

EL DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: CAMBIANDO PARADIGMAS.

Por Joaquín Blix Formoso.

Psicoterapeuta Infantil

Introducción.

El Déficit de Atención e Hiperactividad (DDAH) es un término usado para describir un grupo de niños que tienen muchos problemas en común. La mayoría tiene una o más áreas de problemas de aprendizaje que interfieren con sus actividades académicas y sociales. Estos niños tienen usualmente un potencial intelectual promedio y la mayoría de ellos más que el promedio. No son originalmente niños con problemas emocionales aunque muchos de ellos los van a desarrollar debido a frustraciones y fracasos que experimentan tanto en su vida escolar como en su vida social-familiar.

El DDAH es quizás la causa del mayor número de los problemas de aprendizaje y de conducta en la actualidad en los colegios y los orígenes del problema son multifactoriales.

Hasta hoy no se sabe, ni se ha llegado a una conclusión certera del origen y causas de este problema que afecta a tantos de nuestros niños, a sus padres y por supuesto a sus maestros. Lo único que si sabemos es que día con día es mayor el número de niños que presentan las problemáticas que se incluyen dentro del ahora denominado “trastorno” por el mundo médico tradicional, aún cuando los estudios que se han desarrollado acerca del origen y las causas del supuesto trastorno no lleguen a una definición clara, como tampoco a sus soluciones.

Descripción y definición del problema desde la perspectiva psiquiátrica americana.

Desde que se reconocieron y estudiaron a los niños que presentaban algún tipo de problemática en el aprendizaje y/o la conducta y que salían de la norma del niño con rendimiento académico regular, se empezaron a clasificar en diferentes grupos y han sido estas mismas clasificaciones las que han llevado a la confusión que impera hoy en día.

Es hasta 1980 que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) nombra oficialmente el problema de estos niños como TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN, quedando así ya definido como un trastorno de tipo psiquiátrico en la edición de su influyente libro DSM-III, manual que es utilizado como la Biblia de los trastornos mentales en el campo médico. En cada edición nueva se han ido creando subcategorías de este supuesto trastorno. Hoy en día se ha incluido una nueva subcategoría: TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN INDIFERENCIADO, termino en el que se incluyen a aquellos niños con un serio trastorno de atención pero sin hiperactividad motora. Parece que cada vez que se hace una subclasificación, son más los niños que pueden pasar a las listas de enfermos mentales.

Para establecer un orden en la clasificación de estos problemas, la APA se dedicó a dividir las dificultades de estos niños y se llegó a la conclusión que son tres los tipos de problemas principales que suele presentar el niño en la escuela o en casa. Se identificaron estos tres tipos de dificultades de las cuales se derivan otras series de problemáticas muy variadas.

Estas dificultades fueron y están agrupadas en:

- 3 Problemas de atención.
- 4 Dificultad en el control de las respuestas impulsivas.

5 Actividad motora excesiva o hiperactividad.

La tríada: inatención, hiperactividad e impulsividad, es prácticamente constante. Aunque se señala que la hiperactividad puede estar ausente.

Recientemente surge la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) donde se define este trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/TDAH) como un “patrón persistente de desatención y/o hiperactividad”, con una duración mínima de seis meses, más frecuente y grave observado en niños varones. Algunos de los síntomas se presentan antes de los siete años de vida, aunque la mayoría de los niños son diagnosticados cuando sus síntomas ya eran obvios durante varios años.

Epidemiología.

Actualmente el TDA/TDAH es una entidad conocida de manera universal, aun cuando la falta de estudios adecuados no permiten sino una limitada comparación de las prevalencias internacionales. Durante los últimos 20 años se han realizado varios estudios, fundamentalmente en países desarrollados y dentro de estos, la mayoría en Estados Unidos. La frecuencia varía de manera notable y se sitúa entre 2% y 18%. Esta inconsistencia en los resultados tiene varios orígenes. El factor metodológico tiene un peso específico definitivo, ya que se han utilizado diversos instrumentos diagnósticos y, en consecuencia, los resultados son diferentes. Por ejemplo, la diferencia entre aplicar los criterios del DSM-III, el DSM-III-R y del DSM-IV genera una desviación de varios puntos porcentuales.

Desde la perspectiva médica este problema se ve como una enfermedad cuya causa exacta permanece básicamente desconocida. Explica que es un padecimiento que se produce como consecuencia final de varios factores o de la combinación de algunos de estos. Se explican que es un problema heterogéneo en el que no se conoce el significado que tienen algunos probables factores que favorecen su aparición. Sin embargo se establece que el origen de esta enfermedad o padecimiento o trastorno, en primer lugar puede tener un origen genético, en segundo lugar un origen neurológico pre o perinatal, en tercer lugar un origen de la estructura o funcionamiento anormal del cerebro, en cuarto lugar de origen tóxico y finalmente y la de menor probabilidad de origen psicosocial. Las hipótesis actuales más predominantes en el campo de la psiquiatría patológica apuntalan sus investigaciones hacia una etiología de orden genético y biológico-ambiental. Aunque ninguna de las teorías mencionadas ha podido ser demostrada como una serie de factores contundentes.

Pero la principal teoría médica apunta hacia el origen del problema como de un mal funcionamiento neurológico. Este mismo enfoque concluye que el conocimiento del proceso normal del desarrollo de la atención y la inatención es limitado. Y que mientras el conocimiento no sea más preciso en cuanto al papel que tiene la plasticidad, las relaciones entre genes y el medio ambiente, los mecanismos de inhibición y desinhibición de la conducta y otros mecanismos neurofisiológicos normales, será difícil definir los mecanismos fisiopatológicos. Por lo tanto, la visión está basada en la idea de que la causa del trastorno sea de tipo hereditario, aunado a un factor del funcionamiento del cerebro que pudiera ser consecuencia de alteraciones del cerebro a niveles neuroquímicos, estructurales, funcionales o genéticos.

El manejo médico del Trastorno por Déficit de Atención.

El enfoque médico considera el tratamiento farmacológico como la intervención primaria y como intervención secundaria a los tratamientos psicosociales y educativos, aclarando que en este campo, la intervención psicosocial se considera aquella intervención en donde existe evidencia científica de su utilidad. Pareciera que no hubiera otra posibilidad para la mejoría del problema sin la participación de los fármacos. Es mas, ni siquiera estaría justificado el problema como trastorno médico sino estuviera contemplado un tratamiento farmacológico.

El enfoque médico apunta que el tratamiento psicológico adecuado para el TDDA/TDDAH debe estar dirigido a reforzar y colaborar con el tratamiento médico en la eliminación de los síntomas propios del trastorno. Así como a los síntomas relacionados al TDDA/TDDAH, como por ejemplo, el Trastorno Oposicionista Desafiante, depresión, ansiedad.

Además, la intervención terapéutica principal se fundamenta en diseñar un sistema de control de la conducta que coadyuve en la eliminación de los síntomas y por lo tanto en la modificación de la conducta del niño. En los niños mayores recomiendan aplicar distintos métodos conductuales para colaborar en la eficacia del tratamiento farmacológico, tanto para controlar la impulsividad, la hiperactividad y las habilidades atencionales. En la escuela recomiendan enfocar el trabajo con este tipo de niños en implementar sistemas de control de la conducta asesorados por el psicólogo o psiquiatra y generando en conjunto diversas estrategias para hacer desaparecer o fomentar determinadas conductas en el niño.

Crítica al modelo psiquiátrico desde un paradigma humanista e integrativo.

Como hemos dicho, dentro del paradigma médico tradicional, el especialista es el experto, el que tiene el saber de lo que pasa con el niño. El etnocentrismo psiquiátrico determina lo que le pasa al niño desde su esquema de pensamiento y lo que no concuerda con esa visión tiene que estar equivocado.

Este enfoque se va a centrar en el problema como un síntoma y como combatirlo, el niño queda totalmente apartado y no visto. El trastorno representa una enfermedad y como tal hay que atacarla y eliminarla. La realidad interna del niño no es vista y la realidad externa no tiene que adaptarse, es el síntoma el que tiene que desaparecer para que el niño se adapte a las exigencias del exterior.

Muchos niños que antes eran vistos como llenos de energía, soñadores y atrabancados, hoy son etiquetados como hiperactivos, distraídos e impulsivos. La etiqueta psiquiátrica descalifica la individualidad del niño reduciéndola a un trastorno psiquiátrico y controlando su creatividad y espíritu con una pastilla.

Es así como los comportamientos que no nos gustan de los niños ya se tienen clasificados como un trastorno mental. Sabemos que no hay una prueba científica hoy en día que diagnostique científicamente esta condición, y que solamente se realiza a través de escalas conductuales indicadas por el manual mencionado anteriormente.

Todos los síntomas agrupados y etiquetados con Trastorno DDAH no tienen una justificación médica o psiquiátrica., por el contrario responden a un sistema coherentemente organizado de creencias ortodoxas que contextualizan las preocupaciones y problemas que padres, maestros y otros profesionales tienen acerca de los niños que no se comportan “bien” o no ponen la atención “adecuada” o no presentan la conducta “esperada” a pesar de ser normales en muchos otros aspectos de sus vidas.

Afirmando que el DDAH es un trastorno médico, los expertos están poniendo el problema dentro del niño,

sin embargo a diferencia de otras enfermedades médicas, este es un “trastorno” que aparece en ciertas circunstancias y desaparece en otras. De hecho existe suficiente evidencia que sugiere que: primero, los niños etiquetados con Trastorno DDAH no muestran síntomas del trastorno en diferentes contextos, por ejemplo cuando está el niño en una interacción uno a uno con un adulto y esto es más observable cuando este adulto es su padre. Segundo, el trastorno parece desaparecer cuando el niño se encuentra en un ambiente educativo donde puede escoger sus actividades y autorregular su ritmo de trabajo. Tercero, parece actuar eficazmente cuando está involucrado en actividades que le interesan, que son novedosas en algún modo o que le implica un alto nivel de estimulación. Y cuarto, estos síntomas aparecen después de eventos emocionalmente estresantes para el niño.

Los síntomas del Trastorno DDAH generalmente desaparecen cuando el niño está inmerso en una actividad que le interesa o cuando recibe una cantidad adecuada de atención del adulto. Esto queda de manifiesto aún en las especificaciones de los manuales DSM-III-R y DSM-IV. Aún en estos manuales se especifica que este trastorno se percibe en momentos en que el niño está en situaciones que carecen de un atractivo intrínseco o que no tienen novedad para él y que el mismo trastorno es mínimo o ausente cuando el niño está bajo un estricto control, cuando está en una situación novedosa, cuando está involucrado en actividades especialmente interesantes para él o cuando está en una situación uno a uno con una persona, más notable cuando esta persona es un adulto. Y muchos padres llegan a reportar que desaparece en la época de vacaciones.

Si la lista de síntomas tiene algún uso, sirve para definir a los niños que están aburridos, ansiosos, o fastidiados con algunos de los adultos en sus vidas. Estos síntomas no deben ser considerados como la señal de la existencia de un trastorno psiquiátrico sino las señales de alarma de un niño que requiere esfuerzos especiales de los adultos para que atiendan sus necesidades que no están siendo cubiertas.

Cuando un pequeño de quizás cinco o seis años está persistentemente inquieto o agresivo, podemos suponer que hay algún estresor en la vida de ese niño, que está sobrepasando su capacidad de enfrentar o en el que tiene poco o ningún control. En muchos casos la causa del problema se encuentra en el ambiente. El niño por sí mismo no lleva los conflictos emocionales en sí mismo a menos que exista un estresor que los desencadene. Un niño no se aburre o se vuelve inatento o indisciplinado o irrespetuoso o violento por su propia naturaleza, pero la etiqueta Trastorno DDAH implica que lo es. Estos niños pueden ser más enérgicos o más espabilados, o más necesitados de un entorno interesante de los que los padres o maestros pueden ofrecerles. Son niños llenos de energía que están siendo diagnosticados con un trastorno mental que lo perseguirá toda la vida.

Con esto podemos decir que las conductas agrupadas como Trastorno DDAH en los manuales psiquiátricos pueden ser síntomas de otro tipo de circunstancias que afectan la vida del niño y no que sea un enfermo mental o psiquiátrico. Existen muchas circunstancias medio ambientales en la vida de un niño que pueden llevarlo a manifestar el tipo de conductas señaladas en los manuales psiquiátricos.

Todos los factores que intervienen en el desarrollo sano de nuestros niños deben ser analizados con profundidad en cada caso antes de diagnosticar, etiquetar y medicar a un niño. Y quizás nos demos cuenta que en la gran mayoría de los casos no tenemos que hablar de un niño enfermo, sino de una sociedad

enferma. El común de los niños no tienen trastornos, viven en un mundo trastornado.

En el caso de la gran mayoría de los casos diagnosticados con Trastorno DDAH, el principal problema que subyace en el fondo es una falta de atención adecuada de padres y maestros a las necesidades individuales de cada niño. La etiqueta de déficit de atención no refleja en la mayoría de las veces un déficit de atención del niño, sino una falta de atención de los adultos a las necesidades individuales de cada niño. Muchos de estos niños difíciles, enérgicos, críticos, inteligentes, independientes, viven día a día batallando contra la fuerza de un mundo adulto agresivo, inatento, conflictuado y estresado. Tenemos que considerar que muchos niños que se manifiestan hiperactivos o inatentos no son realmente DDAH, sino una generación de niños ansiosos, estresados o deprimidos ante el tipo de sociedad que les ha tocado vivir y nos estén dando la oportunidad de reflexionar y hacer lo que realmente debemos hacer con ellos.

Sabemos que muchos son niños que por sus condiciones cerebrales aprenden de una forma diferente al común de los demás niños. El salón de clases tradicional está diseñado para niños que son buenos en estarse quietos por largos períodos de tiempo, escuchando largas instrucciones verbales y haciendo eternas páginas de trabajo aburrido. El estilo de aprender de la mayoría de estos niños choca con el tipo de educación tradicional que conocemos. Al tener dificultades de aprender en las formas tradicionales, se vuelven inatentos, hiperactivos, flojos y disruptivos. Estas conductas les hacen más difícil el captar el material visto en clase y por lo tanto fracasar.

Podemos concluir que el DDAH no es un trastorno sino una manifestación de un conflicto, el cual en la mayoría de los casos, no lleva evidencia o encuentra una causa biológica. Los intentos por definir el Trastorno DDAH como un problema biológico no han tenido éxito; la neuroanatomía del cerebro como se ha demostrado en los estudios de neuroimagen en estos niños es normal, no se han encontrado rasgos de substratos neuropatológicos. Esto es lo que ha llevado a muchos investigadores del tema a plantear el énfasis del estudio de este problema sobre el campo genético como causa de las conductas de estos niños y hace que esto oscurezca las investigaciones de orden psicosocial acerca del problema.

El conflicto de estos niños se genera cuando sus condiciones biológicas particulares entran en contacto con el entorno, ya que es exactamente ahí donde los problemas tienen su manifestación.

No existe una prueba confiable y objetiva para diagnosticar el Trastorno DDAH, como sí existe, por ejemplo, para el diagnóstico de la diabetes, la neumonía, la epilepsia o el síndrome de Down. El DDAH es sencillamente un grupo de comportamientos que son diagnosticados con base en cuestionarios y escalas de calificación, que son contestados por los adultos que observan al niño. La distinción entre el niño “normal” y aquel al que se le ha diagnosticado el Trastorno DDAH es a menudo vaga e irrelevante para efectos de ayuda al niño.

Esto nos tiene que llevar a padres, maestros, médicos, psicólogos, terapeutas y a todo adulto relacionado con niños a reflexionar seria y profundamente acerca del problema, qué lo está generando y qué alternativas tenemos que desarrollar para solucionar esta situación por la que transitan muchos niños hoy en día y que cada vez se agrava más. Nuestros niños se relacionan más con nosotros los adultos a través de la escuela y del hogar. En ambos lugares necesitamos una nueva forma de cubrir sus necesidades reales en vez de tratarlos como trastornados psiquiátricos. Y sobre todo, nuestros niños necesitan conexiones más amorosas

con nosotros los adultos en sus vidas. Tenemos que entender que si les proveemos un mejor ambiente con una mejor atención a sus necesidades afectivas y emocionales, mejoran su comportamiento. Muchos niños se distraen para evadirse y se hiperactivan para disminuir su ansiedad o su aburrimiento. Pueden necesitar la intervención de un adulto que les ayude a superar su sufrimiento y frustración interna. Estos niños necesitan saber como salir delante de sus problemas, estar más en contacto con sus emociones así como, aprender a usar mas eficazmente su energía. Jamás se les debe dar la idea de que son enfermos o defectuosos como primera razón de sus conflictos. Estos niños pueden beneficiarse de una buena guía en aprender a ser responsables de su propia conducta, pero no aprenden siendo culpados por el estrés al que son expuestos día tras día.

Un niño necesita tomar el control y poder sobre su vida, necesita no ser humillado con un diagnostico psiquiátrico ni ser controlado con drogas deshabilitadoras. Mientras sigamos respondiendo a las señales de conflicto y aflicción en nuestros niños sometiéndolos a diagnósticos psiquiátricos y a drogas, no estaremos cubriendo sus necesidades más genuinas. Estos niños no están trastornados, solo tienen un estilo diferente de aprender, de pensar, de atender, de comportarse, de estar en el mundo. Los niños que presentan problemas de atención y conducta son en esencia seres humanos completos y sanos, no son niños que están padeciendo un trastorno psiquiátrico.

Un paradigma más humano e integrador del problema.

Cada niño nace con características y recursos propios, con un estilo de funcionamiento individual y con unas características temperamentales determinadas por su herencia. Esto aunado al tipo de interacciones sociales y experiencias personales que vive con el entorno, generará en él un carácter y personalidad particular. Los dos factores tienen su peso específico. La dotación que el niño trae en su herencia es tan importante como el tipo de experiencias que vive con el entorno y dentro de este el tipo de educación que recibe.

El aspecto clave de la balanza entre lo biológico y lo ambiental es, por lo tanto, encontrar las llaves ambientales adecuadas que se ajusten a la cerradura genética. A medida que el niño crece y madura, la experiencia con el entorno interactúa constantemente con la dotación genética para perfeccionar sus capacidades físicas y mentales. La fisiología y la educación van interactuando de forma específicamente cualitativa en el desarrollo del niño.

Hay niños que originalmente poseen estilos característicos individuales diferentes al común de los demás niños. Niños que por naturaleza propia tienen una gran sensibilidad, que tienen una cantidad impresionante de energía. Niños que se aburren fácilmente y que a veces parece que tienen muy poca capacidad de concentración. Niños que se resisten al autoritarismo. Niños que desarrollan sus propios estilos de aprendizaje. Niños que se frustran fácilmente porque tienen grandes ideas pero les faltan recursos o las personas necesarias para ayudarlos a llevarlas a cabo. Niños que aprenden a través de la exploración, y se resisten a aprender de memoria o a limitarse a escuchar. Niños incapaces de permanecer sentados y quietos, a menos que estén absortos en algo que sea de su interés. Niños muy compasivos, que viven con muchos temores, por ejemplo a la muerte y a la pérdida de sus seres queridos. Niños que si experimentan el fracaso enseguida, es posible que se rindan y desarrollen bloqueos de aprendizaje permanentes.

Son niños con estilos diferentes de ser, de aprender, de ver las cosas, de caminar por el mundo. Y es muy

probable que estos estilos choquen contra el muro de un mundo estructurado de otra forma, donde se requiere ser más complaciente y silencioso.

Como estos niños no pueden hacer mucho para cambiar estas estructuras rígidas y tradicionales, conforme van creciendo se verán en la necesidad de hacer ajustes y adaptaciones importantes ya que de lo contrario sus mismas características individuales los van a meter en serios problemas ante un mundo insensible e inatento a su individualidad y a sus necesidades especiales. Y estas características individuales muy pronto, especialmente al ingresar el niño a la educación formal se convertirán en carencias adaptativas a un entorno que requiere un estilo diferente de funcionalidad. Estas características propias de ciertos niños que pronto se convierten en carencias y después en déficits, requieren llevar procesos de apoyo específicos para que estas no le impidan tener un adecuado desarrollo académico, emocional y social.

El problema radica en que a estos niños se les detecta mas o menos hacia los 6 o 7 años en el mejor de los casos, y a otros hasta más adelante cuando ya han empezado la educación formal y están ya fracasando académicamente; sus características individuales ya se han convertido en déficits reales, y estos déficits son las causas por las cuáles un niño empieza a tener problemas de adaptación con el entorno. Es entonces cuando los problemas que tiene este niño ya rebasan todas sus capacidades y se empiezan a presentar las conductas disfuncionales, pero siempre como un intento de respuesta de adaptación ineficaz.

Cuando un niño por cualquier situación no es capaz de generar respuestas adaptativas dentro de un entorno determinado, estas se convierten en un problema no solo para el entorno sino también para el mismo niño, y por lo tanto serán áreas en las que este niño necesitará apoyo.

Diferenciar si es una característica biológica o si es debida a un mecanismo de adaptación del niño por sobrevivir al estrés que esta siendo generado a consecuencia de alguna situación traumática, familiar, escolar. Esto debe ser el punto de partida al que tenemos que responder.

Una vez detectado la naturaleza del problema, podemos analizarlo bajo perspectivas diferentes. Las intervenciones para ayudar a estos niños tienen un punto de partida distinto y la aproximación al problema es también distinta.

Evaluación.

Es importante ante cualquier irregularidad en el desarrollo del niño determinar una guía de apoyo educativo y tratamiento del problema, las cuales necesitan partir de un paradigma humanista de comprensión del problema para así lograr una normalización integral del niño con su entorno. Es por esto que una evaluación de la situación del niño que incluya la detección, la identificación y la valoración precoz de su situación es muy importante para lograr junto a ellos y a su entorno mejores patrones de adaptación.

El objetivo de la evaluación estará puesto en determinar el grado en el que las características individuales del niño afectan su adaptación al medio, ya que el objetivo de la intervención y del tratamiento será el de crear un buen ajuste-adaptación del niño al entorno y del entorno al niño. Aquí radica la diferencia con el enfoque clásico el cual busca que el niño de cualquier forma (aunque sea con químicos) se acople completamente al entorno establecido. Desde un enfoque humanista e integrador tanto la evaluación como el tratamiento no están buscando eliminar el supuesto trastorno, no se trata de eliminar sino de adaptar al niño y al entorno en una integración funcional.

Una evaluación integral requiere de apreciar todos los aspectos que conforman la vida del niño, tales como los genéticos, los evolutivos, los cognitivos, los afectivos, los emocionales, los intelectuales y los conductuales así como los sociales: familiares, escolares (maestros y compañeros) y de actividades extraescolares.

La evaluación del niño y de su entorno es un proceso que lleva un tiempo y un orden específico; hay un tiempo en el cual se enfoca el trabajo a la recogida de datos, entrevistas y observaciones. Hay otro tiempo en que se incluye la aplicación de una serie de instrumentos de evaluación tales como tests, escalas, informes sociométricos, inventarios de personalidad, cuestionarios y registros.

Una vez realizada toda la evaluación del niño y del entorno, se podrá realizar un perfil en donde se apunte en resumen todos los resultados de las diferentes observaciones, entrevistas y valoraciones hechas y así tener un instrumento práctico con el cual podremos definir las áreas fuertes del niño tanto como sus áreas de déficit. Puesto que la función de la evaluación es obtener un punto de partida para la planeación del tratamiento y de la intervención que se realizará.

Conclusión.

El auténtico desarrollo mental sólo puede surgir a partir de las experiencias que satisfacen las necesidades evolutivas de cada niño, el lugar más importante para que esto se de es en la familia. Y es dentro de la familia en donde los cambios deben empezar.

A la hora de entender a un niño con problemas emocionales o del comportamiento lo que necesitamos es hacer énfasis en la individualidad, las fortalezas y la calidad de la interacción del niño y su entorno. Debemos aceptar la complejidad y rechazar cuestionamientos simplistas como ¿cuál es el diagnóstico? o ¿Cómo se trata esta enfermedad?

En un modelo que está más orientado a la adaptación que a la cura, nos preguntamos:

¿Qué clase de persona es el niño?, ¿Cómo y porque sufre?, ¿Está lesionado en su amor propio?, ¿Qué le está pasando a la familia?, ¿Qué tan compatible es él con su entorno y cómo se puede mejorar la interacción?, ¿Cuáles son sus fortalezas y talentos y cómo pueden utilizarse?, ¿Cómo podemos minimizar el impacto de sus déficits? Y, lo que es más importante, no “¿cómo podemos tratar el trastorno del niño?” sino “¿cómo podemos propiciar la adaptación del niño y aumentar su amor propio?” “¿Cómo podemos ayudar al entorno del niño para que desarrollen los cambios necesarios con el fin de que el niño genere mejores mecanismos de adaptación?”.