bogotá con un 3,1%.

En la misma línea, en el periódico El tiempo (2011) revela datos obtenidos a través de la agencia de noticias de infancia Pandi y el ICBF los cuales muestran que entre enero y octubre del 2011 fueron abandonados más de 832 niños, lo que equivale a dos niños abandonados por día, así mismo se indica que desde el 2008 hasta el 2011 son 3.280 los menores de edad que han llegado al ICBF en busca de protección después de ser abandonados. Mientras que en el 2008 se reportaron 818 casos, en el 2009 se reportaron 794, en el 2010 836 y en los 10 primeros meses de 2011 se conocieron de 832 casos. Esto indica que es un problema que va en aumento, en razón de esto el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) plantea que factores como la pobreza, la indigencia, los embarazos no deseados y los problemas de drogas o violencia intrafamiliares son los que llevan a los padres, madres o ambos a que abandonen a sus hijos.

En el diario El País (2015) se expone que durante el 2015 fueron abandonados 1.297 menores y durante el 2016 se han presentado 81 casos de abandono según el bienestar familiar mientras que las estadísticas acumuladas muestran que los casos se registran en una gran mayoría en Bogotá con un 25%, en Antioquia con un 13,8%, en Quindío con un 5,8% y en el Valle del cauca con un 5,7%.

En el mismo plano encontramos que los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDAH experimentan dificultades en cuanto a la atención, impulsividad al igual que con la hiperactividad lo que afecta de manera negativa su adaptación en los diferentes contextos de su desarrollo (Presentación, Siegenthaler, Jara y Miranda, 2010).

Seguidamente Montoya, Varela y Dussan (2012) exponen que actualmente el trastorno por Déficit de la atención con hiperactividad es el desorden mental crónico más frecuente en la población, con una prevalencia en la población escolar del 3-5 % de la población escolar, mientras que en otros estudios muestran que la prevalencia es mayor encontrándose entre un 10 y 20 % de la población escolar normal colombiana.

Por otro lado Moreno, Martínez, Tejada, Gonzales & García, (2015) plantean que el TDAH es la patología neuropsiquiátrica más prevalente en la pediatría, la cual presenta una prevalencia en la población infantil de 4-12%, de este porcentaje dos tercios continuarán presentando síntomas en la etapa de su edad adulta; un estimado de manera global indica que la prevalencia en adultos está alrededor de un 2-3%. Agregan que la triada clásica del TDHA se compone del el déficit de atención, hiperactividad y la impulsividad, en función de los síntomas que presenten predominancia, este trastorno se tipificara como inatento, hiperactivo y/o impulsivo o de forma combinada. Presenta una gran heterogeneidad clínica y pueden existir algunas diferencias clínicas en la presentación dependiendo del sexo y la edad, con el paso de los años los síntomas relacionados con la hiperactividad e impulsividad se atenúan de forma progresiva mientras que los que se relacionan con la inatención tienen a persistir con el paso del tiempo.

En la misma línea se conoce que el trastorno de déficit atencional con o sin hiperactividad se considera como un problema en el neurodesarrollo, el cual es de alta prevalencia en niños y adolescentes, que produce principalmente inatención, hiperactividad e impulsividad, lo cual genera en el niño que padezca dificultades en sus relaciones familiares como también en sus relaciones con sus pares al igual que en su escuela (Larrobla, 2016).

Otro aspecto importante que cabe resalta está relacionado con el reporte de algunos estudios que indican que el 40% y el 80% de los niños que se encuentran en la modalidad de acogimiento familiar presentan un serio problema de conducta o salud mental el cual requiere una intervención, como también el 50% de estos niños presentan problemas conductuales o emocionales, de ese porcentaje de niños solo la cuarta parte de niños reciben atención terapéutica. (Sainero & Fernández ,2010).

En este proceso de búsqueda de información para la presente investigación, las expectativas eran altas en lo que concierne a encontrar información, al buscar cada una de variables de manera independiente son muchos los estudios que se encuentran, estos enfocados desde diferentes perspectivas y acompañados de otras variables, así mismo se observó que el TDAH es quizás una de las variables más estudiadas. Pero, en cuanto el TDAH específicamente en niños en acogimiento familiar fue escasa la información encontrada.

El presente trabajo se encuentra justificado porque el abandono o también la negligencia son considerados una forma de maltrato físico. En los niños que se encuentran en estado de abandono se identifican algunos indicadores como son: en la alimentación cuando el niño está pasando hambre, tiene poca comida, o se encuentra en mal estado físico o un estado no es acorde con su edad evolutiva. También se identifica por inadecuada vestimenta de acuerdo a la temperatura del lugar donde reside, normalmente se muestra sucio y con poca higiene corporal, falta de control médico, falta de vigilancia de un adulto durante largo tiempo lo cual puede generar accidentes domésticos, así mismo, entre los aspectos sociales se identifica niños muy pasivos, complacidos, con dificultad en el área escolar, trastornos de la alimentación, perdida de contacto con la realidad, entre otros. (Agresta, 2015).

Seguidamente se conoce que el fenómeno del abandono social es considerado como una forma de violencia hacia los niños, niña y adolescente, como un no cumplimiento de sus derechos humanos. Y en cuanto a las consecuencias que esto acarrea a corto y a largo plazo se pueden resaltar que afecta el desarrollo físico y emocional de los que experimentan dicha situación, igualmente, cada uno de estos niños se desatiende de sus necesidades básicas como son la alimentación, vivienda, salud física y mental, recreación, seguridad entre otras. (Díaz, 2014)

Así mismo se encuentra a las Aldeas infantiles SOS Colombia (2016) que plantea que algunos de los niños y niñas que han sido abandonados presentan problemas a nivel de desarrollo, estudios muestran que estos niños presentan un impacto a nivel psicosomático, es decir se deprimen, presentan asma o gripas muy frecuente esto a nivel físico; a nivel psicológico en algunos de estos niños se identifica déficit de atención, conductas agresivas, así mismo se manifiesta inseguridad por haber perdido el primer y más importante entorno de protección en este caso la familia, viviendo así con un constante miedo a perder cualquier vínculo que construyan en los diferentes aspectos de su vida.

De igual forma es relevante el presente trabajo de grado porque se ha identificado que los niños que se encuentran en acogimiento familiar pueden presentar repercusiones además de la esfera física, en cuanto al crecimiento, también en el área cognitiva, lo cual se ve reflejado en problemas de atención y puntuaciones bajas en tareas que implican memoria de trabajo, autocontrol y planeación y en la capacidad de trasladar el pensamiento a diferentes escenarios. (Revista de los derechos Humanos, 2014).

También es importante porque se ha encontrado que en algunas situaciones hay un uso inadecuado del acogimiento familiar, es decir, el cuidado no responde a una necesidad del niño

ni ha sido prevenida la separación de su familia de origen tal como se establece en la Convención de los Derechos del niño y en las Directrices de las Naciones Unidas sobre el cuidado alternativo de niños, se dice que en Colombia muchos niños transcurren su niñez y cumplen la mayoría de edad en instituciones de protección con lo que esto puede significar desde problemas en la parte psicosocial, déficits en la construcción de lazos afectivos y de capacidades que permitan la inclusión social para la vida. (Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar RELAF, 2010).

Los niños, niñas y jóvenes de Colombia siempre se visionan como el futuro, el cambio del país, es entonces que se clasifican como una pieza fundamental del desarrollo del país, y conociendo las crecientes cifras de niños que se encuentran en situación de abandono y que pasan a estar en la modalidad de cuidados alternativos, me motivo a desarrollar esta investigación para así conocer cómo influye esta condición en algunos aspectos de su desarrollo de vida llegando a si a mejora o contribuir en un mejoramiento desde ámbito psicológico de estos futuros hombres y mujeres del país y de su desarrollo.

Los estudios relacionados con las variables que se analizan en el presente trabajo son pocos, como también con la población de estudio niños, niñas y adolescentes en cuidados alternativos, por lo cual esta investigación podrá generar la apertura de un nuevo campo de investigación, que se enfoque en conocer aspectos claves de las condiciones psicológicas y el desempeño académico de los niños, niñas y adolescentes que por múltiples razones pierden a sus familias y se encuentran en cuidados alternativos, así mismo permitirá crear y diseñar nuevas metodologías que mejoren su proceso de aprendizaje de los mismos.

2. Marco teórico

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH, es un trastorno del neurodesarrollo, que presenta características en cuanto a alteraciones o retraso en el desarrollo de funciones relacionadas al proceso de maduración del sistema nervioso central, proceso que se inicia en la infancia y sigue su curso durante el ciclo evolutivo estable (Fundación CADAH, 2012).

La hiperactividad es una pauta de comportamiento infantil persistente, que se caracteriza por una actividad excesiva en situaciones que requiere poca actividad motora, otra característica que se encuentra muy relacionada con el trastorno es la falta de atención, las acusas del desarrollo del TDAH aún son poco claras y sus tiempo de iniciación se encuentra entre los primeros 2 y 6 años de edad remitiéndose paulatinamente hasta el llegar a la adolescencia (Ferrer, De Pedro y Basurto, 2009).

El diagnóstico del TDAH solo debe hacerse si este se encuentra interfiriendo de manera visible en los diferentes espacios de desarrollo como son el social, académico, ocupacional o recreativo del niño; se plantea que los síntomas relacionados con este síndrome son causados por causas neurobiológicas, por una deficiencia en el control inhibitorio de las conductas como también en la organización de las actividades cognoscitivas que requieren planeación y esfuerzo. (Zuluaga, 2007)

Para la explicación del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad se tienen en cuenta los modelos explicativos, entre los que se encuentran los siguientes:

- **Modelos Psicológicos:** dentro de este modelo explicativo encontramos dos subgrupos, los cuales son Modelos cognitivos de déficit único y Modelo

cognitivos duales o de déficit múltiples, a continuación se encuentra una descripción de dichos modelos:

- **Modelos Cognitivos de Déficit Únicos:** según este tipo de modelos, se puede lograr la explicación por si sola de todas las manifestaciones clínicas de un trastorno basándose en la funcionalidad no adecuada de un mecanismo cognitivo, también se lograría explicar el inadecuado funcionamiento de un área cognitiva lo cual se reflejaría en las alteraciones que se manifiestan en la conducta cuando se presentan el trastorno, , dentro de este modelo cognitivo de déficit único encontramos los siguientes modelos explicativos:
 - **Modelo Motivacional:** Aversión a la Demora de Sonuga- Barke : Dentro de este modelo se expone que las personas que presentan el TDAH se inclinan por obtener un beneficio que sea de pequeño tamaño pero que sea más rápido antes que uno que sea de mayor tamaño pero que tarde más, también se establece que las personas que presentan el trastorno tienden a presentar problemas para trabajar por periodos de tiempo prolongados de forma adecuada, de igual manera presentan una características en lo que concierne a poca tolerancia a la frustración de no recibir cumplimiento a sus necesidades o a sus deseos en periodos cortos de tiempo, por lo cual la impulsividad tendría como objetivo lograr que disminuya el tiempo que el niño con TDAH tardan en obtener las respuestas.
 - **Modelo de Inhibición Conductual:** este es uno de los modelos más completos, es introducido por R. Barkley en 1994 en esto el TDAH aparece vinculado a un déficit en la inhibición de respuesta o de comportamiento, relacionado con una disfunción

pre frontal, este autor plantea que la capacidad que tienen las personas para poder regular su propia conducta se encuentra guiada por un grupo de habilidades cognitivas que abarcan las conocidas Funciones Ejecutivas (FE), dentro de estas funciones se encuentran 4 sub tipos a partir de las cuales las personas son capaces de manejar su conductas enfocándolas hacia un objetivo planeados, entre estos sub tipo se encuentran:

- Lenguaje interno: Es la capacidad con que cuentan las personas para hablarse a sí misma.
 - Memoria de trabajo no verbal: Es la capacidad con que se cuenta para saber dónde están las personas y así poder situarse en los espacios y tiempo ante una determinada situación.
 - Capacidad de reestructuración y organización: Dentro de esta se encuentran inmerso todas las habilidades de planificación, organización, la motorización con las que cuentan los individuos.
 - El control de las emociones y la motivación: este se trata de la capacidad para que las personan se motiven de forma positiva ante la realización de alguna tarea. (Alda, J. Serrano, E. Ortiz, J & San, L.2010).
- Según el modelo de Barkley se dice que si se presenta una alteración en la función que busca no dar respuesta de forma inmediata a un estímulo sin antes de eso realizar un estudio de las consecuencias, alternativas, los riesgos y beneficios lo que influye de forma negativa en la funciones ejecutivas de varios niveles esto repercute de manera directa en los

procesos de adaptación de la persona que presentan el trastorno.

(Fundación CADAH, 2012)

Desde este modelo se visiona el TDAH como un trastorno del desarrollo de la inhibición conductual, cuyo déficit genera de forma secundaria un déficit que afecta las funciones ejecutivas lo cual depende de la inhibición y que se ve reflejado en el sujeto y en su deficiencia en la capacidad de la propia regulación, como en el control o guía de conducta a través de la información representada internamente y en la orientación de esa conducta en el futuro.

Los niños con TDAH parecen tener algunas dificultades en cuanto a la inhibición a las respuestas inmediatas a un estímulo específico o situación, lo cual se denomina impulsividad, también en relación a la interrupción de las respuestas activada ante una orden o ante un feedback de sus errores lo cual se denomina sensibilidad a los errores, de igual manera presentan dificultad en cuanto al proteger ese tiempo de latencia y el periodo de autorregulación lo que se le denomina control ejecutivo (Orjales, 2000).

- **Modelo de Regulación del Estado de sergeant:** dentro de este modelo explicativo se toma la disfunción ejecutiva como parte central de alteración, al igual que en modelo de Berkley, pero, se reemplaza la alteración en el control inhibitorio, por un déficit en la capacidad de regulación del esfuerzo y de la motivación, lo que se entiende como el requerimiento de la activación o de la motivación como también el esfuerzo lo que sería una movilización de la energía mental, todo esto se realiza con la finalidad de enfocar toda la energía las energías cognitivas en las demandas y objetivos, en este sentido las

respuestas positivas y negativa influyen de manera directa en los niveles de esfuerzo y motivación en las personas que presentan TDAH, notándose un aumento en la motivación y en el esfuerzo cuando se obtienen recompensas positivas de igual manera se disminuyen las respuesta y comportamientos cuando se castigas con recompensas negativas. (Fundación CADAH, 2012).

- **Modelos cognitivos por déficit múltiples:** Como algunos casos de TDAH presentan déficit en el control ejecutivo y en otros casos no, ha llevado a que algunos investigadores propongan que el TDAH es una trastorno psicopatológico basado en un déficit heterogéneo y no en un trastorno con un déficit, lo que se refleja en un cambio total en la manera en que se interpreta el origen del trastorno por tal razón se han creado diversos modelos que explican el trastorno con una perspectivas de déficit múltiples, entre los que se tienen:
 - **Modelo Cognitivo – Energético :** Para explicar este modelos se parte de la idea de que el TDAH y su funcionamiento se determina a partir de tres niveles los cuales son :
 - Nivel 1: Este es el nivel computacional de los mecanismos atencionales, el cual requiere procesos como codificación, búsqueda (decisión) y organización motora.
 - Nivel 2: Este es el nivel del estado, este abarca mecanismos de energías los que se agrupan en niveles de alerta el cual es el estado de excitabilidad o pasividad para generar actuaciones y poder responder antes los estímulos, niveles de esfuerzo es la cantidad de energía que se requiere para asumir las demandas que generan la tarea o acción a desarrollar, y el nivel de activación es la disponibilidad con que se cuenta para realizar las actuaciones.

-Nivel 3: Este es el nivel de funcionamiento y de gestión ejecutiva lo cual se relaciona directamente con la capacidad de planificar, motorizar, detectar y corregir errores.

(Fundación CADAH, 2012)

- **El Modelo dual de Sonuga-Barke:** Este modelo da una referencia más amplia, a el modelo que plantea la aversión presentada por la demora y la búsqueda de una satisfacción inmediata, lo que llegaría a generar impulsividad en búsqueda de conseguir respuestas inmediatas lo que alterno genera un fallo en el control inhibitorio de los circuitos encargados de la autorregulación los que describe Barkley, llevando esto a la conducta impulsiva para poder alcanzar la satisfacción de la necesidad o deseo frente a el estímulo propuesto.(Fundación CADAH, 2012).

- **El Modelo Biológico :** Este modelo para su explicación toma en cuenta diferentes factores entre los que se encuentran:

- Factores genéticos: para poder conocer la etiología del TDAH las investigaciones están incluyendo estudios con familiares, estudios de adopción y con gemelos, esto lo realizan con la finalidad de conocer si las influencias familiares son importantes en la presencia del trastorno, resaltando que los estudios de adopción y de gemelos muestran si las influencias en TDAH son de tipo genéticas o medio ambientales, algunos estudios realizados con familia encontró que el riesgo de heredar el TDAH es más alto en familiares de primer grado, estos estudios realizados con familia permitieron conocer que el TDAH está determinado por factores genéticos, aun así no se descarta del todo la influencia que puede ejercer el ambiente familiar y social.

- Factores Perinatales: algunas costumbres o situaciones como el hábito de fumar durante el periodo del embarazo, el consumo de alcohol, las complicaciones durante el parto y los

trastorno neurológicos temprano, se ha demostrado que son factores que pueden generar riesgo para el desarrollo de TDAH, algunos estudios realizados en Medellín, Colombia encontraron que los factores perinatales más sobresalientes en la presencia del TDAH son las amenazas de aborto, las convulsiones neonatales, el consumo de alcohol y de cigarrillo, pero no se deja de lado la posición que expone que el TDAH puede llegar a ser adquirido después de embarazo, siendo producto de lesiones en la cabeza o complicaciones durante el parto.

- Factores neurológicos: producto de varias investigaciones se tiene que el impacto que puede tener el daño cerebral y la inmadurez neurológica es de gran importancia sobre el TDAH, aun así estas investigaciones no han logrado tener un aporte evidente de esta afirmación, ya que a partir de un estudio con pacientes de TDAH solo un 5-10% se encontró con evidencias de algún daño o disfunción cerebral, así mismo la mayoría de los niños con daño cerebral no manifiesta padecer el trastorno, también se ha encontrado que las áreas del cuerpo calloso con fibras que conectan las regiones corticales homologas frontales y parietales en lo hemisferios izquierdos y derechos son más pequeñas en los niños con TDAH que en los niños que no presentan el trastorno.

También se propone que algunos de los niños que padecen el trastorno presentan en las regiones cerebrales que se encarga de los procesos atencionales una inadecuada recepción de sustancias neuroquímicas, mientras que las que se encargan del procesamiento de la información recibida por los órganos de los sentidos presenta un exceso en su recepción, lo cual genera que el niños presente dificultades en cuanto a la atención y a la vez que sea sensible ante la distracción que le pueda genere cualquier estímulo externo que se le presente, este trastorno se puede llegar a presentar por el

desequilibrio en la producción de algunos neurotransmisores en zonas determinadas del cerebro aun así este fenómeno no solo se presenta en este trastorno lo cual es un limitante para considerarlo como un proceso diagnóstico. (Zuluaga, 2007).

- **Modelo psicosocial:** Partiendo de la idea de que algunos niños que presentan antecedentes biológicos o genéticos no desarrollen problemas de conducta y que otros que aparentemente no presentan daño neurológico o complicaciones durante el proceso del embarazo y del parto llegan a manifestar algunas conductas de hiperactividad cuando inician su proceso de escolarización, se llegó a la conclusión de que los factores psicosociales son de gran influencia en el TDAH, de igual forma se ha analizado la probabilidad de influencia de las variable familiares y los factores psicosociales basados en que el TDAH tiene un carácter situacional, así mismo se tienen en cuenta otros factores como la institucionalización del niño y el contexto educativo en el que se desenvuelve, aunque no se tiene una determinada causa ambiental específica se ha demostrado que la atención que los padre le brindan sus hijos puede ser un factor influyente en el aumento o disminución de los síntomas del niño, como también el que el niño se desenvuelva en un ambiente desorganizado, disfuncional y caótico puede desencadenar síntomas en un niño que anterior mente no los presentaba, de igual manera se consideran importante los estilos de crianzas en los que el niño se desarrolla ya que estos macan el proceso de socialización, es más vulnerable a desarrollar y mantener TDAH un niño que genéticamente sea sensible y que se encuentre con estilos de crianza problemáticos e inadecuados, basados en lo anterior algunos autores concluyeron que el factor más determinante no son las condiciones sociales como tal sino los efectos

psicológicos que esta pueden generar sobre la familia y los procesos de crianza y educación que adoptan los padres en el proceso de formación de los hijos (Zuluga, 2007).

Alrededor del TDAH se han realizado muchas investigaciones, relacionando esta variable con diferentes factores y mirándola desde diferentes perspectivas entre los estudios que se han desarrollado en relación al TDAH en niños se encuentra que García, Prieto, Santos, Monzón, Hernández & San Feliciano, (2008) que se enfoca en mostrar la problemática que significa actualmente el TDAH, tras estudiar 83 niños de los cuales el 87% de esa muestra fue de varones, identifico que este trastorno presenta una elevada incidencia, presentando los varones una mayor predominancia en un rango de edad de 3 a 8 años y presentando la mitad de la muestra antecedentes familiares y personales, así mismo se encontró que el retraso motor y del lenguaje es frecuente en estos niños.

Otro estudio importante es el desarrollado por Sainero y Fernández (2010) el cual buscaba conocer la salud mental de los niños acogidos en hogares de protección, dicho estudio le permitió conocer que el 22% de los niños evaluados se encuentran en tratamientos psicológicos debido a una afectación que presentan en su salud, mental, así mismo conocieron que de este porcentaje de niños un tercio asiste a terapia pero no tiene aún un diagnóstico, tres cuartos de esta población asisten por TDAH y trastornos de conductas y solamente 1 de cada diez por problemas internalizantes.

En la misma línea Vélez y Vidarte (2011) desarrollan una investigación en la que se busca que se visione el TDAH como una problemática de salud pública en la primera infancia en Colombia, se basaron en algunos estudios realizados en Colombia que mostraron una alta

prevalencia del trastorno en la infancia colombiana en relación a otros países y concluyeron que este problema es un problema actual de gran importancia para la salud pública del país.

Siguiendo con esto Tirado, Salitrosas, Armas y Asenjo (2012) desarrollan una investigación en la que se busca estudiar algunos factores relacionados con el TDAH en niños, utilizaron una muestra de 390 niños en un rango de edad de 6 y 12 años, en esta investigación se encontró un predominio del trastorno en los masculinos, así mismo se encuentran que los antecedentes psiquiátricos que presentan relación con la familia con la hiperactividad, trastornos bipolar y esquizofrenia, así mismo se determina que los factores biológicos relacionados fueron amenazas de aborto, tabaquismo, prematuridad, bajo peso al nacer y asfixias.

Así mismo Borrás (2012) desarrolló un estudio relacionado con el TDAH en niños de 4 a 5 años. En esta investigación se busca mostrar que aunque el diagnóstico del TDAH se realiza solo cuando los niños inician su vida escolar, existen algunos la aparición de algunos síntomas en edades más tempranas, así mismo se estableció que es fundamental que los padres como los educadores estén bien informados acerca del trastorno para que tengan herramientas en la detección de los síntomas de trastorno.

Otro estudio realizado en esta línea fue el de Millán (2014) en cual busca conocer las habilidades adaptativas y estilos cognitivos de los niños, niñas y adolescentes que han sido diagnosticados con TDAH, basados en una población de 38 niños se identifica que la mayoría de la muestra presentan estilos cognitivo impulsivo, de la misma manera se encuentra que un 60% de los niños presentan habilidades sociales bajas siendo los niños quienes presenta menos habilidades sociales en relación a las niñas y también se consideró que las habilidades adaptativas se comportan como factores protectores contra las dificultades de orden clínico.

Rivas (2014) por su parte realiza un estudio en el que se estudian los factores psicosociales y estacionales del déficit de atención e hiperactividad y su posible sobre diagnóstico, en este proceso encontraron que de toda la muestra con sospechas de diagnosticada con TDAH solo el 49,7% de la población acaban con el diagnóstico real, entre los factores psicosociales encontrados se identificó la formación que tienen los docentes sobre el tema, así mismo la familia y su funcionalidad se identifica con un factor determinante.

Continuando con la línea se tiene que Barceló (2016) realiza una investigación que busca profundizar el conocimiento de TDAH en niños, basándose en estudios revisados para aumentar el conocimiento que se sostiene del trastorno, visualizándolo desde diferentes perspectivas como la médica, psicológica y pedagógica, teniendo como resultado una reiteración de que el trastorno es una problemática de tipo heterogénea, mostrando que el problema debe abordarse desde diferentes perspectivas y no solo basarse en el niño como único responsable del trastorno.

Por su parte García y Carpio (2017) buscaron conocer la creatividad en los niños con TDAH y encontraron que los niños que presentan TDAH presentan un mayor nivel en creatividad en relación a las variables de fluidez, originalidad y Fuerza Creativas, sin mostrarse mucha diferencia con el grupo de control en lo relacionado a la variable de elaboración.

Marco Conceptual

El Trastorno Por Déficit de Atención Con Hiperactividad (TDAH): es un trastorno de origen neurobiológico que presenta sus inicios en las primeras edades de la infancia, afecta entre un 3% a un 10 % de los niños en edades escolares, entre sus principales síntomas presenta: la hiperactividad que se manifiesta como un exceso de movimiento en situaciones en las que resulta inadecuado hacerlo, presenta gran dificultad para permanecer quieto en situaciones que lo requieran, son ruidosos y hablan en exceso. El otro síntoma es la impulsividad esta se caracteriza

por la impaciencia, dificultad para aplazar respuestas o esperar el turno, los niños con frecuencia irrumpen y dan respuestas precipitadas antes de que se les termine de realizar la pregunta. Por último, el déficit de atención éste se caracteriza por la dificultad para mantener la atención en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, los niños frecuentemente parecen no escuchar, se les dificulta el seguimiento de ordenes e instrucciones como la organización de tareas y presentan tendencia a los olvidos y perder objetos, estos síntomas se presentan con mayor frecuencia e intensidad que en los niños de su misma edad y características.(Alda, J. Serrano, E. Ortiz, J. & San, L. 2010).

El Trastorno de Conducta: también es conocido como trastorno disocial, se caracteriza porque el niño o adolescente que lo presenta muestra una tendencia al rompimiento de normas sociales importantes, pasa por encima de los derechos de otras personas, incluso llegando a delinquir o a actuar por fuera de la ley, estas conductas no se presentan como actuaciones momentáneas, sino que son una manera de actuar persistentemente, se presentan antes de los 13 años. Algunas de las conductas que se consideran sintomatológicas son: el niño es cruel con animales, roba algo que desee en lugar de pedirlo, miente de forma habitual, destruye intencionalmente objetos de otras personas, genera intimidación en sus pares, provoca peleas y agrede a los demás con frecuencia.

El trastorno de Conducta afecta la vida social, familiar y escolar del niño, por lo cual en el tratamiento se deben involucrar diversos profesionales, además de los padres de los niños orientándolos en el establecimiento de reglas, en dar normas claras, negociar acuerdos, reducir reproches verbales y utilizar métodos disciplinarios cuando la conducta requiera un castigo, en algunos casos se requiere la utilización de medicamentos para reducir la agresividad e impulsividad que se genera. (Dolors, M. Alda, J. Castro, J. Soutullo, C & Arango,C. 2009).

El Boletín de datos estadísticos de medida de protección a la infancia (2015) expone que:

El acogimiento familiar: es una medida de protección ya sea de carácter administrativo o judicial que busca que el niño, niña o adolescente sea cuidado por una persona o núcleo familiar quienes tienen responsabilidades sobre el niño. Dentro del marco de acogimiento familiar existen diferentes modalidades como son:

- **Simple:** esta modalidad es de carácter transitorio, ya sea porque se proyecta la reinscripción del menor a su propia familia o porque se formaliza en lo que se adopta otra medida que tenga un carácter más estable.

- **Permanente:** en esta modalidad el acogimiento familiar presenta un carácter más estable que la modalidad simple porque las circunstancias en las que se encuentra el niño no permiten una reinscripción a su propia familia ni la adopción del menor.

- **Pre adoptivo:** en esta modalidad existe la intención de adopción del niño por parte de la familia que le brinda el acogimiento, siempre y cuando esto sea posible.

Así mismo dentro del acogimiento familiar existen diferentes tipos como son:

- **Acogimiento administrativo:** Es aquel que está formalizado por escrito, con el consentimiento de la entidad pública, de los que tengan la patria potestad o tutela del niño, de los acogedores y si el caso lo requiere el consentimiento del niño que tenga 12 años o más, en esto la familia que tomará el papel de acogedora se comprometerá a velar por el niño, brindarle compañía, darle alimentación y educación, generando una participación plena del niño en la vida familiar.
- **Acogimiento judicial:** en este se encuentra la intervención de un juez, la entidad pública busca promover ante el juez el expediente de constitución del mismo o dar su consentimiento si no es promotor.

Otro aspecto que se tiene en cuenta dentro del acogimiento familiar son los tipos de familia que hacen parte de esto, los cuales son:

- **Acogimiento en familia extensa:** en este tipo de familia se encuentran inmersos algunos de los miembros de la propia familia del menor.
- **Acogimiento en familia ajena:** este tipo de familia no presenta ningún lazo con el niño. (Boletín de datos estadísticos de medida de protección a la infancia, 2015).

3. Objetivos y Metodología

Objetivo General

Detectar problemas de atención e hiperactividad y trastornos de conducta de niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar del departamento del Magdalena-Colombia.

Objetivos Específicos

- Establecer el índice del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad de la muestra.
- Indicar el índice del Trastorno de Conducta de la muestra

Metodología

Diseño

En el presente estudio se utilizará un diseño cuantitativo, no experimental; descriptivo y transversal.

Diseño cuantitativo: refleja una filosofía determinista la cual se basa en el paradigma o escuela del pensamiento pos-positivista, este paradigma examina la causa y cómo estas causas influyen en los resultados, este diseño de investigación adopta el análisis de los números para obtener respuesta a la pregunta o hipótesis de investigación. (Sousa, Diessnack y costa, 2007).

Diseño no experimental: este tipo de diseño no tiene determinación aleatoria, manipulación de variables o grupos de comparación, la observación que realiza el investigador es de forma natural, sin lograr intervenir de ninguna manera, existe una denominación natural para la condición o grupo a ser estudiado. (Sousa, Diessnack y costa, 2007).

Diseño Descriptivo: también llamados exploratorios, se utilizan normalmente cuando se tienen poco conocimiento sobre un fenómeno en particular, en este diseño el investigador observa, describe y fundamenta varios aspectos de dicho fenómeno, en esto no existe manipulación de la

variable o de la intención de búsqueda de la causa y efecto relacionada con el fenómeno, se describe lo que existe, se determina la frecuencia con que ocurre el hecho y se clasifica la información obtenida. (Sousa, Diessnack y Costa, 2007).

Diseño transversal: En este diseño las variables son identificadas en un punto del tiempo. (Sousa, Diessnack y costa, 2007).

Participantes

Para esta investigación los participantes fueron niños, niñas y adolescentes del departamento de Magdalena-Colombia.

Muestra

Esta investigación tuvo como muestra a 40 niños, niñas y adolescentes del departamento del Magdalena-Colombia, pertenecientes a la modalidad de cuidado familiar, con edades comprendidas entre los 7 y 18 años.

Criterios de Inclusión

- Niños, niñas y adolescentes en edades comprendidas entre los 7 a 18 años de edad
- Integrados a la modalidad de cuidado familiar.
- Del departamento del Magdalena-Colombia.

Criterios de Exclusión

- Menores de 7 años de edad
- Mayores de 19 años de edad
- Niños que se encuentran viviendo fuera del departamento del Magdalena-Colombia.
- Niños integrados a otras modalidades de protección diferente a la familiar.
- Que no deseen participar en el estudio.

Instrumentos

El instrumento utilizado en la investigación es la Escala para la Evaluación del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad EDAH, la cual consta de 20 ítems y se compone por 3 sub escalas : la subescala para evaluar hiperactividad, otra para el déficit de atención y finalmente para medir los trastorno de conducta (Urzua, Domic, Ramos, Cerda y Quiroz, 2010). Esta escala puede ser aplicada a maestros o profesores, dándole respuestas a los 20 ítems, los cuales son de tipo Likert con opciones de respuestas de 0 = nada, 1 = poco, 2 = bastante, 3= mucho. (Fernández y Fernández, 2017).

En Colombia no se registra una validación del instrumento como tampoco estudios realizados con esta prueba, pero tenemos que Daza y Fernández (2017) desarrollaron una investigación con adolescentes venezolanos la cual tiene por título Problemas de comportamiento, Problemas emocionales y de atención en niños y adolescentes que viven en acogimiento familiar.

De igual forma se tiene que Urzua, Domic, Ramos, Cerda y Quiroz (2010) realizan un investigación para conocer las propiedades psicométricas de tres escalas de evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes chilenos, entre estas escalas se encuentra el EDAH, con esta investigación se logró identificar que las escalas estudiadas cumplen con los criterios de fiabilidad y tienen una consistencia interna aceptable o excelente.

Procedimiento

El procedimiento para el desarrollo de la siguiente investigación se realizó en 4 pasos los cuales se describen a continuación:

1. Paso: inicialmente se realizó el contacto con la institución encargada de programa de acogimiento familiar, en este caso El Instituto Colombiano de Bienestar familiar, esto con la finalidad de conseguir el aval para tener acceso a la población meta de la investigación.
2. Paso: se realizó la presentación del proyecto.
3. Paso: se realizó el proceso de documentación en el cual se llevó a cabo la búsqueda de información para la argumentación de la investigación, lo que permitió dar forma al cuerpo de la investigación.
4. Paso: se realizó la aplicación del instrumento utilizado en esta investigación y luego se desarrollaron talleres participativos con las familias de los niños, niñas y adolescentes y de forma alterna se realizó la aplicación del instrumento utilizado en esta investigación.
5. Paso: en este paso se realizó la digitalización, interpretación y análisis de los resultados encontrados para la investigación.

Análisis Realizados

Para el presente trabajo de investigación se realizó análisis de tipo cuantitativo, se analizaron los datos sociodemográficos como edad, sexo, escolaridad. Así mismo, se hizo la tabulación, se analizaron los datos de frecuencia de la detección de posibles trastornos y también se logró a través de los porcentajes que representan cada una de las características identificadas, posteriormente el análisis de los datos.

Consideraciones Éticas

Para el desarrollo de esta investigación se tuvo en cuenta lo expuesto en la Ley 1090 de 2016 por la cual se reglamente el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y Bioético y otras disposiciones. En lo relacionado con la confidencialidad, plantea

que los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida sobre las personas en el desarrollo de su trabajo, esta información será revelada a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal en caso de tenerlo y esta información solo se podrá revelar en el caso de que se requiera para evitar alguna situación en la que la persona se encuentre en inminente posibilidad de daño, los usuarios deberán estar informados de las limitaciones legales de la confidencialidad.

En cuanto a la investigación con participantes humanos, el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanas.

En lo que respecta a los deberes del psicólogo se plantea que no se practicará intervención sin consentimiento autorizado por parte del usuario, en caso de ser menor de edad se requiere del consentimiento del acudiente para el desarrollo del proceso. Así mismo en lo relacionado con el bienestar del usuario en la que el psicólogo respetará y buscará siempre proteger el bienestar de las personas o grupos con los que se desarrollen trabajos, es deber del profesional mantener suficientemente informado a los usuarios de las naturalezas de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento, de igual forma se reconocerá la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes en un proceso de investigación. También es deber del psicólogo respetar los criterios morales religiosos de los usuarios, sin que esto llegue a impedir su cuestionamiento cuando este sea requerido en curso de la intervención o investigación, de la misma forma es necesario resaltar que el psicólogo deberá hacer uso adecuado del material psicotécnico el cual debe estar debidamente aceptados y reconocidos por comunidades científicas, en el caso que se

necesite con finalidades de diagnóstico, guardando en esta información rigor ético y metodológico prescrito para su debido manejo.

Otro aspecto que se tendrá en cuenta es que para el desarrollo de las investigaciones el psicólogo deberá basarse en principios éticos de respeto y dignidad, si mismo salvaguardar el bienestar y los derecho de los participantes, necesitándose la firma de un consentimiento en que se expresa que se conoce el proceso de investigación del que será parte, en caso de los menores de edad y personas incapacitadas, el consentimiento deberá ser firmado por el representante legal del participante. (Ministerio de la Protección Social, 2006).

4. Resultados

Descriptivos de la Muestra

En esta investigación la muestra estuvo compuesta por 40 niños pertenecientes a la modalidad de acogimiento familiar, residentes en el municipio de Ciénaga – Magdalena Colombia, los cuales 13 son de género masculino y 23 del género femenino, así mismo se encuentran un rango de edad de los 7 a los 17 años. Todos se encuentran escolarizados entre los grados de primero de primaria y undécimo de bachillerato.

A continuación se muestran las variables sociodemográficas:

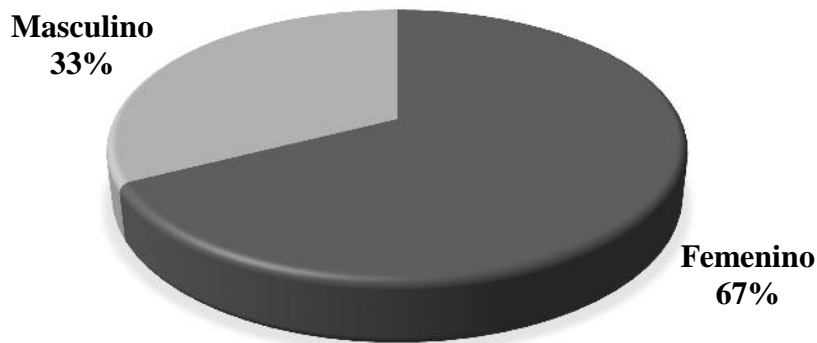


Figura 1. Sexo de la muestra Coloque así las figuras restantes

Fuente: Elaboración propia.

En la figura 1 se observa el sexo al que pertenecen los niños, niñas y adolescentes que participaron en la investigación, de los cuales el 67% son del sexo femenino representando la mayor parte y el 33% son del sexo masculino.

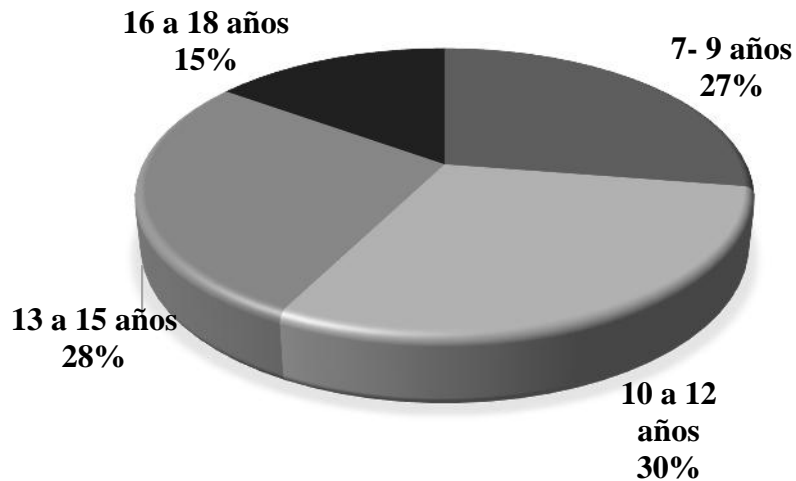


Figura 2. Edades de los niños, niñas y adolescentes.
 Fuente: Elaboración propia.

En la figura 2 se observan los diferentes rangos de edades a los que pertenecen los niños, niñas y adolescentes que conforman la muestra, siendo el rango de edad comprendido entre los 10 y 12 años el que presenta mayor población y el rango de 16 a 18 años el que presenta la menor población.

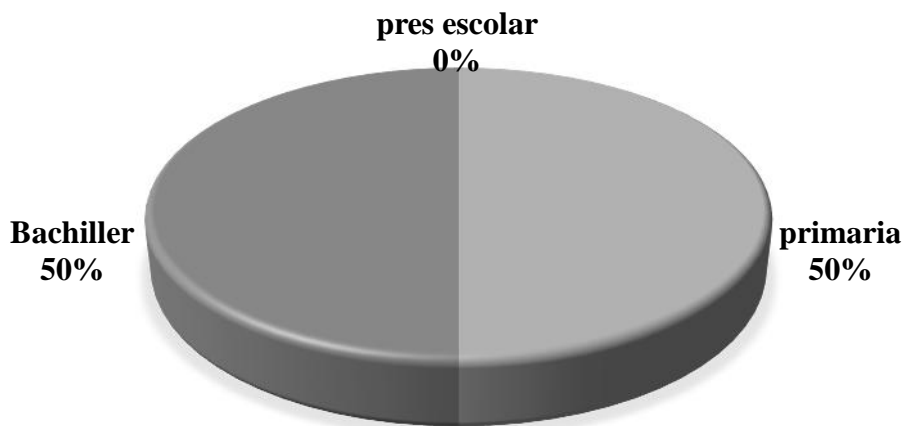


Figura 3. Edades de los niños, niñas y adolescentes pertenecientes a la muestra.
 Fuente: Elaboración propia.

En la figura 3 se identifica la escolaridad a la que pertenecen los niños, niñas y adolescentes pertenecientes a la muestra, en lo que se identifica que el 50% e encuentran en primaria y el otro 50% se encuentra en bachillerato, mientras que en pre escolar no se encuentra ninguno.

Seguidamente se encuentran los resultados obtenidos con el instrumento aplicado.

Tabla 1. Detección de Hiperactividad.

	n	Sin Hiperactividad (Frecuencia)	Con Riesgo de Hiperactividad (Frecuencia)
Femeninos	27	26	1
Masculinos	13	12	1
Total	40	38	2

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 1 muestra la detección de hiperactividad sobre la muestra, en lo cual se identifica que 38 niñas, niños y adolescentes se encuentran sin hiperactividad y 2 se encuentran en riesgo de presentarla, siendo 1 de género masculino y 1 de género femenino.

Tabla 2. Detección de Déficit de Atención.

	n	Sin Déficit de Atención (Frecuencia)	Posible Déficit de Atención (Frecuencia)
Femenino	27	24	3
Masculino	13	11	2
Total	40	35	5

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 2 se encuentra la detección de déficit de atención, se identifica que 24 niñas no presentan déficit de atención, así mismo que 11 niños no presentan déficit de atención, de igual forma se identifica que 3 niñas y 2 niños presentan posible déficit de atención.

Tabla 3. Detección de Trastornos de conducta.

	n	Sin trastornos de conducta (Frecuencia)	Posible Trastorno de conducta (Frecuencia)
Femenino	27	12	15
Masculino	13	6	7
Total	40	18	22

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 3 muestra la detección de trastornos de conducta, se encuentra que 12 niñas no presentan trastorno de conducta, de igual forma 6 niños no presentan este trastorno, por otro lado, se identifica que 15 niñas presentan posible trastorno de conducta y que 7 niños también.

5. Discusión

En esta investigación la muestra estuvo compuesta por 40 niños, niñas y adolescente pertenecientes a la modalidad de acogimiento familiar, residentes en el municipio de Ciénaga – Magdalena, Colombia, de los cuales la mayor parte pertenecen al sexo femenino y sus edades oscilan entre los 7 y 18 años, ubicados la mayoría en el rango de 10 a 12 años, sobre el nivel de escolaridad la mitad de la muestra se encuentra cursando en primaria y la otra mitad bachillerato.

Partiendo de los resultados encontrados en la presente investigación, se tiene que en relación a los hallazgos de la detección de hiperactividad se identifica que ninguno de los participantes presenta posible hiperactividad, aun así se detectan dos niños que se encuentran en riesgo de padecerlo, siendo en una del sexo femenino y uno del masculino, estos datos son semejantes a los resultados de Sainero y Fernández (2010) el cual identificó que un bajo porcentaje de la población estudiada se encuentra en tratamientos psicológicos debido a afectaciones de su salud mental y de este porcentaje, solo una pequeña parte presentó afectaciones en relación al TDAH.

Así mismo se puede decir que el hecho de que un gran porcentaje de la población no presenta posible hiperactividad puede deberse a que en sus historias de vida han pasado por situaciones traumáticas como violaciones sexuales, maltrato intrafamiliar, violaciones de derechos, separaciones de sus familias de origen, entre otras, lo cual puede llegar a ser un factor que influya en que en algunos casos, estos niños tomen actitudes retraídas o aisladas y los lleve a no presentar exceso actividad física como lo hacen algunos niños de su misma edad cronológica que se encuentren en otras situaciones familiares.

En lo que concierne al déficit de atención encontramos que dentro de la muestra total se identifica que una pequeña parte de la muestra presenta posible déficit de atención, siendo poca

la diferencia entre los casos de género femenino y género masculino, por lo cual al ser menor la población masculina dentro de la muestra sobre la femenina resulta más representativa la presencia de un posible déficit de atención en el género masculino., resultados que se relacionan con los encontrados en la investigación realizada por García et al (2008) el cual encontró mayor presencia de déficit de atención en el sexo masculino.

Así mismo existen otros estudios en los cuales se identifica el predominio del TDAH en el género masculino dentro de las muestras que son utilizadas para el desarrollo del estudio, investigaciones desarrolladas por Tirado, Salitrosas, Armas y Asenjo (2012) y por Barceló (2016).

Los niños pertenecientes a esta modalidad, normalmente cambian de lugares de residencia, pasan del hogar en el que se encontraban viviendo con sus familias biológicas, lugares en los que los niños en algún momento pasaron por violaciones de derechos, a un nuevo hogar, con una familia en la que iniciará su proceso readaptación familiar, estos son cambios radicales en cuanto a sus lugares de vivienda, espacios formativos, sociales y de recreación, lo cual genera un proceso nuevo de adaptación; estos cambios, pueden llegar a generar dificultades en ese proceso de adaptación a sus nuevos espacios de desarrollo, lo que me permite decir que por probablemente estas situaciones pueden generar una influencia para que algunos niños desarrollen un posible déficit de atención o problemas de conducta.

En cuanto a los problemas de conducta son mayores las detecciones, esto se muestra en que más de la mitad de la muestra presenta un posible trastorno de conducta, de esta mitad la mayoría son del sexo femenino. En lo que se coincide con las investigaciones desarrollada por Sainero y Fernández (2010) y García y colaboradores (2008) puesto que éste fue el trastorno

presentando con mayor frecuencia en la población perteneciente a la muestra en modalidad de acogimiento familiar,

Los presentes resultados tienen también mucha relación con la investigación realizada por Delgado, Fornieles, Costa & Brun-Gasca (2012) en la que al evaluar la presencia de trastornos de conducta en un grupo niños perteneciente a la modalidad de acogimiento familiar y un grupo de niños no pertenecientes a esta modalidad, emparejados en edades y sexo, predominó la presencia de trastornos de conducta con manifestaciones internalizantes, en la muestra que se encontraba vinculada a la modalidad de protección en acogimiento familiar.

Esto también guarda relación con la investigación desarrollada por Fernández, Del Valle, Fuentes, Bernedo & Bravo (2011) en la que se identificó que la muestra de adolescentes pertenecientes a la modalidad de acogimiento presentan problemas de conducta y algunos de estos con manifestaciones clínicas, sin embargo, a diferencia del presente estudio donde la muestra vivía con su familia sustituta, la muestra de Fernández, Del Valle, Fuentes, Bernedo & Bravo (2011) estuvo compuesta por adolescentes que vivían con su familia extensa y que están en proceso de adopción.

En este caso podemos decir que el entorno social posiblemente llegue a ser un factor influyente en el desarrollo de trastornos de conducta, estos niños pertenecientes a esta modalidad de cuidado, en su mayoría pertenecían a un contexto social vulnerable en el que se le violaron algunos derechos, pertenecían a familias disfuncionales y/o vivieron situaciones traumáticas a nivel familiar o individual, lo cual puede ser un factor que influya en el desarrollo de posibles trastornos de conducta o la presencia de algunos posibles síntomas que se relacionen con este tipo de problema conductual.

Cabe resaltar que en ninguno de los casos el propósito fue realizar un diagnóstico, el objetivo fue la detección de hiperactividad, déficit de atención y trastornos de conducta debido a que el instrumento utilizado no es un instrumento para diagnosticar los trastornos mencionados, sino que es utilizado para su detección, así mismo cuando se dice que algunos niños, niñas y adolescentes se encuentran en riesgo de presentar un posible trastorno es debido a que su puntaje se encuentra en el límite del punto de corte establecido para la posible presencia de alguno de los problemas de comportamiento valorados.

Por otro lado, dentro de este proceso de investigación podemos mencionar que el hecho que existan pocas estudios en relación a las variables estudiadas se torna como debilidad para este proceso investigativo, otro factor que se puede establecer como debilidad es el tamaño de la muestra por lo cual sus resultados no son generalizables, ya que a mayor amplitud de la muestra el estudio se puede desarrollar con más profundidad y puede ser más representativo además también la ampliación de la variables analizadas.

Cabe resaltar que el que existan pocos estudios en relación el tema se convierte a su vez en una fortaleza ya que puede ser el punto de partida para la realización de más investigaciones enfocadas en la misma línea, con este tipo de variables y población, así mismo, el acceso a la población, ya que al existir contacto anterior con las entidades que brindan protección a estos niños se hace más fácil el acceder a estos niños, es recomendable establecer convenios los cuales son un gran enlace para el desarrollo de investigaciones futuras que podrán generar información útil en relación a la población.

6. Referencias

- Agresta, C. (28 de octubre de 2015). *Efectos del abandono temprano en la estructuración psíquica*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de:
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/7928/1/Agresta%2c%20Camila.pdf>
- Alda, J. Serrano, E. Ortiz, J. San, L. (2010). *El TDAH y su tratamiento*. Barcelona.
- Aldeas infantiles SOS Colombia. (2016). *Abandono: un delito injustificable*. Recuperado de:
http://www.agenciapandi.org/wp-content/uploads/2015/Reportajes/Abandono_Ninez.pdf.
- BBC MUNDO. (20 de Agosto de 2015). *El drama de los millones de niños dejados atrás por sus padres en busca de trabajo*. Obtenido de:
http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/08/150819_video_ninos_dejados_inmigracion_mexico_ecuador_padres_migrantes_mr
- Barcelo, M (2016). *Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) en niños: problematizando supuestos*. (tesis de pregrado) Universidad de la República, Uruguay.
- Borras, T., & Margarida. (Junio de 2012). *El TDAH en niñas de 4-5 años*. Valencia, España.
Recuperado de:
<https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/478/Borras.Margarida.pdf?sequence=1>
- Carpio, H., & García, G. (2017). *La creatividad en los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. (tesis doctoral) universidad de castilla- la mancha, Albaceta.

ICBF: *Cada día en Colombia son abandonados cinco niños*. (06 de Septiembre de 2005).

Caracol Radio. Obtenido de

http://caracol.com.co/radio/2005/09/06/nacional/1125991620_200243.html

Las alarmantes cifras de abandono y abuso contra los niños colombianos. (15 de Abril de 2016).

Diario EL País. Obtenido de <http://www.elpais.com.co/colombia/las-alarmanes-cifras-de-abandono-y-abuso-contra-los-ninos-nos.html>

Delgado, L., Fornieles, A., Costas, C., & Brun-Gasca, C. (2012). Acogimiento residencial: problemas emocionales. *Revista de Investigacion en Educacion*, 10 (1),158-171.

Díaz, A. M. (marzo de 2014). *Niños, niñas y adolescentes victimas de abandono en el hogar Miguel magone*. Guatemala. Recuperado de:

<http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/67/Diaz-Anabella.pdf>.

Dolors, M. Alda, J. Castro, J. Soutullo, C & Arango,C. (2009). *Trastorno del comportamiento en la infancia y la adolescencia ¿Qué está sucediendo?*. Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona.

Durán, S, E., & Valoyes, E. (2009). Perfil de los niños, niñas y adolescentes sin cuidado parental en Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7 (2), 761-783.

Fernández, M & Fernández, A. (2017) Problemas de comportamiento, problemas emocionales y de atención en niños y adolescentes que viven en acogimiento residencial. *Psychologia Avances de la disciplina*, 11(1), 57-10.

Fernande, M., Del Valle, J., Fuentes, M. j., Bernedo, I., & Bravo, A. (2011). Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa. *Psicothema*, 23 (1), 1-6.

- Ferrer, A., De perdo, B., & Basurto, P. (abril de 2009). *Déficit de atención con hiperactividad implicaciones educativas*. Madrid, España. Recuperado de:
https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/resteban/Archivo/TrabajosDeClase/Hiperactividad.pdf
- Faros, observatorio de la salud de la infancia y la adolescencia. (s.f.). *Modelos cognitivos y psicológicos explicativos*. Barcelona, España
- Fundación CADAH. (2012). *Modelos cognitivos explicativos para el TDAH*. Fundación Cadah.org. España. Obtenido de <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/modelos-cognitivos-explicativos-para-el-tdah.html>.
- García, M., Prieto, L., Santos, J., Monzón, L., Hernández, A. y San Feliciano, L. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema actual. *Anales de Pediatría*, 69(3), 244-250
- Gonzales, E (2016). *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el salón de clases*. Madrid, España.
- Larrobla, E. (28 de octubre de 2016). *El TDAH y el uso de la Ritalina para su tratamiento*. Uruguay. Recuperado de:
http://sifpl.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/3.tfg_estefania_larrobla.pdf
- Millan,D. (26 de septiembre de 2014). *Habilidades adaptativas y estilos cognitivos de niños y niñas diagnosticados con TDAH*. (Tesis de maestría) Universidad de Manizales, Colombia. Recuperado de:
<http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/1778/1/Articulo%2520Doris%2520Mill%C3%A1n%5B1%5D.pdf>.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia*. Madrid, España: paseo del prado, 18-20. 28014 Madrid.

Ministerio de la protección social. (Septiembre de 2006). *Ley Número 1090 de 2006*. Colombia .Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a22.pdf.

Montoya L, D., & Varela, V., & Dussan, I C. (2012). Correlación entre las habilidades académicas de lectura y escritura y el desempeño neuropsicológico en una muestra de niños y niñas con tdah de la ciudad de Manizales. *Psicología desde el Caribe*, 29 (2), 305-329.

Moreno F., Martínez, M. V., Tejada G, M. González. M, Igeño, V, & García R.O (2015). Actualización en el tratamiento del trastorno del déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 8(3), 231-239. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2015000300006>

Edel,N, R. (2003). El rendimiento académico: concepto, investigación y desarrollo. REICE. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 1(2), 0.

Organización de las Naciones Unidas Para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (UNESCO). *Niños en la calle*. (s.f.). Obtenido de UNESCO: <http://www.unesco.org/new/es/social-and-human-sciences/themes/fight-against-discrimination/education-of-children-in-need/street-children/>

Organización de las Naciones Unida. (ONU). (24 de Febrero de 2010). *Asamblea General*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/spanish/videoaudio/PDFs/100407-UNGA-Res-64-142.es.pdf>

- Orjales, I. (2000). *Déficit de atención con hiperactividad: el modelo. Híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley*. Madrid, España. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/viewFile/RCED0000120071A/17064>
- Cada día abandonan a dos niños en Colombia. (20 de Noviembre de 2011). Periódico El Tiempo. Obtenido de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-10800414>
- Presentación Herrero, M., & Siegenthaler Hierro, R., & Jara Jiménez, P., & Miranda Casas, A. (2010). Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH. *Psicothema*, 22 (4), 778-783.
- Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar RELAF. (Junio de 2010). *Niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en América latina*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.relaf.org/Documento.pdf>
- Revista de derechos humanos. (Abril de 2014). *Cuidados alternativos para la infancia*. Recuperado de: http://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2015/05/DFensor_04_2014.pdf
- Rivas, C. (2014). *Estudio sobre los factores psicosociales y estacionales del déficit de atención e hiperactividad sus posible sobre diagnóstico*. (Tesis Doctoral) universidad de valencia, Valencia, España.
- Sainero, A., & Fernandez, J. (4 de noviembre de 2010). *Salud mental en menores acogidos en hogares de protección. Una evaluación de necesidades*. . Sevilla, España. Recuperado de: http://www.congresofapmi.es/imagenes/auxiliar/Actas_MR_7_1_Salud_ASainero.pdf
- Sainero, A & Fernández del Valle, J. (Noviembre de 2010). *Salud mental de menores acogidos en hogares sustitutos. Una evaluación de necesidades*. Ponencia llevada a cabo en x congreso estatal de infancia maltratada, Sevilla, España.

- Sousa, V., Driessnack, M., & Costa, I. (Junio de 2007). *Revisión De Diseños De Investigación Resaltantes Para Enfermería. Parte 1: Diseños De Investigación Cuantitativa.*
- Urzúa A, Domic M, Ramos M, Cerda A, Quiroz J. (2010). Propiedades psicométricas de tres escalas de evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en escolares chilenos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27(3), 157–67.
- Valle, J., & Bravo, A., & López, M. (2009). *El acogimiento familiar en España: implantación y retos actuales. Papeles del Psicólogo*, 30 (1), 33-41.
- Vélez-Álvarez, C., & Vidarte Claros, J. (2012). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14 (2), 113-128.
- Zuluaga, j. B. (2007). *Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDAH), a través de una intervención sobre la atención.* (Tesis Doctoral) universidad de Manizales, Colombia. Recuperado de:
<http://repository.cinde.org.co/handle/20.500.11907/543>