UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK

FACULTAD DE CIENCIAS DEL TRABAJO Y COMPORTAMIENTO HUMANO

Plan de investigación de fin de carrera titulado:

INFLUENCIA DE LA DINÁMICA PARENTAL EN NIÑOS DE 7 A 10 AÑOS DIAGNOSTICADOS TDAH

Como requisito para la obtención del título de: Psicóloga Clínica

Realizado por:

MERCEDES STEFANIA HIDALGO MENDOZA

Directora del proyecto

M.sc. Claudia Terán

Quito, 31 julio de 2019

Declaración juramentada de autores

Yo Mercedes Stefania Hidalgo Mendoza, con cédula de identidad N° 131222440-3, declaro bajo juramento que el trabajo aquí desarrollado es de mi autoría, que no ha sido previamente presentado para ningún grado a calificación profesional; y que he consultado las referencias que se incluyen en este documento.

Mercedes Stefania Hidalgo Mendoza

CC 1312224403

DECLARATORIA

El presente trabajo de investigación titulación

INFLUENCIA DE LA DINÁMICA PARENTAL EN NIÑOS DE 7 A 10 AÑOS DIAGNOSTICADOS TDAH

Realizado por:

MERCEDES STEFANIA HIDALGO MENDOZA

Como requisito para la obtención del título de:

Psicólogo Clínica

Ha sido dirigido por la profesora:

Msc. Psi. CLAUDIA GABRIELA TERÁN LEDESMA

Quien considera que constituye un trabajo original de su autor.

Msc. Psi. Claudia Terán Ledesma.

DIRECTORA

LOS PROFESORES INFORMANTES

MSC. CLAUDIA TERÁN

MSC. ESTEBAN RICAURTE

M.SC. MARIA MERCEDES BASTIDAS

Después de revisar el trabajo presentado,

Lo han certificado como apto para su defensa oral ante

El tribunal examinador

M.sc. Esteban Ricaurte.

M.sc. Claudia Terán

M.SC. María mercedes bastidas

Quito, julio de 2019

Dedicatoria

A mis cuatro pilares

Dios, por haberme permitido llegar con vida y salud a uno de mis más grandes sueños.

Mi hijo, por llenarme cada día de luz y amor, por darme fuerza para seguir adelante con mi meta.

Mi esposo, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, por la motivación constante en mis estudios profesionales que me han permitido terminar mi carrera, pero más que nada, por su amor incondicional.

A mis padres, que son mi mayor inspiración de lucha y sacrificios, quienes me enseñaron a luchar y conseguir siempre mis sueños y familia quienes me apoyaron emocionalmente siempre a seguir luchando.

Agradecimientos

A mi esposo e hijo quienes durante mi proceso de formación profesional tuvieron paciencia y comprensión por el tiempo que me han concedido, un tiempo robado a la historia familiar. Sin su apoyo este trabajo nunca se habría escrito y, por eso, este trabajo es también de ellos.

A mis padres por su enorme muestra de amor, porque cuando más los necesite estuvieron ahí.

A mis maestras y maestros de la Universidad Internacional SEK y en especial a mi guía de toda la carrera universitaria Lorena Paredes quien me corrigió y apoyó en todo momento, pero sobre todo quien me enseñó y guio para recorrer el camino de la Psicología y descubrir lo bonito de mi carrera como es el poder ayudar a muchas personas.

A mis amigos de toda la carrera con quienes compartí muchos momentos de alegría y tristeza y sobre todo que nos apoyamos mutuamente en nuestra etapa de formación profesional.

Resumen

El presente trabajo tiene el objetivo de analizar la influencia de las habilidades parentales en niños de 7 a 10 años diagnósticos de TDAH, mediante la aplicación del test CUIDA, con la finalidad de identificar y fortalecer las características parentales que influencien positivamente en el comportamiento de los niños diagnosticados.

Este estudio es de carácter cuantitativo porque se aplicó a 15 progenitores escogidos aleatoriamente el cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores, que evalúa la capacidad de un individuo para el cuidado adecuado de una persona en situación de dependencia. El cual está constituido por 14 variables de personalidad y 4 puntuaciones de segundo orden.

Los resultados dieron a conocer que existe una asociación entre las características parentales negativas y los síntomas de TDAH en la muestra participante, sin embargo, para reforzar este hallazgo se recomienda en futuras investigaciones ampliar la muestra e incorporar otro tipo de medidas de funcionamiento parental y familiar; además, que se impulsen psicoterapias a los progenitores de niños con TDAH de 7 a 10 años para que cuenten con herramientas que les permita favorecer el desarrollo emocional y conductual de sus hijos y de ellos mismos.

Palabras claves: Dinámica parental, niños con TDAH, cuidado responsable, cuidado afectivo, sensibilidad, agresividad.

Abstract

The aim of this study is to analyze the influence of parental characteristics in children aged 7 to 10 years diagnosing ADHD, by applying the CUIDA test, in order to identify and strengthen the parental characteristics that positively influence the behavior of the children diagnosed. This study was quantitative because 15 selected parents were randomly applied to the questionnaire for the evaluation of adopters, caregivers, tutors and mediators, which evaluates the capacity of an individual for the adequate care of a person in a situation of dependency. Which is constituted by 14 personality variables and 4 second order scores.

The results revealed that there is an association between the characteristics of a negative parent and the symptoms of ADHD in the participant sample. However, in order to reinforce this finding, future research is recommended to expand the sample and incorporate other types of measures of family parental functioning. , encourage psychotherapies for the parents of children with ADHD from 7 to 10 years so that they have tools that allow them to favor their children and emotional and behavioral development of their own.

Keywords: Parental dynamics, children with ADHD, responsible care, affective care, sensitivity, aggressiveness.

ÍNDICE

Declaración juramentada de autores.....i

Mercedes Stefania Hidalgo Mendoza.....i

Dedicatoria iii

Agradecimientos.....iv

Resumen v

Palabras claves: Dinámica parental, niños con TDAH, cuidado responsable, cuidado afectivo, sensibilidad, agresividad.....v

Abstract.....vi

ÍNDICE.....vii

ÍNDICE DE TABLAS.....xi

ÍNDICE DE FIGURAS xiii

CAPÍTULO I.....1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....1

1.1. Planteamiento del problema.....1

1.1.2. Diagnóstico del problema.....2

1.1.3. Pronóstico.....4

1.1.4. Control del pronóstico.....5

1.1.5. Formulación del problema.....5

1.1.6. Sistematización del Problema.....5

1.1.7. Objetivo General 6

1.1.8. Objetivos Específicos 6

1.1.9. Justificación 6

1.2. Marco teórico 7

1.2.1. La niñez 7

1.2.1.1. Derechos de los niños 10

1.2.2. La familia 11

1.2.3. Funciones de la familia 12

1.2.4. Tipos de familia 13

1.2.5. Dinámica familiar 15

1.2.5.1. Estilos de crianza 17

1.2.5.2. Dinámica parental 18

1.2.5.3. Características y habilidades parentales 20

1.2.6. Trastorno por Déficit y Atención e Hiperactividad (TDAH) 22

1.2.6.1. Reseña histórica 23

1.2.6.2. Posibles causas del TDAH 24

1.2.6.3. Contexto familiar de niños diagnosticados con TDAH 26

1.3. Estado actual sobre el conocimiento del tema 27

1.4. Adopción de una perspectiva teórica 28

1.5. Marco conceptual 29

1.6. Hipótesis 31

1.7. Señalamiento de variables 31

CAPITULO II....32

MÉTODO....32

2.1. Tipo de estudio....32

2.2. Modalidad de investigación....32

2.3. Población y Muestra....32

2.4. Categorización de la población....33

2. 5. Selección de Instrumentos de Investigación....33

2.6. Validez y Confiabilidad de los Instrumentos....34

2.7. Operacionalización de variables....34

2.8. Procesamiento de datos....35

CAPÍTULO III....36

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS....36

3.1. Levantamiento de datos....36

3.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados....38

3.2.1. Características sociodemográficas....38

3.2.2. Resultados de los factores de segundo orden....41

3.2.3. Resultados de la deseabilidad social....45

3.2.3. Cruce de variables edad-cuidado responsable....47

3.2.4. Cruce de variables edad-agresividad....50

3.2.5. Cruce de variables sexo-cuidado responsable....51

3.2.6. Cruce de variables tipo de familia-cuidado responsable....55

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN 60

5.1. Discusión 60

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 64

5.1. Conclusiones 64

5.2. Recomendaciones 65

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 66

ANEXOS 71

Anexo 1. Formato de Consentimiento Informado 71

CONSENTIMIENTO INFORMADO 71

Anexo 2. Hojas de resultados emitidas por la plataforma virtual CUIDA 72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de Variables....34

Tabla 2 Correspondencia entre puntuaciones eneatipo y niveles cualitativos establecidos en el CUIDA....37

Tabla 3 Edad de los encuestados....38

Tabla 4 Sexo de los encuestados....39

Tabla 5 Tipo de familia....40

Tabla 6 Cuidado responsable....41

Tabla 7 Cuidado afectivo....42

Tabla 8 Sensibilidad hacia los demás....43

Tabla 9 Agresividad....44

Tabla 10 Deseabilidad social....45

Tabla 11 Índice de inconsistencia....46

Tabla 12 Tabla de contingencia edad-cuidado responsable....47

Tabla 13 Tabla de contingencia edad-cuidado afectivo....48

Tabla 14 Tabla de contingencia edad-sensibilidad hacia los demás....49

Tabla 15 Tabla de contingencia edad-agresividad....50

Tabla 16 Tabla de contingencia sexo-cuidado responsable....51

Tabla 17 Tabla de contingencia sexo-cuidado afectivo....52

Tabla 18 Tabla de contingencia sexo-sensibilidad hacia los demás....53

Tabla 19 Tabla de contingencia sexo-agresividad....54

Tabla 20 Tabla de contingencia tipo de familia-cuidado responsable 55

Tabla 21 Tabla de contingencia tipo de familia-cuidado afectivo 56

Tabla 22 Tabla de contingencia tipo de familia-sensibilidad hacia los demás.....57

Tabla 23 Tabla de contingencia tipo de familia-agresividad.....58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Factores de segundo orden que integran a los factores de primer orden. 37

Figura 2 Edad de los encuestados.....38

Figura 3 Sexo de los encuestados.....39

Figura 4 Tipo de familia.....40

Figura 5 Cuidado responsable. 41

Figura 6 Cuidado afectivo. 42

Figura 7 Sensibilidad hacia los demás.....43

Figura 8 Agresividad. 44

Figura 9 Deseabilidad social. 45

Figura 10 Índice de inconsistencia. 46

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más comunes en la infancia. Este trastorno afecta considerablemente el desarrollo de los infantes, se caracteriza por síntomas generalizados, que incluyen la falta de atención, hiperactividad e impulsividad que se producen antes de los siete años (Hidalgo & Soutullo, 2014).

En los últimos años, el TDAH ha sido motivo de diversas investigaciones debido a que afecta todos los aspectos de la vida del niño diagnosticado con este trastorno; además, es una condición que tiene importancia en el ámbito escolar. Es precisamente en este contexto en el que se descubren conductas disruptivas en los niños, por los elementos de impulsividad e hiperactividad que se presentan, lo que, afecta el desarrollo del aprendizaje en la escolarización (Rivera, 2013).

No existe una causa específica que origine el TDAH y las características de sus síntomas. En este sentido, se distinguen como factores desencadenantes o agravantes, los de origen genético, neuroquímicos y psicosociales-ambientales (Soutullo & Díez, 2007). Dentro de estos últimos se consideran los cambios que han ocurrido en las familias en los últimos años, producto del desarrollo económico y social en el que se han visto envueltas, dando como resultado menos tiempo en la convivencia familiar, falta de normas, reglas, roles y límites claros (Eguiluz, 2003). Al respecto, Minuchin (1983) hacía referencia a la importancia del sistema familiar y consideraba que la jerarquía parental

era indispensable para generar un cálido ambiente familiar que permitiera un adecuado funcionamiento de la misma.

En este sentido, los padres son los primeros agentes de educación y cuando estos no cumplen los roles de manera óptima no existe una correcta adaptación a la exigencia de su entorno, afectando de esta forma al desarrollo integral de sus miembros y es aquí donde según Gallego (2011) se podría presentar un problema en el sistema parental, debido a las características o habilidades parentales idóneas, producto de las presiones laborales y la modificación que ha sufrido la familia, dando como resultado una dificultad en el apego entre sus miembros, generando malestar y conflictos entre ellos que pueden ir profundizándose, dificultando la posibilidad de enmendar el problema.

Cuando los padres no establecen responsabilidades específicas, se toman decisiones aisladas y se dificulta la creación de normas que favorezcan contar con un ambiente familiar que beneficie el desarrollo de sus miembros (González, Bakker, & Rubiales, 2014).

Por lo expuesto en los párrafos anteriores, el propósito de este estudio se basa en el análisis de la influencia de las habilidades parentales en niños de 7 a 10 años con diagnósticos de TDAH, mediante la aplicación del test para evaluaciones de adoptante, cuidadores, tutores y mediadores (CUIDA), con la finalidad de identificar y fortalecer las características parentales.

1.1.2. Diagnóstico del problema

El DSM-V (Manual de Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, quinta edición) (2013) y el CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS) (2007) dentro de sus sistemas de

diagnóstico definen al TDAH como un determinado grado de déficit de atención y/o hiperactividad-impulsividad desadaptativa que puede llegar afectar distintos aspectos del niño (American Psychiatric Association, 2014).

El TDAH es el trastorno neuropsiquiátrico más común en la población pediátrica, ocupando un límite entre 3 y 7%, en Latinoamérica se considera un problema de salud pública, que afecta aproximadamente a 36 millones de personas (Barragán, 2007). En el Ecuador, de acuerdo a un informe presentado por el Ministerio de Educación, se registraron 7.918 estudiantes con este trastorno en los establecimientos públicos, quienes reciben clases con sus compañeros, pero con adaptaciones curriculares (El Comercio, 2017)

Además, Barragán (2007) estima que el TDAH afecta al 5 - 10% de la población en edad escolar. Sin embargo, este índice puede variar según la forma y herramientas que se utilicen para evaluarlo; las escalas diagnosticas usadas, las personas que le provean la información (padres, profesores); y características socio-culturales de la población.

Al respecto, se propone que la evaluación de un niño para ser diagnosticado con TDAH, requiere de diferentes métodos de evaluación y de diferentes fuentes informativas que en su acumulado puedan aportar información sobre los distintos aspectos comportamentales y de funcionamiento del niño a través de diferentes situaciones (Garza & Barragán, 2006).

Con estos antecedentes, el interés por la temática surgió gracias a la observación obtenida dentro de las prácticas pre profesionales, en donde se prestó atención a niños diagnosticados con TDAH, por este motivo, se amplió el conocimiento sobre este trastorno, cuya problemática principal se presume no era su conducta, sino las características parentales que posiblemente influían en los niños.

Cabe mencionar que, debido a los datos epidemiológicos mencionados en párrafos anteriores y las investigaciones realizadas sobre esta problemática, este estudio es importante porque permitirá ampliar el conocimiento que existe sobre el tema, al relacionar las características de la dinámica parental con los niños diagnosticados con TDAH.

Además, es pertinente señalar que durante la búsqueda de información acerca de la influencia de la dinámica parental en conductas relacionadas al TDAH se analizaron estudios relevantes, como el de los autores Hidalgo y Soutullo (2014) "Trastorno por Déficit y Atención e Hiperactividad"; Rivera (2013) "Etiología del TDAH y características asociadas en la infancia y niñez"; entre otros, que se han aplicado en diferentes países, sin embargo dentro del contexto ecuatoriano, no se han observado investigaciones que ahonden esta problemática, por lo que esta investigación enfatiza en los múltiples efectos que la misma conlleva.

En los estudios mencionados de Hidalgo, Soutullo (2014) y Rivera (2013) concluyen que el TDAH presenta un cuadro de gran impacto en la sociedad, porque produce gastos económicos, estrés en la familia, problemas educativos y vocacionales; además, de baja autoestima en quienes lo padecen. No obstante, su etiología no es completamente clara, al parecer existe un evidente trastorno multifactorial que tiene base biológica cerebral y predisposición genética que se acentúa por factores ambientales.

1.1.3. Pronóstico

En caso de no realizarse este estudio, las familias pueden verse afectadas si no se determinan aquellos factores que inciden en el desarrollo de niños con TDAH, porque los infantes con cuidadores primarios que mantienen habilidades parentales adecuadas,

presentan menos posibilidades de presentar dificultad para prestar atención o controlar conductas impulsivas.

En este sentido, para que los niños diagnosticados con TDAH tengan más posibilidades de mejorar su condición, es indispensable proveer recomendaciones psicoeducativas a los padres sobre los resultados obtenidos durante esta investigación, para mejorar la dinámica familiar.

1.1.4. Control del pronóstico

Los resultados de este estudio darán a conocer las características parentales de los niños diagnosticados con TDAH, procurando con los resultados influenciar en la dinámica familiar y así afectar positivamente en el comportamiento de los niños diagnosticados con este trastorno.

1.1.5. Formulación del problema

¿Cómo influye la dinámica parental en niños de 7 a 10 años diagnosticados con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad?

1.1.6. Sistematización del Problema

- ¿De qué manera influye la familia en los niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad?
- ¿Qué características de la dinámica familiar sobresalen en familias con niños diagnosticados con TDAH?

- ¿Qué instrumento se puede utilizar para medir las características parentales en los cuidadores de niños de 7 a 10 años de edad que son diagnosticados con TDAH?
- ¿Cuáles son las principales características parentales existentes en las familias con niños diagnosticados con TDAH?

1.1.7. Objetivo General

Analizar la influencia de las características parentales en niños de 7 a 10 años diagnósticos de TDAH, mediante la aplicación del test CUIDA, con la finalidad de identificar y fortalecer las características parentales que influencien positivamente en el comportamiento de los niños diagnosticados.

1.1.8. Objetivos Específicos

- Analizar las características de la dinámica familiar de niños diagnosticados con TDAH a través de una revisión de fuentes secundarias de la información.
- Medir características parentales en los cuidadores de niños de 7 a 10 años que son diagnosticados con TDAH, mediante la aplicación del test CUIDA.
- Describir las características parentales de los niños diagnosticados con TDAH con el fin de emitir recomendaciones que influencien positivamente en el comportamiento de los niños diagnosticados con este trastorno.

1.1.9. Justificación

Esta investigación se justifica por la importancia que tiene dar a conocer características parentales que podrían influenciar en las conductas de niños

diagnosticados con TDAH, considerando que la falta de atención y en algunos casos la relación inadecuada del sistema parental, son factores que afectan el desarrollo emocional, psicológico y social del niño, por esta razón, tomando en cuenta otras investigaciones y estudios acerca de esta problemática, en este estudio en particular se describen las posibles causas que influyen en el comportamiento de niños diagnosticados con TDAH.

1.2. Marco teórico

1.2.1. La niñez

Según Aries y Plumb la niñez ha tenido diversas modificaciones por lo que a lo largo de la historia el término ha variado mucho. En la época de la edad media los niños, se consideraban hasta los seis y siete años de edad, una vez pasada esta edad eran considerados como adultos pequeños que tenían responsabilidades y actividades similares a las de las personas adultas (Craig, Baucum, & Don, 2009).

Por otra parte, también puede mencionarse que la infancia es el intervalo de edad que va desde el nacimiento hasta la adolescencia. Según la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget, la infancia consta de dos etapas: etapa pre operacional y etapa operativa concreta. En la psicología del desarrollo, la infancia se divide en las etapas de desarrollo de la niñez (aprender a caminar), la primera infancia (edad de juego), la infancia media (edad escolar) y la adolescencia. Varios factores de la infancia podrían afectar la formación de actitud de una persona (Craig, Baucum, & Don, 2009).

El concepto de infancia surgió durante los siglos XVII y XVIII, en particular a través de las teorías educativas del filósofo John Locke y el crecimiento de libros para y sobre

los niños. Antes de este punto, los niños a menudo eran vistos como versiones incompletas de los adultos.

Según Mansilla (2000) la niñez es considerada como una etapa del desarrollo humano que empieza desde la concepción hasta la adolescencia. Siendo la etapa más importante, ya que el individuo aprende habilidades y características fundamentales para el desarrollo tales como: control de esfínteres, razonamiento, lenguaje y valores que permiten desempeñarse y adaptarse en la sociedad.

Después de este recorrido de conceptos sobre la niñez, en el presente estudio se comprende a esta como la define Piaget: "El niño es visto como un ser natural que se desarrolla y aprende según la etapa de desarrollo en la que se encuentra, es decir, que la infancia se observa más como un proceso natural que como uno social" (Ramírez & Donoso, 2007, p. 9).

Al respecto, se puede decir que durante esta etapa el niño comienza a hablar o a tomar medidas de forma más autónoma e independiente de la asistencia de los padres para las necesidades básicas. Este comportamiento puede continuar aproximadamente hasta los seis años. Por ende, los niños están aprendiendo a través de la observación, la experimentación y la comunicación con los demás. Los adultos supervisan y apoyan el proceso de desarrollo del niño, que luego conducirá a la autonomía de éste. También durante este ciclo, se crea un fuerte vínculo emocional entre el niño y los proveedores de cuidados. Los niños también comienzan su vida social al interactuar con otros niños ya que inicia su etapa de educación preescolar o inicial.

Craig y Baucum (2009), mencionan lo siguiente:

> Existen importantes etapas y edades en el desarrollo humano correspondientes del ciclo vital. La etapa prenatal consiste desde la concepción hasta el nacimiento; la etapa infantil va desde el nacimiento hasta los dieciocho y veinticuatro meses de edad; la etapa preescolar es considerada desde los dos a seis años de edad; la etapa de la niñez

> media es de seis a doce años de edad aproximadamente; la etapa de adolescencia es desde los doce años a los veintiún años de edad; la etapa de juventud o adultez temprana es considerada aproximadamente de dieciocho a cuarenta años de edad; la etapa llamada madurez o adultez media reside desde los cuarenta hasta los sesenta y sesenta y cinco aproximadamente; mientras que la etapa de madurez o vejez tardía es desde los sesenta a sesenta cinco hasta la muerte. (p.5)

En este sentido, después de los seis años de edad cuando el niño supera la etapa preescolar, comienza a vivir la infancia media, la cual aparece alrededor de los siete años, aproximándose a la edad de la escuela primaria. Ésta luego termina con la aparición de la pubertad (entre los 12 o 13 años), lo que generalmente marca el comienzo de la adolescencia.

Es precisamente durante el periodo de la infancia media, que los niños se desarrollan social y cognitivamente. Se encuentran en una etapa en la que hacen nuevos amigos y adquieren nuevas habilidades, lo que les permitirá ser más independientes y mejorar su individualidad. En esta etapa, los niños son escolarizados y se les presenta nuevos desafíos ya que se relacionan a un entorno totalmente diferente al que están acostumbrados, es en el periodo escolar en donde salen a la luz las primeras conductas que podrían estar relacionadas a algunos trastornos psicológicos como lo son: autismo, dislexia, discalculia y TDAH, entre otros (Craig, Baucum, & Don, 2009).

Según UNICEF (2014):

> la niñez y adolescencia son la base fundamental de la sociedad (…) por lo que, no solo son importantes las habilidades básicas, sino más bien aquellas que son requeridas por la sociedad, consideradas como un capital humano, social y cultural para la formación de valores. (p. 2)

Es por ello que esta institución durante largo periodo ha trabajado por los derechos de los niños, niñas y adolescentes para una mejor calidad de vida dentro del bienestar físico y metal.

En definitiva, es indispensable que se reconozca la importancia de la intervención durante la etapa de la niñez, considerando que pertenecen a un grupo vulnerable y que toda intervención es una prevención que favorece al desarrollo de sus potencialidades, asegurando de esta forma que los niños con TDAH sean integrados para que formen parte del mundo sin ser considerados estudiantes especiales.

1.2.1.1.Derechos de los niños

En el año 1959 la Organización de Naciones Unidas aprobaron la Declaración de los Derechos del Niño con la finalidad de reconocer los principios esenciales que garantizan el bienestar y el desarrollo de los infantes y adolescentes. Esta declaración 30 años después se convirtió en la Convención sobre los Derechos del Niño y a partir de 1990, 192 países ratificaron su apoyo a los principios establecidos. Así, se reconocen los siguientes derechos:

> 1.Derecho a la igualdad, sin distinción de raza, religión o nacionalidad. 2. Derecho a una protección especial para que puedan crecer física, mental y socialmente sanos y libres. 3. Derecho a tener un nombre y una nacionalidad. 4. Derecho a una alimentación, vivienda y atención médica adecuadas. 5. Derecho a educación y atenciones especiales para los niños y niñas con discapacidad. 6. Derecho a comprensión y amor por parte de las familias y de la sociedad. 7. Derecho a una educación gratuita. Derecho a divertirse y jugar. 8. Derecho a atención y ayuda preferentes en caso de peligro. 9. Derecho a ser protegido contra el abandono y el trabajo infantil. 10. Derecho a recibir una educación que fomente la solidaridad, la amistad y la justicia entre todo el mundo. (UNICEF, 2014, pp. 2-11)

Los derechos de los niños, niñas y adolescentes se fundamentan en los derechos humanos que comprometen a los gobiernos de los diferentes países a promover políticas públicas dirigidas a proteger a los grupos vulnerables, dentro de los cuales se encuentran los infantes. Los derechos promulgados por Convención sobre los Derechos del Niño se

enmarcan en principios de equidad y solidaridad, sin importar su raza, condición socio económica o sexual.

Al respecto, el Código de la Niñez y Adolescencia (2002) en el Ecuador establece que los niños, niñas y adolescentes, sin importar su nacionalidad, etnia, sexo, cultura, color, origen, idioma, religión, filiación, opinión política, situación económica, orientación sexual, estado de salud, discapacidad, tienen derecho: a la vida, a conocer a sus progenitores y a mantener relación con ellos, a tener una familia y a la convivencia familiar, a la protección prenatal, a la lactancia materna, a la atención en el embarazo y el parto, a la salud, a vivir en un ambiente sano, a tener una identidad cultural, a la educación, a la información, a la recreación y descanso, entre otros.

Además, en esta normativa se establecen las obligaciones del Estado y de los progenitores para cumplir y hacer cumplir los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el país.

1.2.2. La familia

Sobre el término familia Gomes (2001) señala que:

> En su sentido más restringido se refiere al núcleo familiar elemental. En su sentido más amplio, el término designa el grupo de individuos vinculados entre sí por lazos consanguíneos, consensuales o jurídicos, que constituyen complejas redes de parentesco actualizadas de manera episódica a través del intercambio, la cooperación y la solidaridad (p. 27).

Es decir, que la familia es el grupo de personas que se encuentran unidas por parentesco o legalmente que viven juntas y se proyectan en la vida, trazándose metas comunes. Es el núcleo de la sociedad que contribuye al desarrollo integral de los individuos.

Según, Espimal, Gimeno y Gonzales (2019) la familia es reconocida como un grupo de personas interdependientes que están en constante movimiento, regulada por reglas, y roles definidos para formar funciones entre ellos y con el ambiente exterior como lo es la sociedad. Así mismo reseñan que la familia puede estar unida por un vínculo consanguíneo o de adopción, en la que establecen sus necesidades elementales más básicas con necesidad de protección, cuidado, amor, alimentación entre otras.

Es así que, desde el enfoque sistémico se percibe a la familia como un ente social regularizador, constructivo e imponente de identidad cultural y social en la vida de las personas que conforman ese sistema. Al mismo tiempo la familia, proporciona un vínculo emocional, y de apego entre sus miembros, formando una dinámica familiar estructural en la que fomenta estabilidad emocional, social y económica, constituyendo un subsistema de organización social (Feixas, Muñoz, Compañ, & Montesano, 2016).

1.2.3. Funciones de la familia

Según Salvador (2010) las funciones de la familia y en específico de los padres se relacionan con diferentes aspectos como la protección y la provisión. En este sentido, Minuchin (1982) describió a la familia como el grupo natural que genera ejemplos de interacción que se adecuan a los cambios existentes en la sociedad, es decir, que no es una entidad estática, sino que está en permanente cambio, tal cual sucede con los contextos sociales. La familia es un sistema abierto en el cual todos sus miembros se relacionan, por lo que, la conducta de cada uno afecta a los demás.

A criterio de Minuchin (1982) la familia se subdivide en sub sistemas que se agrupan de acuerdo a la relación que mantienen sus miembros entre sí. Así se destacan las

relaciones simétricas, en las que actúan de forma igualitaria (entre hermanos o esposo-esposa); complementarias, en la que existe asimetría en la relación (madre-hijo);

A estas funciones se suma lo señalado por la UNICEF (2014) quien enfatiza que la familia tiene el objetivo de promover la capacidad de resiliencia para afrontar situaciones adversas de la cotidianidad. Lo que indica que la familia (padre, madre, hijos) se reconoce como un ente social que tiene la capacidad de incentivar en sus miembros el desarrollo de la capacidad de afrontar circunstancias adversas que se presenten en su vida, lo que resulta fundamental para el desarrollo de cada uno de sus integrantes.

Según Linares (2006) la familia no tiene la única obligación de proteger y proveer, también, debe propiciar un ambiente cálido en el cual cada uno de sus miembros se sienta apoyado y amado, para lo cual, es fundamental que exista una relación de compromiso emocional que genere vínculos afectivos. Asimismo, es indispensable que estimule al desarrollo de diferentes habilidades que contribuyan a los hijos a adaptarse al mundo en el que vive y afrontar los desafíos que se les presenten. Finalmente, los padres deben tomar decisiones que faciliten el acceso a la educación formal de sus hijos.

En definitiva, es pertinente reflexionar sobre la importancia que tiene la promoción de entornos familiares que protejan a los niños, fortifiquen lazos familiares y desarrollen una convivencia armónica dirigida a respetar a todos sus miembros, reconociendo que la principal función de la familia es proteger a los niños, porque esto permitirá que se desarrollen plenamente.

1.2.4. Tipos de familia

Según Pick, Ginaudan, Troncoso y Tenorio (2012) existen diferentes formas de establecer las estructuras familiares, dentro de las cuales se identifican por la

composición doméstica o la forma en que se agrupan los miembros bajo el mismo techo. Dentro de esta clasificación se destacan:

- Las familias nucleares que están constituidas por dos generaciones (padre y/o madre e hijos).
- La familia extensa que se integra por lo menos por tres generaciones, en la cual viven varias parejas con sus respectivos hijos.
- La familia nuclear extendida, en la cual un pariente del padre o la madre vive con ellos y sus hijos.
- La familia monoparental, que está formada por el padre o la madre con sus hijos.
- La familia en la cual la pareja se separa y se casa por segunda vez, en la cual los hijos tienen dos hogares (el del padre y el de la madre) (Pick & Ginaudan, 2012).

A esta clasificación se une la establecida por Minuchin (1982) quien señaló que existen cuatro tipos de grupos familiares, considerando que una misma familia puede poseer características de más de un tipo, como se presenta a continuación:

- Familias aglutinadas, en las que se privilegian los lazos afectivos y existe dificultad para la individualización.
- Familias uniformadas, en las que existe la tendencia de la individualización, no existe mucha comunicación con los hijos.
- Familia aislada, en la que predominan la individualización, cada miembro hace su vida.
- Familias integradas, reconocidas como estables y flexibles. Sus miembros son capaces de afrontar los problemas que se presenten, sus relaciones se basan en el dialogo y cada miembro es importante en el funcionamiento del grupo.

1.2.5. Dinámica familiar

A criterio de Eguiluz (2003), la familia es un sistema abierto que está en constante movimiento compuesto por distintos subsistemas, que pueden influir o ser influenciados por los mismos. Este sistema está conformado por subsistemas, dentro de los cuales Minuchin (1982) señala que sobresalen: el personal, conyugal, parental y fraternal. Cada uno de estos se distingue por la forma que tienen de proteger, socializar y acomodarse cada miembro en el ámbito social. Según este autor:

- En el subsistema personal se involucran los aspectos socio histórico que influye en la formación de la personalidad del sujeto, sin embargo, de que esté en constante evolución de acuerdo a la interacción que mantiene con el entorno (Minuchin, 1982).
- El subsistema conyugal está formado por dos personas que acuerdan comprometerse para formar una familia, para lo cual, es indispensable que los dos se complementen y se acomoden mutuamente, así podrán desarrollar empatía y sentido de pertenencia, para llegar a acuerdos que beneficien a toda la familia. La concepción de la pareja en el matrimonio es considerada el primer constructor de la base llamada familia (Minuchin, 1982).
- Debido a la formación de esta alianza matrimonial surge el subsistema parental, que se traduce en las relaciones afectivas y comunicativas entre madres, padres e hijo consideradas como base fundamental para el desarrollo de los niños en su concepción. Inicia en el momento que llega el primer hijo, en el cual, se desarrollan actividades de socialización que incluyen al hijo sin renunciar al apoyo mutuo alcanzado por la pareja. Es preciso establecer la unidad familiar y de los cónyuges con un nuevo integrante. Además, se definen las necesidades de

desarrollo de los infantes para lo que, se delimita la línea de autoridad y las reglas que norman la conducta en el hogar, en función de guiar y controlar a los hijos facilitando y asegurando su pleno desarrollo (Minuchin, 1982).

- Subsistema fraternal, en el que, se producen las primeras interacciones entre pares, tanto niños como niñas aprenden lo que es la negociación, la cooperación y la competencia, al distribuir responsabilidades que dan autoridad a los hijos mayores sobre los menores. Además, es considerado como un laboratorio social porque se establece la primera relación entre sus iguales donde experimentan la sensación de logros, fracasos y amistad ya que de esta forma se reconoce sus habilidades. En aquellas familias que existen hijos únicos se manifiestan conductas producto de la acomodación de los niños con el mundo de los adultos, lo que les dificulta el desarrollo de las habilidades mencionadas (Minuchin, 1982).

Para Carter y Mc Goldrick (1981;1989), citados por Eguiluz (2003) es importante la transformación cíclica del sistema familiar, ya que por medio de estas etapas evolutivas donde se forman cambios que van requiriendo modificaciones en las reglas que son de relación del sistema. De igual manera, mencionan que existen etapas dentro del ciclo vital importantes para el entendimiento de la estructura familiar como lo es el noviazgo donde es el primer paso para la trasformación de un individuo y el comienzo de un sistema familiar; siguiendo la alianza matrimonial, donde por medio de ella se crea un sistema nuclear comprendido en primer lugar por la pareja, dándole luego un espacio a la llegada de los hijos y su crianza, hasta su partida. Y finalmente, se encuentra la etapa de la muerte de uno de los que forman la pareja.

1.2.5.1. Estilos de crianza

De este ciclo vital de transformación se da mayor énfasis al ciclo de la crianza de los hijos, por lo que, es precisamente ahí en donde se encuentran diferentes estilos o características de educación parental que los padres desarrollan, dentro de las cuales se cuentan:

- El estilo educativo inductivo, en el que se da mayor impulso a la comunicación, la demostración de afecto y razonamiento sobre la imposición de castigos. Es característica de padres con autoestima positiva, asertivos, capaces de resolver problemas, equilibradas, empáticas, flexibles, reflexivas, tolerantes ante la frustración y con la capacidad de establecer vínculos afectivos seguros.
- El estilo educativo permisivo que se caracteriza porque los padres cuentan con una autoestima baja, son poco asertivos y tienen dificultades para resolver problemas, son muy flexibles y ofrecen a sus hijos un apego inseguro.
- El estilo educativo sobreprotector, en el cual los padres se muestran poco abiertos y empáticos, son dependientes, escasamente flexibles y tienen dificultades para establecer vínculos afectivos seguros.
- El estilo rígido, en el cual los padres tienen baja tolerancia, están frustrados, son excesivamente exigentes; para ellos el afecto no es lo más importante, por lo que se generan deficientes vínculos afectivos (Bermejo & otros, 2014).

Según los Bermejo y otros, los modelos actuales de socialización exigen que los padres sean flexibles en el estilo que utilizan para educar a sus hijos, porque estos deben adecuarse a las características de los infantes, a la etapa de desarrollo y a las diversas situaciones particulares que se presenten.

1.2.5.2. Dinámica parental

Según Gallego (2011):

> La modernidad ha generado transformaciones en la dinámica interna familiar, debido a que ésta le ha facilitado a la mujer ingresar al mercado laboral, la planificación familiar, la preparación académica y la reconciliación con su yo mujer. Las nuevas caras y facetas de la mujer en el contexto social han suscitado modificaciones significativas en la dinámica familiar, debido a que la responsabilidad del hogar ya no es sólo asunto del género femenino, sino que al hombre le ha tocado empezar a compartir con la mujer la responsabilidad tanto económica como la distribución de las tareas hogareñas (cocinar, lavar, criar a los hijos, entre otros). (p. 328)

Por lo cual, es preciso abordar la dinámica familiar aplicada a la parental desde el análisis de sus características que incluyen la forma de comunicarse, la autoridad, los roles y el afecto. Dentro de la comunicación existen diferentes tipos que afectan a la familia. Así, Gallego (2011) señala cuatro:

1. Bloqueada, caracterizada por poco diálogo e intercambio entre los miembros de la familia. No existen vínculos afectivos profundos.
2. Dañada, porque sobresalen los reproches, sátiras, insultos, críticas destructivas y silencios prolongados, lo que indica que es existe una dinámica familiar débil.
3. Desplazada, en la que los integrantes de la familia recurren a la mediación de un tercero para solucionar los problemas existentes, lo que es un indicativo de que existe una distancia afectiva.
4. Directa, es clara en acuerdos y desacuerdos, coherente entre lo que se dice y se actúa, además, es integrativa, abierta, constructiva y dialógica. Genera unión familiar pese a que existan disconformidades y tensión.

En cuanto a afecto, este se reconoce como la piedra angular de las relaciones familiares, al considerar que:

> el intercambio afectivo, es una de las interacciones más importantes en la vida del ser humano, debido a que el sentirse amado, respetado y reconocido potencia la satisfacción personal y el desarrollo humano al interior del grupo familiar; así mismo, el afecto es clave para comprender la dinámica familiar. En coherencia con las ideas expresadas, los niños desean ser amados, reconocidos y visibilizados, para ello actúan de acuerdo a los deseos de los adultos significativos, es decir, sus comportamientos los enfocan a satisfacer las exigencias y demandas del adulto con el fin de no perder su cariño. (Gallego, 2011, p. 335)

Del afecto que reciban los niños dependerá en gran medida su comportamiento, por lo que, es indispensable que se sientan queridos, protegidos, cuidados, seguros (Eguiluz, 2003).

En cuanto a autoridad familiar, está vinculado con los principios de protección y cuidado que asumen los progenitores sobre los hijos. Según Muñoz, Gómez y Santamaría (2008) la dinámica familiar ha cambiado, también, existen responsabilidades específicas para cada progenitor, las decisiones se toman en consenso para definir normas que contribuyan a mantener un ambiente familiar adecuado en beneficio de sus integrantes.

Es habitual que los padres que tienen un hijo diagnosticado con TDAH, muestren reacciones de sorpresa e inestabilidad. La calidad del ambiente familiar y la interacción van a influenciar en el desarrollo de diversas psicopatologías de la niñez. La familia origina un convenio social y emocional que se expresará durante toda la vida, por consiguiente, es ideal una buena comunicación familiar para el bienestar del sistema en especial de los niños.

Virginia Satir (2007), define a la comunicación como un “inmenso paraguas que abarca y afecta todo lo que ocurre entre los seres humanos” el proceso de dar y recibir información; para que exista una adecuada comunicación es necesario para que los individuos aprendan a obtener y recibir información que requieren de los otros; este

elemento comunicacional es el más importante porque depende de esto para una adecuada relación con el mundo.

Siguiendo con la línea de Satir (2007) "cada bebé que llega al mundo no tiene experiencia en la interacción con los otros, ni de relación con el mundo" (p. 72), es así que estos seres maravillosos se van formando a orden y semejanza de su primer vínculo social, sus padres; es por ello que poder relacionarse y comunicarse con claridad facilitará una adecuada autoestima en ellos.

1.2.5.3. Características y habilidades parentales

Según López y Martín (2009) las competencias parentales se definen como el conjunto de capacidades que permiten a los progenitores afrontar de forma flexible la tarea trascendente de ser padres, de acuerdo a las necesidades de desarrollo y educativas de los hijos, bajo patrones considerados como aceptables por la sociedad y aprovechando todas las oportunidades existentes en el medio para desenvolver tales capacidades.

Sin embargo, las competencias parentales "son el resultado de un ajuste entre las condiciones psicosociales en las que vive la familia, el escenario educativo que los padres o cuidadores han construido para realizar su tarea vital y las características del menor" (López & Martín, 2009, pág. 115).

Según Belsky (2014) la relación entre padres e hijos influye significativamente en el desarrollo del niño. Cuando las habilidades parentales son óptimas, inciden positivamente en la autoestima del hijo, en su desarrollo cognitivo y comportamental.

Al respecto, Estay, Jara y Mora (2009) señalan que las capacidades parentales están compuestas en base a la articulación de factores biológicos y hereditarios; así como, por la interacción con las experiencias vitales y el contexto sociocultural en el que se

desarrollan los progenitores. Dentro de estas, se destacan las habilidades que se relacionan con las funciones: nutriente, socializadora y educativa:

- La función nutriente, involucra las experiencias sensoriales y emocionales que favorecen la construcción de un apego seguro con los hijos y por otro la capacidad de percibir el hogar como un espacio seguro.
- La función socializadora está dirigida a fomentar la construcción de identidad en los hijos, para lo que, los padres deben desarrollar competencias adecuadas, al facilitar experiencias que sirvan como modelos de aprendizaje para que los hijos vivan de forma respetuosa, tolerante y armónica en la sociedad.
- La función educativa se relaciona con las herramientas culturales que tengan los padres para influenciar positivamente sobre sus hijos y en el compromiso que tengan por participar en su educación formal.

Para que los padres desarrollen habilidades parentales positivas que contribuyan al desarrollo integral de los hijos es indispensable que cuenten con la capacidad de apego (Belsky, 2014). "Esta capacidad se relaciona con los recursos emotivos, cognitivos y conductuales que tienen los padres para apegarse a los niños y responder a sus necesidades" (Estay, Jara, & Mora, 2009, p. 86).

También, es necesario que los progenitores desarrollen habilidades relacionadas con la empatía, que se vincula con la "capacidad de sintonizar con el mundo interno de los hijos, reconocer las manifestaciones emocionales y gestuales que denotan estados de ánimo y necesidades, lo que favorece el desarrollo de mecanismos de respuesta adecuados a las necesidades de los niños" (Estay, Jara, & Mora, 2009, p. 98).

En definitiva, según Sahuquillo, Ramos, Pérez y Camino (2016) los progenitores deben contar con competencias parentales que incluyan habilidades educativas, sociales y socio-cognitivas. Las primeras contribuyen la resolución de problemas, así como a

cuidar física y psicológicamente y a proveer seguridad y protección a los hijos. Las segundas incluyen la capacidad de resolver problemas interpersonales, tener empatía, ser asertivos y reconocer emociones. Las terceras, permiten contar con expectativas apropiadas, perspectivismo, complejidad cognitiva, autoeficacia. Además, se encuentran las habilidades de auto control y manejo del estrés.

1.2.6. Trastorno por Déficit y Atención e Hiperactividad (TDAH)

Según Hidalgo y Soutullo (2014) en la última década, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad con sus siglas (TDAH), ha sido de gran interés social debido a su prevalencia, cronicidad y fuerte impacto que se genera a nivel familiar, social y escolar. Es por ello, que en los últimos años este trastorno ha sido estudiado desde distintas disciplinas multimodales.

La primera descripción de este trastorno se dio en el año 1902 por el medico George Still, quien observó en un grupo de niños las mismas características tales como: problemas de atención, conductas impulsivas y agresivas, incapacidad de internalizar reglas y entre otras conductas inapropiadas socialmente. Para Still, estas sintomatologías eran fallos que determinaban una inadecuada interacción social, generada por un ambiente familiar desestructurado, mas no por una deficiencia intelectual. En relación a la problemática expuesta se puede observar que existió una perspectiva diferente a lo anteriormente mencionado.

Años más tarde, se crea el primer manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), en el cual el TDAH comenzó a tener un referente epidemiológico. Gracias a los diversos estudios de casos se enfatizó la sistematización de síntomas conductuales, lo que permitió generar categorías diagnósticas. Gracias al manual se logró

categorizar el problema de la hiperactividad y la impulsividad en niños, llamándolo reacción hipercinética infantil. Posteriormente, tanto el DSM y otros manuales como el CIE 10 fueron clasificando las alteraciones observadas del TDAH como parte de un cuadro clínico (Trujillo, Pineda, & Uribe, 2014).

Los elementos que caracterizan a los niños diagnosticados con TDAH incluyen que se muevan en momentos inadecuados, les cueste permanecer quietos cuando así se requiere, hablan en exceso, hacen ruidos constantemente, tienen dificultad para relajarse, cambian de actividad sin finalizar la anterior, no son constantes (De la Peña, Palacio, & Barragán, 2010). Estos elementos tienen un alto impacto nocivo en el desarrollo de las actividades cotidianas importante que realizan los niños con TDAH, por lo que resulta muy desadaptativo.

En resumen, el TDAH es una dificultad permanente para concentrarse en una tarea, la cual aqueja a millones de niños; a veces, continúa en la adultez. Este trastorno implica un conjunto de problemas persistentes, como un impedimento para mantener la atención, hiperactividad y conductas impulsivas. Es probable que los niños con TDAH, además tenga una autoestima baja, relaciones inseguras y un comportamiento insuficiente en la escuela.

1.2.6.1. Reseña histórica

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad, ha sido investigado por lo que se obtuvieron diversos aportes importantes y avances significativos. Según Isorna (2013) manifiesta que existen cinco etapas diferentes:

- La primera presentada desde 1748 hasta finales de 1950 la cual menciona que el trastorno se debe a una lesión cerebral a causa de consecuencia ambientales y orgánicas; posteriormente.
- La segunda etapa en el año 1950 hasta los años 1960, refiere al trastorno como una difusión cerebral mínima, debido que eran consideradas como personas con ideas confusas y desordenadas.
- La tercera surgió en 1970 y clasificó como un trastorno de conducta.
- En la cuarta, después de varias investigaciones aparece en el año de 1980 los manuales de criterios diagnostico DSM y CIE para dar una significativa y estadística aportación desde un punto de vista clínico.
- La quinta etapa en los años de 1990 se sigue una misma línea de investigación como es el manual de criterios diagnósticos, refiriendo a una época neuropsiquiatría y genética.

Estas etapas evolutivas del diagnóstico serán de gran aporte para esta investigación, ya que los niveles de estudios sobre el TDAH han presentado un gran avance multidisciplinario que serán importantes para la correlación entre los niños que lo padecen y su dinámica parental.

1.2.6.2. Posibles causas del TDAH

Las posibles causas del TDAH son genéticas, neuroquímicas y psicosociales.

- Factores genéticos. El riesgo de padecer este trastorno se multiplica 8,2 veces cuando el padre o madre está afectado, sin embargo, no es una regla general, solo existe una probabilidad mayor, como sucede con otras patologías de orden psiquiátrico (Soutullo & Díez, 2007).

- Factores neuroquímicos. Se relacionan con disfunciones comportamentales, cognitivas y emocionales, derivadas de una falla en el desarrollo de los circuitos cerebrales que provocan inconvenientes en el sistema ejecutivo del cerebro y los mecanismos de inhibición y autocontrol, alterando la capacidad para atender, planificar, organizar y regular el comportamiento (Soutullo & Díez, 2007).
- Factores psicosociales. Dentro de los que se incluyen factores prenatales que precipitan o contribuyen a la aparición del TDAH, relacionados con la madre en gestación (tabaquismo, estrés, ansiedad). Además, si bien la forma de crianza y educación que reciben los niños no se reconocen como el origen de este trastorno, sí pueden agravar los síntomas y su evolución en niños que ya lo presentan (Soutullo & Díez, 2007).

Schachar (2017) afirma que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) tiene una alta prevalencia durante la infancia alrededor del mundo. Refiere que, el trastorno es diagnosticado cuando el infante presenta síntomas que interfieren en diversos contextos sean escolares, familiares o sociales.

Rivera, Schachar, Soutullo y Díez coinciden que el trastorno de déficit de atención e hiperactividad es de condición genética y neuropsiquiatra, que se presenta en su mayoría en niños en edad escolar en niños menores de 7 años. No obstante, los factores psicosociales se consideran agravantes del trastorno, por lo que es pertinente que exista una intervención psicológica, educativa, y familiar, oportuna que mejore los síntomas.

No obstante, como sucede con varios desórdenes psiquiátricos, en torno al TDAH:

> existe una diversidad de enfoques o posturas con respecto a su supuesta etiología. En un externo del espectro, hay autores que niegan su existencia como trastorno de origen biológico y en el otro extremo se encuentran investigadores que sostienen que es una patología de origen genético con alta heredabilidad (…). Otros autores difieren, planteando que, las investigaciones realizadas avalan ampliamente la existencia de una significativa participación de factores genéticos en el TDAH, pero no excluyen la participación de un sinnúmero de otros factores de riesgo no

> biológicos, tales como edad de inicio del trastorno, nivel socioeconómico, estilos de vida, modelos educacionales, conflictos entre hermanos y padres, enfermedades, estrés prenatal por altos niveles de cortisol, situaciones puntuales desencadenantes, como por ejemplo el bullying en el colegio, entre muchos otros. (Puddu y otros, 2017, p. 4).

Por lo expuesto en el párrafo que antecede, en la etiología del TDAH es algo incierta en la actualidad. Se trata de un trastorno complejo que no puede explicarse desde un enfoque único, porque se implican una serie de variables que incluyen las condiciones genéticas como las ambientales.

1.2.6.3. Contexto familiar de niños diagnosticados con TDAH

Según Miranda, Grau, Marco y Roselló (2007) en el contexto familiar de niños con TDAH se ha evidenciado variadas situaciones, dentro de las que sobresalen:

> estrés, desconfianza, auto atribuciones negativas, sentimientos de ineficacia y frustración frente al rol parental, violencia intrafamiliar, inadecuado manejo de pautas comportamentales, estilos de disciplina hostiles, punitivos o permisivos, deterioro de las relaciones entre padres e hijos y entre hermanos, entre otras. (Delgado, Rubiales, Etcheparegonda, Bakker, & Zuluaga, 2012, p. 45)

Según Foley (2011), estas situaciones afectan la dinámica familiar e incrementan las dificultades de los síntomas de los niños diagnosticados con TDAH, lo que afecta su conducta, el control de sus emociones y su desempeño académico (Delgado, Rubiales, Etcheparegonda, Bakker, & Zuluaga, 2012).

Al respecto, Robledo y García (2014) señalan que las corrientes ambientalistas apoyan que las variables contextuales, dentro de las cuales se destaca la familia, influyen en el desarrollo de niños diagnosticados con TDAH, por lo que, se han dedicado varios estudios al clima familiar que además, involucra los estilos educativos parentales o el funcionamiento familiar, a través de los cuales se identificó que “los niveles de estrés

familiar suelen ser elevados, la eficacia parental en la crianza de los hijos se reduce y la relación padre-hijo se torna más dificultosa" (Robledo & García, 2014, p. 151).

También, existe evidencia de que en hogares con hijos con TDAH existe una menor demostración de afecto, los adultos generalmente critican a los niños que presentan el trastorno e incluso les tratan de forma hostil, lo que infravalora sus capacidades y demuestra expectativas negativas con relación a su futuro académico (Dyson, 2010). En definitiva, la evidencia empírica señala que existen ciertos conflictos en el clima familiar en los hogares que cuentan con niños diagnosticados con TDAH.

1.3. Estado actual sobre el conocimiento del tema

En el Primer Consenso Latinoamericano de TDAH presentado en México (2007), se propuso un algoritmo de tratamiento farmacológico para niños de la etapa escolar con el trastorno TDAH. El equipo multidisciplinario formado por neuropediatras, psiquiatras infantiles, psicólogos clínicos y neuropsicólogos, expertos en el campo de TDAH llegaron a la conclusión que el tratamiento de TDAH debe ser personalizado e integral llegando a ser acorde a las diversas necesidades y características específicas de cada paciente y contexto cultural (Hidalgo & Soutullo, 2014).

Mediante diversos estudios del trastorno por déficit de atención e hiperactividad González, R., Bakker, L. & Rubiales, J. (2014), aluden que alrededor del 50% y 70% de los niños y niñas diagnosticados con TDAH continúan con síntomas propios del trastorno en la etapa de la adolescencia y entre un 40% a 50 % en la etapa adulta.

En el informe del III Consenso latinoamericano realizado en Cartagena de Indias en el año 2009, refiere que el TDAH se encuentra dentro de los primeros trastornos mentales en niños, adolescentes y adultos, con una prevalencia del 5,29%. De igual manera, se

menciona que al menos treinta y seis millones de personas padecen TDAH, las cuales el 23% tiene un tratamiento terapéutico y el 7% tratamiento farmacológico (De la Peña, Palacio, & Barragán, 2010).

Los autores González, R., Bakker, L. & Rubiales, J. (2014), refieren que los patrones de interacción y la calidad de las relaciones familiares pueden estar relacionadas con el desarrollo y curso de diversos patrones de psicopatología infantil. Diversos trastornos como el trastorno negativitas desafiante, trastorno disocial y el trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, son los más comunes en familias disfuncionales y ambientes con niveles elevados de adversidad crónica.

1.4. Adopción de una perspectiva teórica

Luego de la revisión teórica, se decide adoptar el enfoque sistémico, basándose en la teoría general de los sistemas, habiéndose convertido en el modelo predominante de los estudios de la familia, debido a su perspectiva, es preciso tomar en cuenta las características del sistema en su totalidad. Considerando como unidad de análisis a la familia, porque para entenderla es preciso reconocerla como un todo organizado, en el cual cada uno de sus miembros cumple una función y sus acciones afectan a los demás (Feixas, Muñoz, Compañ, & Montesano, 2016).

Por lo que, esta investigación da a conocer a través de los resultados del test CUIDA, cuáles son las características de la dinámica parental de familias con niños diagnosticados con TDAH. Además, la importancia de este enfoque es que ofrece herramientas, estrategias y técnicas en cuanto al tratamiento de las relaciones interpersonales dentro del sistema familiar, en este caso, se emiten recomendaciones que contribuyan con este fin.

1.5. Marco conceptual

Agresividad. "Presencia de irritabilidad, excitabilidad, impaciencia, impulsividad, malhumor y tensión" (Bermejo & otros, 2014, p. 15).

Altruismo. Disposición para actuar en favor de los demás de forma desinteresada (Bermejo & otros, 2014).

Apertura. Interés que tienen las personas por el mundo exterior y por el interior (Bermejo & otros, 2014).

Asertividad. Capacidad de expresar adecuadamente emociones tanto positivas como negativas (Bermejo & otros, 2014).

Autoestima. Sentimientos que tiene la persona sobre sí misma (Bermejo & otros, 2014).

Capacidad de establecer vínculos afectivos o de apego. Capacidad para formar vínculos afectivos (Bermejo & otros, 2014).

Capacidad de resolución del duelo. Capacidad para superar el dolor que provocan las pérdidas (Bermejo & otros, 2014).

Capacidad de resolver problemas. Habilidad para identificar, analizar un problema y crear alternativas de solución (Bermejo & otros, 2014).

Cuidado afectivo: "Capacidad para hacer frente a situaciones que requieren dar o recibir afecto, con un manejo adecuado de las propias emociones y habilidades para dar apoyo emocional" (Bermejo & otros, 2014, p. 15).

Cuidado responsable: "Informa la capacidad de hacer frente a situaciones que requieren una atención eficaz y una respuesta comprometida ante las necesidades del otro" (Bermejo & otros, 2014, p. 15).

Dinámica parental: Tejido social que articula a padres e hijos y se constituye una red vinculante en el grupo familiar (Gallego, 2011).

Empatía. Capacidad para reconocer y comprender los sentimientos y actitudes de los demás (Bermejo & otros, 2014).

Equilibrio emocional. Capacidad de controlar los estados de tensión (Bermejo & otros, 2014).

Flexibilidad. Capacidad para aceptar y adaptarse a diferentes circunstancias que se presenten en el diario vivir (Bermejo & otros, 2014).

Independencia. Capacidad para prescindir de la ayuda o protección de otros (Bermejo & otros, 2014).

Niñez: "Primer período de la vida de la persona, comprendido entre el nacimiento y el principio de la adolescencia" (Real Academia Española, 2014, p. 254).

Reflexibilidad. Capacidad para hablar y actuar de forma mediata (Bermejo & otros, 2014).

Sensibilidad hacia los demás: "Se refiere a la capacidad de percibir las necesidades de los otros" (Bermejo & otros, 2014, p. 15).

Sociabilidad. Facilidad para establecer relaciones con otros (Bermejo & otros, 2014).

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que afecta a niños y puede provocar problemas para prestar atención, controlar conductas impulsivas o hacerlos demasiado activos (Isorna, 2013).

Test psicológicos: Son instrumentos que sirven para medir o evaluar una característica psicológica específica o los rasgos generales de la personalidad de un sujeto (Consejo General de la Psicología de España., 2018)

Tolerancia a la frustración. Capacidad de aceptar y asimilar la situación en la que un proyecto no se cumple (Bermejo & otros, 2014).

Trastorno psicológico: "Patrón de síntomas psicológicos o de comportamiento que afectan a varias áreas de la vida y/o crean alguna clase de malestar emocional en la persona que lo padece" (Psicopedia.org, 2019, p. 1).

1.6. Hipótesis

La ausencia del desarrollo de características parentales óptimas se evidencia en aspectos conductuales que influyen en el diagnóstico de TDAH.

1.7. Señalamiento de variables

Variable Independiente: Dinámica parental

Variable Dependiente: Niños diagnosticados con TDAH.

CAPITULO II

MÉTODO

2.1. Tipo de estudio

Esta investigación fue de tipo cuantitativa porque permitió establecer ciertas cualidades resultantes de las magnitudes numéricas que se utilizan en el área de la estadística, a partir de instrumentos que se aplican en estudios de campo (Namakforoosh, 2005). En este caso favoreció la descripción de las características de la dinámica parental que influye en niños de 7 a 10 años diagnosticados con TDAH.

2.2. Modalidad de investigación

La modalidad de este estudio correspondió al de campo y proyecto de desarrollo. La investigación de campo permitió recolectar los datos de fuentes primarias para cumplir con el objetivo general planteado. Se trató de un método cuantitativo que tiene el fin de comprender lo que sucede con las personas participantes en el estudio en su entorno natural (Namakforoosh, 2005). En tanto que la modalidad del proyecto de desarrollo analizó las necesidades particulares de los grupos sociales, en este caso, los padres de niños diagnosticados con TDAH.

2.3. Población y Muestra

La población objetivo correspondió a padres y/o madres de niños de 7 a 10 años de edad diagnosticados TDAH.

La selección de la muestra consideró los siguientes criterios:

- Selección aleatoria simple que incluyó 15 progenitores de niños que se encuentran entre los 7 y 10 años y están diagnosticados con TDAH que contestaron al instrumento CUIDA.
- La delimitación espacial correspondió a la provincia de Pichincha, cantón Quito.
- La delimitación temporal al segundo trimestre del año 2019.

2.4. Categorización de la población

La categorización de la población correspondió a padres y/o madres de niños de 7 a 10 años de edad diagnosticados con TDAH.

Tipos de familias nucleares, monoparentales y aquellas en las cuales los padres se separaron se volvieron a casar y el hijo/a comparte los dos hogares.

2. 5. Selección de Instrumentos de Investigación

El instrumento de investigación aplicado en este estudio correspondió al Cuestionario para Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores (CUIDA) cuarta edición, de autoría de Bermejo y otros (2014). Se fundamenta en la teoría de los rasgos que indica que la personalidad puede ser analizada a partir de diferentes rasgos que presentan los sujetos. Para el efecto, contiene 189 elementos que miden variables afectivas, cognitivas y sociales que se relacionan con la capacidad de cuidar a otras personas, dentro de las cuales se encuentran factores de primer orden: altruismo, apertura, asertividad, autoestima, capacidad de resolver problemas, empatía, equilibrio emocional, flexibilidad, independencia, reflexividad, sociabilidad, tolerancia a la frustración,

capacidad de establecer vínculos afectivos, capacidad de resolución de duelo, cuyos significados se presentan en el marco conceptual.

Además, los resultados de la aplicación de este instrumento permiten establecer tres factores de segundo orden relacionados con el cuidado responsable, el cuidado afectivo y la sensibilidad hacia los demás; también, mide la agresividad.

2.6. Validez y Confiabilidad de los Instrumentos

El cuestionario CUIDA se construyó en base a 70.850 evaluaciones realizadas en 18 países alrededor del mundo, incluido Ecuador. La validez y confiabilidad de este instrumento se basa en el coeficiente Alfa de Cronbach utilizado generalmente para estudios de ciencias sociales, el que presentó valores de fiabilidad entre 0.94 y 0.95 lo que indica que es altamente confiable.

2.7. Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de Variables

Dinámica parental	Definición operacional	Niveles de medición	Indicadores
Relaciones afectivas y comunicativas entre madres, padres e hijo consideradas como base fundamental para el desarrollo de los niños en su concepción. Inicia en el momento que llega el primer hijo, en el cual, se desarrollan actividades de socialización que	• Altruismo. • Apertura. • Asertividad. • Autoestima. • Capacidad de resolver problemas. • Empatía. • Equilibrio emocional. • Flexibilidad. • Independencia. • Reflexibilidad. • Sociabilidad. • Tolerancia a la frustración.	En desacuerdo Algo en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo	9 Muy alto 7-8 Alto 4-5-6 Medio 2-3 Bajo 1 Muy bajo

incluyen al hijo sin renunciar al apoyo mutuo alcanzado por la pareja (Eguiluz, 2003).	• Capacidad de establecer vínculos afectivos o de apego. • Capacidad de resolución del duelo. • Deseabilidad social • Cuidado responsable • Cuidado Afectivo • Sensibilidad hacia los demás • Agresividad

Nota: Variables de medición, niveles e indicadores del cuestionario CUIDA. Elaborado por: Investigadora

2.8. Procesamiento de datos

Una vez que se aplicó el instrumento a los padres y/o madres de los niños diagnosticados con TDAH, se establecieron los perfiles de acuerdo al instructivo del cuestionario CUIDA. Cada uno de los informantes firmaron el consentimiento informado (ver anexo 1), en el cual, consintieron que se sus respuestas sean utilizadas en esta investigación.

Los datos recogidos con el instrumento de estudio se ingresaron a la plataforma virtual para corrección por internet a través del código de tarjeta y contraseña, a partir de lo cual, se obtuvieron los resultados que permitieron interpretar los resultados de la escala primaria, escala secundaria y la agresividad de los encuestados (ver anexo 2).

A paso seguido, los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS que permitió obtener tendencias estadísticas, a través de tablas de frecuencias y gráficos que dieron lugar a la interpretación de las características de los cuidadores primarios de los niños diagnosticados con TDAH. Además, se correlacionaron variables (sexo, edad y tipo de familia) y cuidado responsable, cuidado afectivo, sensibilidad hacia los demás y agresividad, para identificar los perfiles de los cuidadores primarios.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. Levantamiento de datos

El levantamiento de datos siguió los lineamientos establecidos por los autores del Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores, en este caso se aplicó a padres y/o madres de niños de 7 a 10 años de edad diagnosticados con TDAH.

Para el efecto, se les informó del objetivo del estudio y se les solicitó su aprobación a través del documento de consentimiento informado (ver anexo 1). La aplicación del cuestionario se realizó en el domicilio de los padres participantes.

Una vez llenos los cuestionarios se procedió a ingresar los datos en la plataforma virtual dispuesta para el efecto, el programa procesa los datos automáticamente y emite una hoja de resultado que muestra las calificaciones obtenidas en cada factor (ver anexo 2). Las calificaciones obtenidas en los factores dan como resultado las siguientes puntuaciones eneatipo[1] y niveles cualitativos:

[1] Las puntuaciones eneatipo en el caso del CUIDA tienen una media de 5 y una desviación típica de 2. Así, un eneatipo de 8 indica que la personas se encuentra en una desviación típica por encima de la muestra de referencia utilizada, lo cual implica que su nivel en la variable medida puede considerarse alto. Si obtuviese un puntuación eneatipo 9 podríamos decir que tiene un nivel muy alto en el rasgo evaluado.

Tabla 2

Correspondencia entre puntuaciones eneatipo y niveles cualitativos establecidos en el CUIDA

Eneatipo	Nivel
9	Muy alto
7-8	Alto
4-5-6	Medio
2-3	Bajo
1	Muy bajo

Nota: tomado de (Bermejo & otros, 2014)

Para la interpretación de los resultados es recomendable analizar los factores de segundo orden y el factor adicional, esto es, cuidado responsable, cuidado afectivo, sensibilidad hacia los demás y agresividad, como se muestra en el siguiente gráfico.

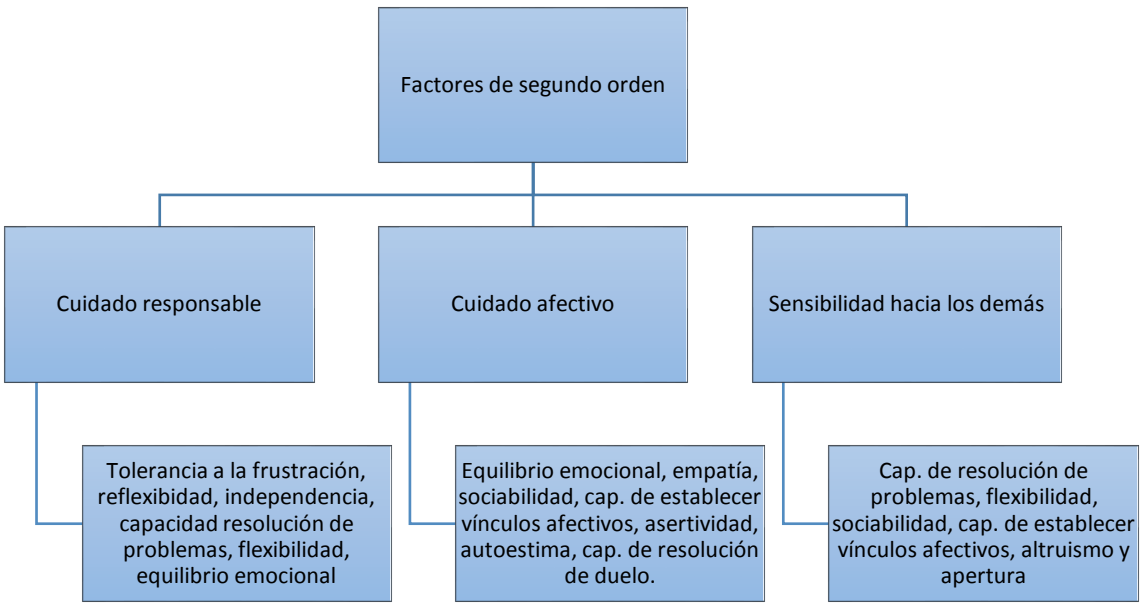

Figura 1. Factores de segundo orden que integran a los factores de primer orden. Fuente: (Bermejo & otros, 2014)

3.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados

3.2.1. Características sociodemográficas

Tabla 3

Edad de los encuestados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De 27 a 32 años	2	13.3	13.3	13.3
	De 33 a 38 años	2	13.3	13.3	26.7
	De 39 a 44 años	4	26.7	26.7	53.3
	Mayor de 45 años	7	46.7	46.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Nota: resultados del CUIDA

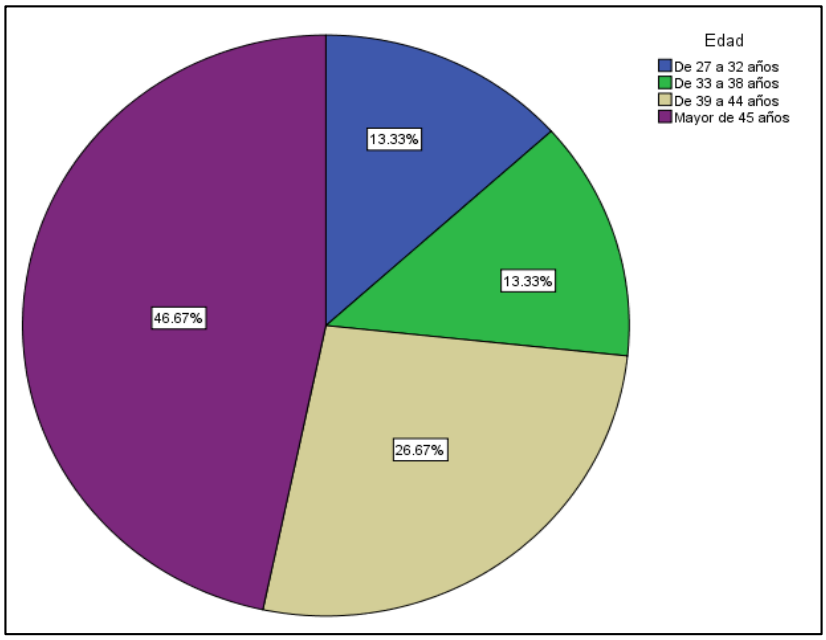

Figura 2 Edad de los encuestados. Fuente: Resultados del CUIDA

Como se puede observar en el gráfico que antecede el 46,67% de los padres son mayores de 45 años, el 26,67% se encuentran entre los 39 y 44 años, el 13,33% entre los 33 y 38 y el 13,33% restante entre los 27 y 32.

Tabla 4

Sexo de los encuestados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	9	60.0	60.0	60.0
	Masculino	6	40.0	40.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Nota: Resultados del CUIDA

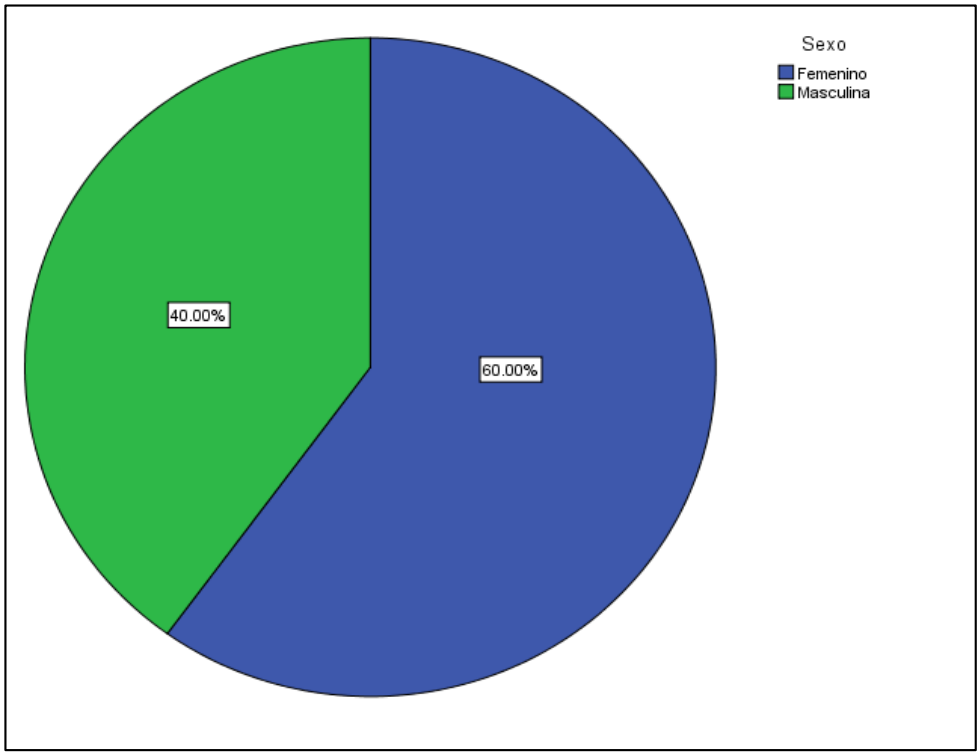

Figura 3 Sexo de los encuestados. Fuente: Resultados del CUIDA

De acuerdo a los resultados obtenidos, el 60% de padres corresponden al sexo femenino y el 40% al masculino.

Tabla 5

Tipo de familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nucleares	7	46.7	46.7	46.7
	Monoparentales	6	40.0	40.0	86.7
	Existen dos hogares	2	13.3	13.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Nota: Resultados del CUIDA

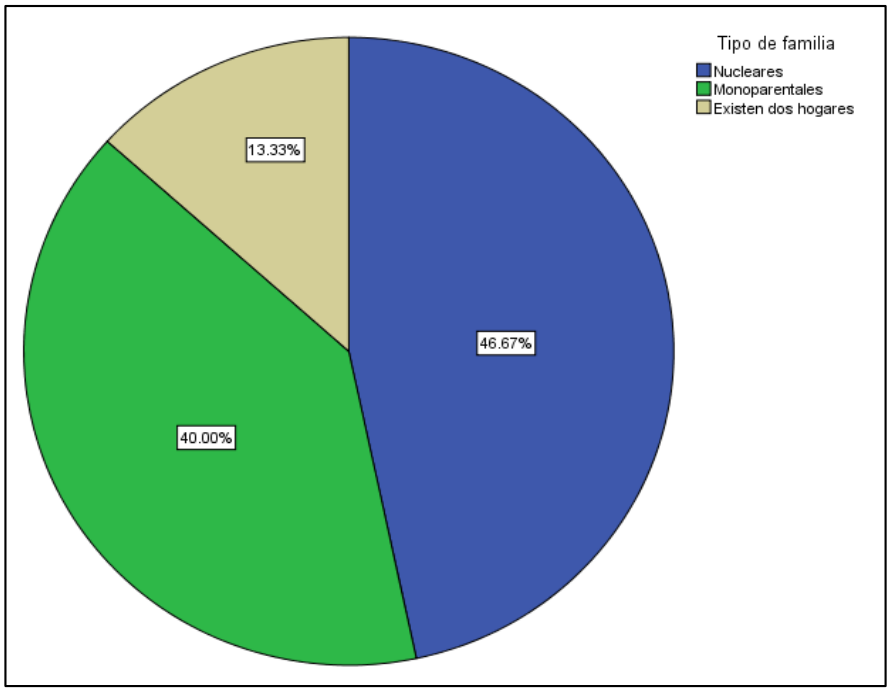

Figura 4 Tipo de familia. Fuente: Resultados del CUIDA

El 46,67% de los encuestados pertenecen a familias nucleares, el 40% a monoparentales y el 13.33% a aquellas en las que los hijos deben compartir dos hogares (padre y madre).

3.2.2. Resultados de los factores de segundo orden

Tabla 6

Cuidado responsable

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy alto	1	6.7	6.7	6.7
	Medio	3	20.0	20.0	26.7
	Bajo	6	40.0	40.0	66.7
	Muy bajo	5	33.3	33.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Nota: Resultados del CUIDA

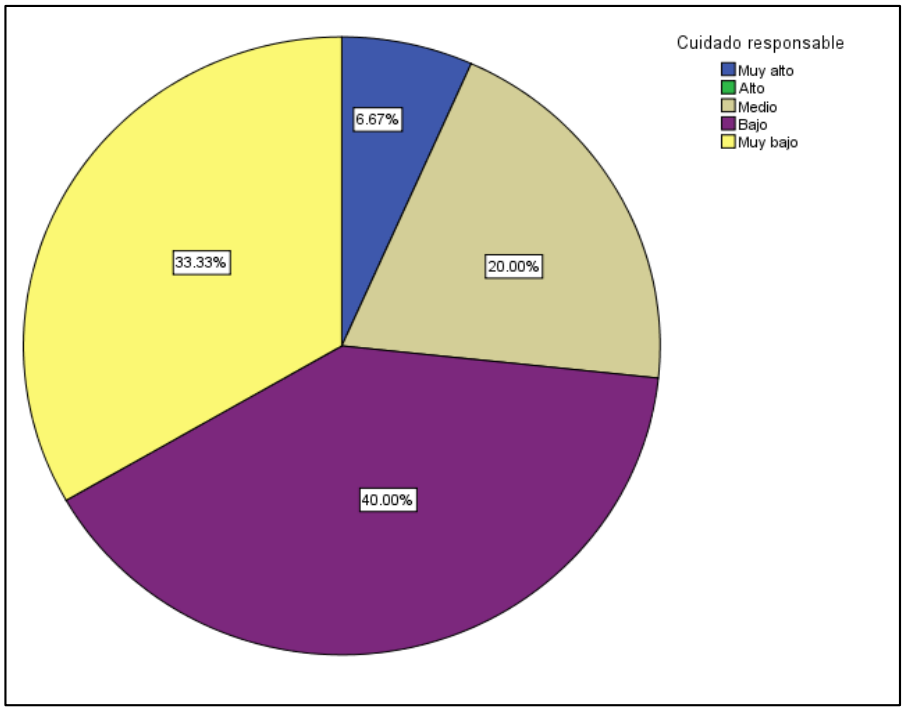

Figura 5 Cuidado responsable. Fuente: Resultados del CUIDA

De acuerdo a lo que se observa en el gráfico 5, la mayoría de progenitores (73,33%) obtuvieron una puntuación baja (40%) o muy baja (33.33%) en el factor cuidado responsable, lo que según la interpretación otorgada por los autores del CUIDA indica

que son personas que en sus relaciones de cuidado son poco reflexivas y maduras, se caracterizan por ser poco perseverantes en alcanzar sus objetivos personales y dejan aquello que emprenden. Podrían ser poco responsables y equilibradas, por lo que se les dificulta tomar sus propias decisiones (Bermejo & otros, 2014).

Tabla 7

Cuidado afectivo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	2	13.3	13.3	13.3
	Medio	5	33.3	33.3	46.7
	Bajo	5	33.3	33.3	80.0
	Muy bajo	3	20.0	20.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Nota: Resultados del CUIDA

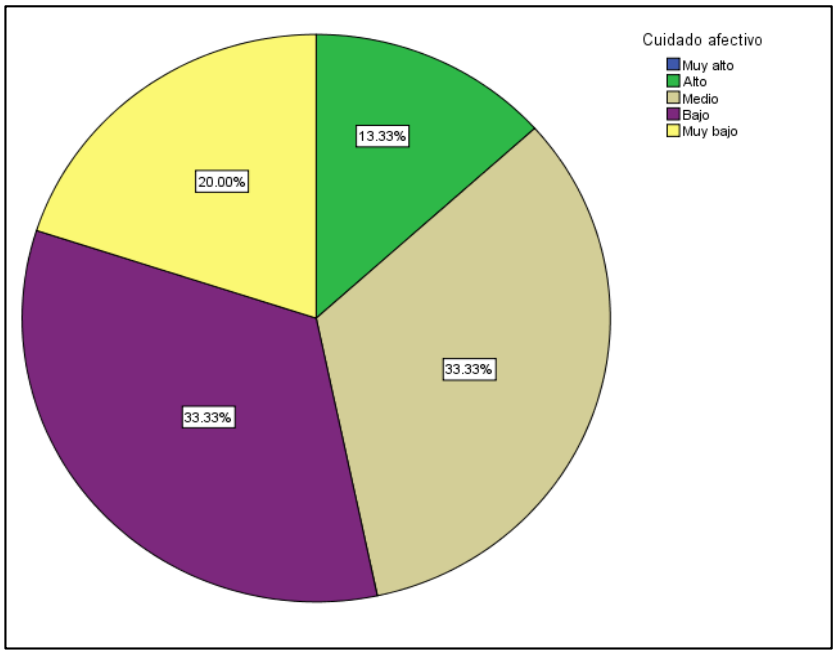

Figura 6 Cuidado afectivo. Fuente: Resultados del CUIDA

Como se puede observar en el gráfico 6 la mayoría de progenitores encuestados (53.33%) obtuvieron puntajes bajos (33.33%) o muy bajos (20%), lo que de acuerdo a lo que dice la interpretación de este factor, son personas que en sus relaciones de cuidado son poco satisfechas consigo mismas, presentan dificultades para aceptar y entender los sentimientos de los demás; además, se perturban con facilidad ante los conflictos que se presentan en la vida diaria. Tienden a ser poco asertivas, son poco afectivas y receptivas hacia lo que los otros piensan (Bermejo & otros, 2014).

Tabla 8

Sensibilidad hacia los demás

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	1	6.7	6.7	6.7
	Medio	8	53.3	53.3	60.0
	Bajo	5	33.3	33.3	93.3
	Muy bajo	1	6.7	6.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Nota: Resultados del CUIDA

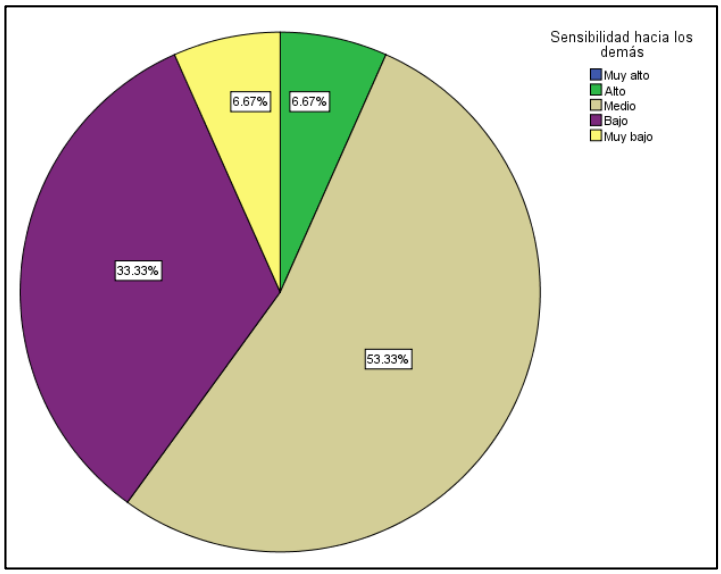

Figura 7 Sensibilidad hacia los demás. Fuente: Resultados del CUIDA

Como se observa en el gráfico 7 el 53.33% que corresponde a la mayoría de los progenitores encuestados obtuvieron una puntuación media en el factor sensibilidad hacia los demás, lo que indica que son personas que pueden sentirse afectadas por las necesidades de otros pero no necesariamente se implican en sus problemas, son medianamente cálidas y amables (Bermejo & otros, 2014).

Tabla 9

Agresividad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy alto	8	53.3	53.3	53.3
	Alto	3	20.0	20.0	73.3
	Medio	2	13.3	13.3	86.7
	Bajo	2	13.3	13.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Nota: Resultados del CUIDA

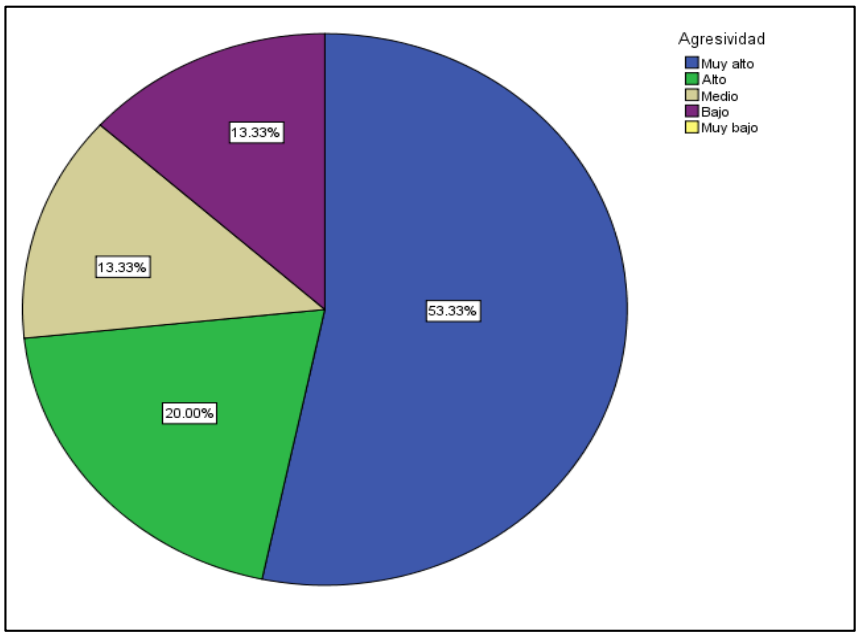

Figura 8 Agresividad. Fuente: Resultados del CUIDA

Como se puede observar en el gráfico 8 la mayoría de progenitores encuestados obtuvo un puntaje en el factor agresividad muy alto, lo que según los autores del CUIDA indica que son personas que se irritan con facilidad, tienen poca capacidad para controlar sus impulsos, no son flexibles y tienen poca tolerancia a la frustración (Bermejo & otros, 2014).

3.2.3. Resultados de la deseabilidad social

Tabla 10

Deseabilidad social

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Medio	7	46.7	46.7	46.7
	Baja	4	26.7	26.7	73.3
	Muy bajo	4	26.7	26.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Nota: Resultados del CUIDA

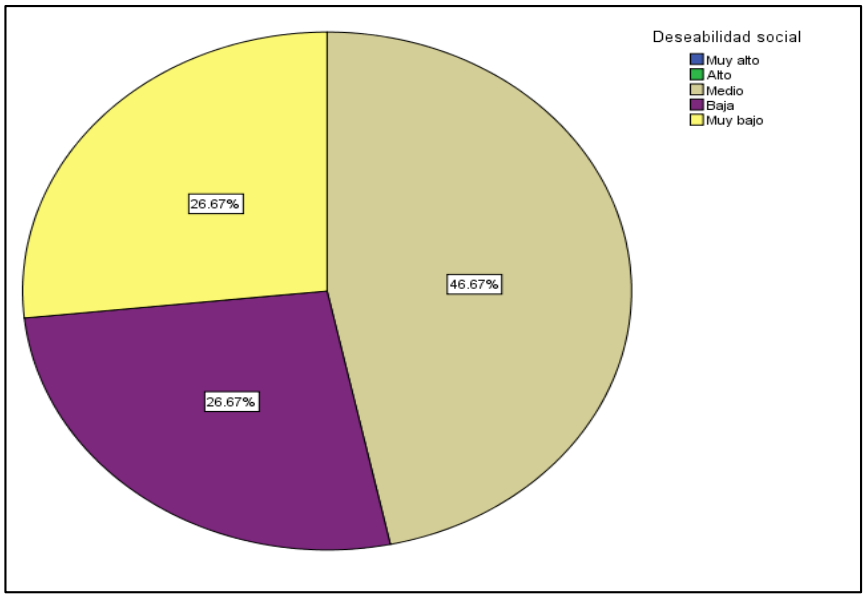

Figura 9 Deseabilidad social. Fuente: Resultados del CUIDA

En el gráfico 9 se observa que la mayoría (53.34%) de progenitores encuestados obtuvo puntaje bajo (26.67%) o muy bajo (26.67%) en la deseabilidad social, lo que según los autores del CUIDA indica que son personas que no tienen interés por dar una buena impresión ante el examinador y son sinceras con las respuestas que dieron en el cuestionario.

Tabla 11

Índice de inconsistencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Prudencia al interpretar	2	13.3	13.3	13.3
	Válido	13	86.7	86.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Nota: Resultados del CUIDA

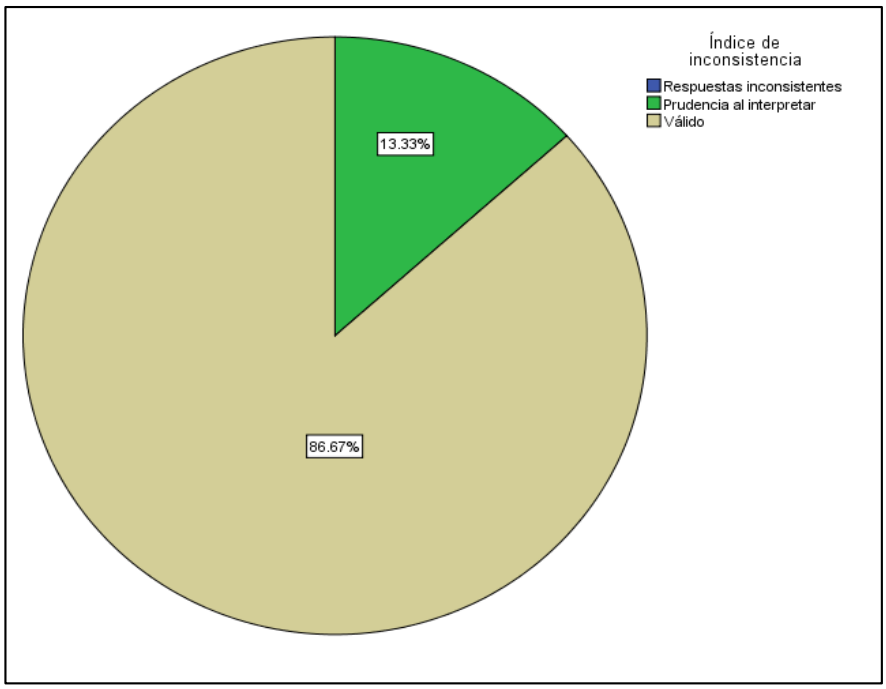

Figura 10 Índice de inconsistencia. Fuente: Resultados del CUIDA

Los resultados del índice de inconsistencia permiten comparar las respuestas dadas por los encuestados y correlacionarlas para identificar si los resultados son válidos. En este caso, como se puede observar en el gráfico 10, la mayoría de encuestas (86.67%) fueron consideradas válidas.

3.2.3. Cruce de variables edad-cuidado responsable

Tabla 12

Tabla de contingencia edad-cuidado responsable

			Cuidado responsable				
			Muy alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total
Edad	De 27 a 32 años	Recuento	0	0	1	1	2
		% dentro de Edad	.0%	.0%	50.0%	50.0%	100.0%
		% dentro de Cuidado responsable	.0%	.0%	16.7%	20.0%	13.3%
	De 33 a 38 años	Recuento	0	0	2	0	2
		% dentro de Edad	.0%	.0%	100.0%	.0%	100.0%
		% dentro de Cuidado responsable	.0%	.0%	33.3%	.0%	13.3%
	De 39 a 44 años	Recuento	1	0	2	1	4
		% dentro de Edad	25.0%	.0%	50.0%	25.0%	100.0%
		% dentro de Cuidado responsable	100.0%	.0%	33.3%	20.0%	26.7%
	Mayor de 45 años	Recuento	0	3	1	3	7
		% dentro de Edad	.0%	42.9%	14.3%	42.9%	100.0%
		% dentro de Cuidado responsable	.0%	100.0%	16.7%	60.0%	46.7%
Total		Recuento	1	3	6	5	15
		% dentro de Edad	6.7%	20.0%	40.0%	33.3%	100.0%
		% dentro de Cuidado responsable	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: Resultados del CUIDA

Al correlacionar las variables edad y cuidado responsable se pudo identificar que únicamente uno (6.7%) de los 15 progenitores que se encuentra entre los 39 y 44 años obtuvo un puntaje muy alto en este factor y tres (20%) que son mayores de 45 años alcanzaron puntaje medio. Los demás se situaron dentro del puntaje bajo y muy bajo. Es decir que, en el grupo estudiado la edad no incide en el cuidado responsable que den los padres y/o madres a los hijos diagnosticados con TDAH.

Tabla 13

Tabla de contingencia edad-cuidado afectivo

			Cuidado afectivo				
			Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total
Edad	De 27 a 32 años	Recuento	0	0	2	0	2
		% dentro de Edad	.0%	.0%	100.0%	.0%	100.0%
		% dentro de Cuidado afectivo	.0%	.0%	40.0%	.0%	13.3%
	De 33 a 38 años	Recuento	0	2	0	0	2
		% dentro de Edad	.0%	100.0%	.0%	.0%	100.0%
		% dentro de Cuidado afectivo	.0%	40.0%	.0%	.0%	13.3%
	De 39 a 44 años	Recuento	1	1	1	1	4
		% dentro de Edad	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	100.0%
		% dentro de Cuidado afectivo	50.0%	20.0%	20.0%	33.3%	26.7%
	Mayor de 45 años	Recuento	1	2	2	2	7
		% dentro de Edad	14.3%	28.6%	28.6%	28.6%	100.0%
		% dentro de Cuidado afectivo	50.0%	40.0%	40.0%	66.7%	46.7%
Total		Recuento	2	5	5	3	15
		% dentro de Edad	13.3%	33.3%	33.3%	20.0%	100.0%
		% dentro de Cuidado afectivo	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: Resultados del CUIDA

Los resultados que se presentan en la tabla 12 muestran que existen puntajes heterogéneos al relacionar la edad con el cuidado afectivo. Sin embargo, prevalece el puntaje bajo y muy bajo en el 53.3% del grupo encuestado sin importar la edad que tengan. Lo que indica que, en general la edad de los progenitores participantes en este estudio no incide en el cuidado afectivo que proporcionen a los hijos diagnosticados con TDAH.

Tabla 14

Tabla de contingencia edad-sensibilidad hacia los demás

			Sensibilidad hacia los demás				
			Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total
Edad	De 27 a 32 años	Recuento	0	1	1	0	2
		% dentro de Edad	.0%	50.0%	50.0%	.0%	100.0%
		% dentro de Sensibilidad hacia los demás	.0%	12.5%	20.0%	.0%	13.3%
	De 33 a 38 años	Recuento	0	1	1	0	2
		% dentro de Edad	.0%	50.0%	50.0%	.0%	100.0%
		% dentro de Sensibilidad hacia los demás	.0%	12.5%	20.0%	.0%	13.3%
	De 39 a 44 años	Recuento	1	2	0	1	4
		% dentro de Edad	25.0%	50.0%	.0%	25.0%	100.0%
		% dentro de Sensibilidad hacia los demás	100.0%	25.0%	.0%	100.0%	26.7%
	Mayor de 45 años	Recuento	0	4	3	0	7
		% dentro de Edad	.0%	57.1%	42.9%	.0%	100.0%
		% dentro de Sensibilidad hacia los demás	.0%	50.0%	60.0%	.0%	46.7%
Total		Recuento	1	8	5	1	15
		% dentro de Edad	6.7%	53.3%	33.3%	6.7%	100.0%
		% dentro de Sensibilidad hacia los demás	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: Resultados del CUIDA

De acuerdo a los resultados registrados en la tabla 13, apenas un progenitor de cuatro que se encuentra entre los 39 y 44 años obtuvo puntaje alto en el factor sensibilidad hacia los demás, este representa el 6.7% del total y dos del mismo grupo obtuvieron puntaje medio. En el 50% o más de cada grupo de edad analizado se alcanzó un puntaje medio, lo que indica que la edad de los progenitores participantes en este estudio no incide en la sensibilidad que presentan hacia los demás.

3.2.4. Cruce de variables edad-agresividad

Tabla 15

Tabla de contingencia edad-agresividad

			Agresividad				
			Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Total
Edad	De 27 a 32 años	Recuento	1	0	0	1	2
		% dentro de Edad	50.0%	.0%	.0%	50.0%	100.0%
		% dentro de Agresividad	12.5%	.0%	.0%	50.0%	13.3%
	De 33 a 38 años	Recuento	2	0	0	0	2
		% dentro de Edad	100.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
		% dentro de Agresividad	25.0%	.0%	.0%	.0%	13.3%
	De 39 a 44 años	Recuento	1	1	1	1	4
		% dentro de Edad	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	100.0%
		% dentro de Agresividad	12.5%	33.3%	50.0%	50.0%	26.7%
	Mayor de 45 años	Recuento	4	2	1	0	7
		% dentro de Edad	57.1%	28.6%	14.3%	.0%	100.0%
		% dentro de Agresividad	50.0%	66.7%	50.0%	.0%	46.7%
Total		Recuento	8	3	2	2	15
		% dentro de Edad	53.3%	20.0%	13.3%	13.3%	100.0%
		% dentro de Agresividad	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: Resultados del CUIDA

De acuerdo a los resultados obtenidos, englobando los índices: muy alto y alto como puntuaciones muy altas, la mayoría de encuestados (73.3%) son agresivos sin importar su edad; sin embargo, se destaca que el 100% del grupo que se encuentra entre los 33 y 38 años son personas fácilmente irritables, así como, el 85.7% de aquellos que son mayores de 45 años.

3.2.5. Cruce de variables sexo-cuidado responsable

Tabla 16

Tabla de contingencia sexo-cuidado responsable

			Cuidado responsable				
			Muy alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total
Sexo	Femenino	Recuento	1	1	4	3	9
		% dentro de Sexo	11.1%	11.1%	44.4%	33.3%	100.0%
		% dentro de Cuidado responsable	100.0%	33.3%	66.7%	60.0%	60.0%
	Masculina	Recuento	0	2	2	2	6
		% dentro de Sexo	.0%	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%
		% dentro de Cuidado responsable	.0%	66.7%	33.3%	40.0%	40.0%
Total		Recuento	1	3	6	5	15
		% dentro de Sexo	6.7%	20.0%	40.0%	33.3%	100.0%
		% dentro de Cuidado responsable	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: Resultados del CUIDA

De acuerdo a los resultados que se presentan en la tabla 15, una madre de las nueve participantes obtuvo puntaje muy alto en el factor cuidado responsable, a diferencia de los padres que ninguno obtuvo puntaje alto o medio alto. Sin embargo, de forma global se puede conocer que el 73.3% del grupo encuestado sin importar su sexo obtuvieron puntajes bajos o muy bajos. Lo que indica que el sexo de los progenitores participantes en el estudio no incide en el cuidado responsable de los hijos diagnosticados con TDAH.

Tabla 17

Tabla de contingencia sexo-cuidado afectivo

			Cuidado afectivo				
			Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total
Sexo	Femenino	Recuento	1	3	3	2	9
		% dentro de Sexo	11.1%	33.3%	33.3%	22.2%	100.0%
		% dentro de Cuidado afectivo	50.0%	60.0%	60.0%	66.7%	60.0%
	Masculina	Recuento	1	2	2	1	6
		% dentro de Sexo	16.7%	33.3%	33.3%	16.7%	100.0%
		% dentro de Cuidado afectivo	50.0%	40.0%	40.0%	33.3%	40.0%
Total		Recuento	2	5	5	3	15
		% dentro de Sexo	13.3%	33.3%	33.3%	20.0%	100.0%
		% dentro de Cuidado afectivo	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: Resultados del CUIDA

Los resultados que se presentan en la tabla 16 muestran que una madre y un padre de los encuestados obtuvieron puntaje alto en el factor cuidado afectivo. El 53.3% del total de progenitores participantes en el estudio obtuvo puntuaciones bajas o muy bajas. Lo

que muestra que en general el sexo de los progenitores encuestados no incide en el cuidado afectivo de los hijos diagnosticados con TDAH.

Tabla 18

Tabla de contingencia sexo-sensibilidad hacia los demás

			Sensibilidad hacia los demás				
			Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total
Sexo	Femenino	Recuento	1	4	3	1	9
		% dentro de Sexo	11.1%	44.4%	33.3%	11.1%	100.0%
		% dentro de Sensibilidad hacia los demás	100.0%	50.0%	60.0%	100.0%	60.0%
	Masculina	Recuento	0	4	2	0	6
		% dentro de Sexo	.0%	66.7%	33.3%	.0%	100.0%
		% dentro de Sensibilidad hacia los demás	.0%	50.0%	40.0%	.0%	40.0%
Total		Recuento	1	8	5	1	15
		% dentro de Sexo	6.7%	53.3%	33.3%	6.7%	100.0%
		% dentro de Sensibilidad hacia los demás	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: Resultados del CUIDA

De acuerdo a los resultados presentados en la tabla 17, una madre de las nueve participantes obtuvo puntaje alto en el factor sensibilidad hacia los demás. Sin embargo, sin importar el sexo de los participantes el puntaje que sobresalió en los dos casos fue el medio con el 53.3%. Lo que indica que el sexo de los progenitores participantes en la investigación no incide en la sensibilidad hacia los demás.

Tabla 19

Tabla de contingencia sexo-agresividad

			Agresividad				
			Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Total
Sexo	Femenino	Recuento	4	3	0	2	9
		% dentro de Sexo	44.4%	33.3%	.0%	22.2%	100.0%
		% dentro de Agresividad	50.0%	100.0%	.0%	100.0%	60.0%
	Masculina	Recuento	4	0	2	0	6
		% dentro de Sexo	66.7%	.0%	33.3%	.0%	100.0%
		% dentro de Agresividad	50.0%	.0%	100.0%	.0%	40.0%
Total		Recuento	8	3	2	2	15
		% dentro de Sexo	53.3%	20.0%	13.3%	13.3%	100.0%
		% dentro de Agresividad	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: Resultados del CUIDA

Según los resultados presentados en la tabla 18, considerando los índices muy alto y alto como puntajes muy altos, siete de nueve mujeres encuestadas (77.7%) son personas irritables, impulsivas, poco flexibles. En el caso de los hombres, son cuatro (66.7%) de seis quienes presentan estas características. Es decir que, en el grupo analizado existe mayor agresividad en las mujeres que en los hombres.

3.2.6. Cruce de variables tipo de familia-cuidado responsable

Tabla 20

Tabla de contingencia tipo de familia-cuidado responsable

			Cuidado responsable				
			Muy alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total
Tipo de familia	Nucleares	Recuento	0	2	2	3	7
		% dentro de Tipo de familia	.0%	28.6%	28.6%	42.9%	100.0%
		% dentro de Cuidado responsable	.0%	66.7%	33.3%	60.0%	46.7%
	Monoparentales	Recuento	0	1	4	1	6
		% dentro de Tipo de familia	.0%	16.7%	66.7%	16.7%	100.0%
		% dentro de Cuidado responsable	.0%	33.3%	66.7%	20.0%	40.0%
	Existen dos hogares	Recuento	1	0	0	1	2
		% dentro de Tipo de familia	50.0%	.0%	.0%	50.0%	100.0%
		% dentro de Cuidado responsable	100.0%	.0%	.0%	20.0%	13.3%
Total		Recuento	1	3	6	5	15
		% dentro de Tipo de familia	6.7%	20.0%	40.0%	33.3%	100.0%
		% dentro de Cuidado responsable	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: Resultados del CUIDA

De acuerdo a los resultados que se exponen en la tabla 19, se identifica puntación alta en cuidado responsable por parte de uno de los dos progenitores que forman parte de aquellas familias en las cuales los hijos deben compartir dos hogares (el del padre y el de la madre). En las puntuaciones muy bajas que incluyen los índices bajo y muy bajo se reúnen 11 de los 15 progenitores, de los cuales cinco pertenecen a familias nucleares, cinco a monoparentales y uno a la que los hijos deben compartir con dos familias. Es

decir, que el tipo de familia del grupo encuestado no incide en el cuidado responsable que proporcionan a los hijos diagnosticados con TDAH.

Tabla 21

Tabla de contingencia tipo de familia-cuidado afectivo

			Cuidado afectivo				
			Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total
Tipo de familia	Nucleares	Recuento	1	3	1	2	7
		% dentro de Tipo de familia	14.3%	42.9%	14.3%	28.6%	100.0%
		% dentro de Cuidado afectivo	50.0%	60.0%	20.0%	66.7%	46.7%
	Monoparentales	Recuento	0	2	4	0	6
		% dentro de Tipo de familia	.0%	33.3%	66.7%	.0%	100.0%
		% dentro de Cuidado afectivo	.0%	40.0%	80.0%	.0%	40.0%
	Existen dos hogares	Recuento	1	0	0	1	2
		% dentro de Tipo de familia	50.0%	.0%	.0%	50.0%	100.0%
		% dentro de Cuidado afectivo	50.0%	.0%	.0%	33.3%	13.3%
Total		Recuento	2	5	5	3	15
		% dentro de Tipo de familia	13.3%	33.3%	33.3%	20.0%	100.0%
		% dentro de Cuidado afectivo	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: Resultados del CUIDA

De acuerdo a los resultados presentados en la tabla 20, dos de los 15 progenitores encuestados obtuvieron puntaje alto en el factor cuidado afectivo, de los cuales uno pertenece a una familia nuclear y el otro a la que el hijo debe compartir dos hogares (del

padre y el de la madre), y ocho obtuvieron puntajes bajos o muy bajos. Estos resultados indican que en la mayoría de los casos el tipo de familia no incide en el cuidado afectivo que ofrecen los progenitores a los hijos diagnosticados con TDAH.

Tabla 22

Tabla de contingencia tipo de familia-sensibilidad hacia los demás

			Sensibilidad hacia los demás				
			Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total
Tipo de familia	Nucleares	Recuento	0	3	3	1	7
		% dentro de Tipo de familia	.0%	42.9%	42.9%	14.3%	100.0%
		% dentro de Sensibilidad hacia los demás	.0%	37.5%	60.0%	100.0%	46.7%
	Monoparentales	Recuento	0	5	1	0	6
		% dentro de Tipo de familia	.0%	83.3%	16.7%	.0%	100.0%
		% dentro de Sensibilidad hacia los demás	.0%	62.5%	20.0%	.0%	40.0%
	Existen dos hogares	Recuento	1	0	1	0	2
		% dentro de Tipo de familia	50.0%	.0%	50.0%	.0%	100.0%
		% dentro de Sensibilidad hacia los demás	100.0%	.0%	20.0%	.0%	13.3%
Total		Recuento	1	8	5	1	15
		% dentro de Tipo de familia	6.7%	53.3%	33.3%	6.7%	100.0%
		% dentro de Sensibilidad hacia los demás	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: Resultados del CUIDA

De acuerdo a los resultados presentados en la tabla 21, un progenitor de los 15 encuestados que pertenece al tipo de familia en la que existen dos hogares (el del padre

y el de la madre) obtuvo puntaje alto en el factor sensibilidad hacia los demás; cinco que corresponden a familias monoparentales obtuvieron puntaje medio; y, seis puntaje bajo o muy bajo. Es decir, que en la mayoría de los casos el tipo de familia no incide en la sensibilidad hacia los demás que presenten los progenitores de hijos diagnosticados con TDAH.

Tabla 23

Tabla de contingencia tipo de familia-agresividad

			Agresividad				
			Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Total
Tipo de familia	Nucleares	Recuento	5	1	1	0	7
		% dentro de Tipo de familia	71.4%	14.3%	14.3%	.0%	100.0%
		% dentro de Agresividad	62.5%	33.3%	50.0%	.0%	46.7%
	Monoparentales	Recuento	2	2	1	1	6
		% dentro de Tipo de familia	33.3%	33.3%	16.7%	16.7%	100.0%
		% dentro de Agresividad	25.0%	66.7%	50.0%	50.0%	40.0%
	Existen dos hogares	Recuento	1	0	0	1	2
		% dentro de Tipo de familia	50.0%	.0%	.0%	50.0%	100.0%
		% dentro de Agresividad	12.5%	.0%	.0%	50.0%	13.3%
Total		Recuento	8	3	2	2	15
		% dentro de Tipo de familia	53.3%	20.0%	13.3%	13.3%	100.0%
		% dentro de Agresividad	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: Resultados del CUIDA

De acuerdo a los resultados expuestos en la tabla 22, considerando los índices muy alto y alto dentro de una puntuación muy alta, seis progenitores de siete (46% del total) que pertenecen a familias nucleares alcanzaron una puntuación que los identifica como

personas irritables, impulsivas, poco flexibles y escasamente tolerantes. En el caso de las familias monoparentales, cuatro de seis (27% del total) presentan las mismas características, y una de dos de los hogares en los que los hijos deben compartir con dos familias (0.7% del total). Lo que indica que las familias en las que mayor incidencia existe de agresividad son las nucleares.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

5.1. Discusión

Esta investigación tuvo el objetivo de analizar la influencia de las características parentales en niños de 7 a 10 años diagnósticos de TDAH, mediante la aplicación del test CUIDA, con la finalidad de identificar y fortalecer las características parentales que influencien positivamente en el comportamiento de los niños diagnosticados.

Para lo que, se empleó la investigación de tipo cuantitativa por medio de la aplicación del test CUIDA a 15 progenitores de niños diagnosticados con TDAH.

Es pertinente aclarar que los resultados que se presentan en este estudio deben interpretarse sin generalizarse, porque se examinaron únicamente a 15 padres o madres de niños diagnosticados con TDAH, los participantes se escogieron por medio de un muestreo intencional por conveniencia, no probabilístico, en donde los participantes se eligieron por la accesibilidad y proximidad al investigador. Una vez hecha esta aclaración.

Los resultados alcanzados permitieron conocer que en la variable cuidado responsable, la mayoría de progenitores obtuvieron calificaciones que los reconoce como poco reflexivos y escasamente maduros, además, no son perseverantes en lograr sus objetivos personales y abandonan sus emprendimientos, por lo que podrían caracterizarse por ser poco responsables y equilibrados, así como, tener una limitada capacidad para tomar sus propias decisiones. Lo que es coherente con los hallazgos establecidos por Goldestein, Harvey y Friedman (2007) quienes señalaron que los padres de niños con hiperactividad son menos afectuosos y negligentes que los de otros infantes.

En el factor cuidado afectivo la mayoría de progenitores obtuvieron puntuaciones que los clasificaron como personas poco satisfechas consigo mismas, con falta de empatía,

que se aturden con facilidad ante los conflictos que se les presenta en la vida cotidiana, por lo que tienden a ser poco afectivas y receptivas hacia lo que los demás opinan. Estos resultados concuerdan con los expuestos por González, Bakker y Rubiales (2014) quienes en un estudio relacionado concluyeron que la percepción de hijos e hijas con TDAH del afecto que les brindaba sus padres presentaron valores estadísticos bajos, existiendo tendencia a mayor crítica y rechazo por parte de los progenitores hacia ellos. También, coinciden con las conclusiones a las que se llegaron en un estudio similar, en el cual, se encontró menor puntuación en apoyo social y emocional por parte de las madres, existiendo pocas diferencias entre los estilos de crianza de padres y madres. "Este dato resulta muy interesante, sobre todo en variables muy utilizadas en la descripción del estilo parental como son la disciplina o la autonomía, que a su vez han demostrado ser buenas predictoras de la puntuación en hiperactividad" (Raya, Herreruzo, & Pino, 2008, p. 695).

Resultados que son afirmados por Korzeniowsk e Ison (2008) quienes señalan que las características que presentan los niños con TDAH dan paso a pautas educativas en los progenitores que incluyen falta de comprensión y afecto, estableciéndose un círculo vicioso que afecta el bienestar emocional y psicológico sobre todo de los infantes, sin embargo, también fecta a los padres y madres.

En el factor sensibilidad hacia los demás, se pudo identificar que la mayoría de encuestados tienen medianamente la capacidad de percibir las necesidades de los otros. En deseabilidad social, se encontró que la mayoría de progenitores no tienen interés por dar una buena impresión al examinador y son sinceros en sus respuestas, lo que resulta interesante porque demuestra que los resultados obtenidos son veraces.

Además, en el factor agresividad, se encontró que la mayoría de encuestados son personas irritables, impulsivas, poco flexibles y escasamente tolerantes a la frustración.

Aspectos que podrían estar relacionados con la dificultad que los padres y madres presentan para controlar el comportamiento de los hijos con TDAH (Korzeniowsk & Ison, 2008). También, se identificó que las mujeres son más agresivas que los hombres. Finalmente, los resultados obtenidos mostraron que los progenitores que corresponden a familias nucleares presentan puntuaciones más altas en agresividad, lo que concuerda con lo expuesto por Woodward, Taylor y Dowdney (1998) quienes encontraron que niños hiperactivos están más expuestos a conductas parentales menos proactivas y más agresivas.

Finalmente, al correlacionar las variables edad, sexo y tipo de familia con los factores de segundo orden cuidado responsable, cuidado afectivo y sensibilidad hacia los demás, se encontró que en el grupo de progenitores examinados las variables mencionadas no inciden en los factores de segundo orden. Lo que tiene coherencia con lo expuesto por Raya, Herreruzo y Pino (2008) quienes concluyeron que los resultados de su estudio apuntaban a que existe alguna relación entre ciertos factores sociales y familiares y la hiperactividad, de forma que se podría establecer que determinados modelos familiares se relacionan con esta característica del TDAH.

Además, se conoció que la mayoría de progenitores son agresivos sin importar su edad, lo bien podría estar ligado a la frustración e impotencia que sienten los padres y madres de los niños con TDAH por su comportamiento (Korzeniowsk & Ison, 2008). Lo que además sugiere que "tener un niño con problemas de conducta tal como el TDAH presupone una presión adicional en la familia en cuanto a la forma en que las emociones son expresadas" (Montiel, Montiel, & Peña, 2005, p. 307), lo que podría estar relacionado con que los padres de este tipo de niños tienen una influencia directa sobre el control de su conducta, para lo cual evitan salir de casa y planear actividades de esparcimiento que les permita liberar tensiones (Rey, Walter, Plapp, & Denshire, 2000).

Los hallazgos de este estudio muestran que existe una asociación entre las características parentales negativas y los síntomas de TDAH en la muestra participante. Sin embargo, a futuro se podrían hacer nuevos estudios que incorporen análisis comparativos de dinámicas parentales de familias hijos con y sin TDAH, al utilizar otro tipo de medias de funcionamiento parental y familiar.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Las conclusiones que se presentan a continuación responden a los objetivos específicos establecidos en este estudio.

- El análisis de fuentes secundarias de la información indica que la dinámica familiar de los niños diagnosticados con TDAH se caracteriza por presentar dificultades derivadas del estrés, desconfianza, sentimientos de ineficacia y frustración por parte de los progenitores. Lo que da paso a un manejo inadecuado de pautas comportamentales, con estilos de disciplina hostiles, punitivos o permisivos, lo que deteriora las relaciones entre los miembros de la familia. Estos aspectos, incrementan las dificultades de los síntomas de los niños diagnosticados con TDAH, lo que afecta su conducta, el control de sus emociones y su desempeño académico.
- La mayoría de los progenitores participantes en el estudio obtuvieron puntuaciones en el CUIDA que los calificó como personas poco reflexivas, inflexibles e inmaduras. Poco perseverantes en alcanzar sus objetivos personales, poco responsables y equilibradas que les cuesta tomar sus propias decisiones. Poco satisfechas consigo mismas, asertivas y afectivas, con limitada empatía, que tienden a sentirse medianamente afectadas por lo que les sucede a los demás; también son impulsivas, irritables, con poca tolerancia a la frustración.
- La mayoría de progenitores forman parte de familias nucleares, los hallazgos del estudio los ubicó con puntuaciones bajas en cuidado responsable y cuidado

afectivo; es decir, que no tienen la capacidad de hacer frente a situaciones que demandan una atención efectiva y a comprometerse a satisfacer las necesidades de los demás; además, no son capaces de enfrentar situaciones en las cuales deben dar y recibir afecto, a través de un manejo adecuado de sus propias emociones, lo que dificulta que ofrezcan apoyo emocional a otros. La puntuación obtenida por la mayoría de progenitores en el factor sensibilidad hacia los demás fue medio, lo que indica que son moderadamente capaces de percibir las necesidades de quienes se encuentran a su alrededor. Finalmente, se identificaron puntuaciones altas en agresividad; lo que revela que, son irritables, impacientes, impulsivos, malhumorados y/o estresados, sin importar su edad o sexo.

5.2. Recomendaciones

- Reforzar los hallazgos de este estudio con otros que incluyan la estructura familiar de niños con TDAH, la evaluación del papel de la familia en el desarrollo de trastornos similares, desde la perspectiva de los padres, madres y los hijos diagnosticados.
- Impulsar psicoterapias a los progenitores de niños con TDAH de 7 a 10 años para que tengan herramientas que favorezcan el desarrollo emocional y conductual de sus hijos de ellos mismos.
- Realizar una evaluación anual a los progenitores encuestados con el mismo instrumento (CUIDA) para contrastar los resultados con los de este estudio y evaluar si mejoran o no las puntuaciones alcanzadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Barragán, E. (Septiembre- Octubre de 2007). Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit. *Mediagraphic Artemisa*, *64*, 327. Recuperado el 12 de junio de 2019, de http://tdahlatinoamerica.org/documentos/05_CARPETA_5_Barragan_y_otros_Primer_Consenso.pdf

Bermejo, F., & otros, y. (2014). *Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores CUIDA.* Madrid: Tea.

Consejo General de la Psicología de España. (2018). *Cuestionarios de revisión de test.* Barcelona: Editorial CGPE.

Craig, G., Baucum, & Don. (2009). *Desarrollo psicológico.* Ciudad de México: Editorial Pearson Prentice Hall.

De la Peña, O., Palacio, J., & Barragán, E. (2010). *Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma*. Obtenido de Revista Ciencias de la Salud 2010; 8 (1): 93-98: https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/1285/1212

Eguiluz, L. (2003). *Dinámica de la familia.* Ciudad de México: Editorial Pax México.

El Comercio. (2017). *El déficit de atención se detecta cuando el niño va a la escuela*. Obtenido de https://www.elcomercio.com/tendencias/deteccion-deficit-atencion-ninos-escuela.html

Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V., & Montesano, A. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Obtenido de Universitat de Barcelona:

http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo_Sistemico_Enero2016.pdf

Gallego, A. (2011). *Recuperación crìtica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características*. Obtenido de Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 35, (febrero-mayo de 2012, Colombia): http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/364/679

Garza, S., & Barragán, E. (2006). *Dificultades comunes en el tratamiento integral de niños con problemas de atención y aprendizaje en México*. Obtenido de Medigraphic Artemisa: https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2006/hi062i.pdf

Goldstein, L., Harvey, E., & Friedman, J. (2007). Examining subtypes of behavior problems among 3 years old children. Part III investigating differences in parenting practices and parenting stress. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 125-136.

Gomes, C. (2001). *Procesos sociales, población y familia: alternativas teóricas y empíricas en la investigación sobre vida doméstica.* Ciudad de México: Editorial de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

González, R., Bakker, L., & Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 12 (1)*, 141-158.

Hidalgo, I., & Soutullo, C. (2014). *Trastorno por Déficit y Atención e Hiperactividad*. Obtenido de Universidad Navarra Pamplona: https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_trastorno_deficit_atencion_hiperactividad_tdah.pdf

Isorna, M. (2013). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad TDAH.* Vigo: Editorial Universidad de Vigo.

Korzeniowsk, C., & Ison, M. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica. Vol. XVII, Nº. 1, abril, 2008*, 65-71.

Linares, J. (2006). *Las formas de abuso: la violencia física y psíquica en la familia y fuera de ella.* Barcelona: Editorial Paidos.

Mansilla, M. (2000). *Etapas del desarrollo humano*. Obtenido de Revista de investigación en Psicología. Vo. 3 Nº 2: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v03_n2/pdf/a08v3n2.pdf

Minuchin, S. (1982). *Familia y terapia familiar.* Buenos Aires: Editorial Celtia.

Montiel, I., Montiel, C., & Peña, J. (2005). Clima familiar en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad. *Revista de Psicología conductual. Vol 13, Nº 2*, 297-310.

Muñoz, M., Gomez, P., & Santamaría, C. (2008). Pensamientos y sentimientos reportados por los niños ante la separación de sus padres. *Universitas Psichologica vol 5 Nº 2*, 347-356.

Namakforoosh, M. (2005). *Metodología de la investigación.* Ciudad de México: Limusa.

Peréz, G. (1996). *Metodología de la Investigación educacional.* Obtenido de https://www.ecured.cu/M%C3%A9todo_de_an%C3%A1lisis_hist%C3%B3rico-l%C3%B3gico

Pick, S., & Ginaudan, M. (2012). *Formación cívica y ética.* Ciudad de México: Editorial Limusa.

Psicopedia.org. (2019). *¿Qué es un trastorno psicológico?* Obtenido de http://psicopedia.org/6/que-es-un-trastorno-psicologico/

Ramírez, P., & Donoso, P. (2007). *Concepciones de infancia*. Obtenido de Universidad Academia de Humanidades Cristianas: http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/413/tesis%20tpba134.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Raya, A., Herreruzo, J., & Pino, M. (2008). El estilo de ciranza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema Vol. 20 Nº4*, 691-696.

Real Academia Española. (2014). *Diccionario.* Madrid: Editorial RAE.

Real Academia Española. (2015). *Diccionario.* Madrid: Editorial Océano.

Rey, J., Walter, G., Plapp, J., & Denshire, E. (2000). Family enviroment in attention deficit hyperactivity, oppositional defiant and conduct disorders. . *Journal of Psychiatry*, 453-457.

Rivera, G. (2013). *Etiología del TDAH y características asociadas en la infancia y niñez*. Obtenido de Acta de investigación psicológica Vol. 3 Issue 2 (1079-1091): https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471913709530

Rivera, G. (2013). *Etiología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y características asociadas en la infancia y niñez*. Obtenido de Acta de investigación psicológica Vol. 3: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471913709530

Salvador, G. (2010). Familia. Experiencia grupal básica. *CEIR Vol. 4, Nº1*, 446-501.

Satir, V. (2007). *El arte de crear una familia* . Buenos Aires: Peoplemakint.

Schachar, R. (2017). *Déficit de atención e hiperactividad*. Obtenido de UNICEF: http://www.enciclopedia-infantes.com/sites/default/files/dossiers-complets/es/deficit-de-atencion-e-hiperactividad-tdah.pdf

Soutullo, C., & Díez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH.* Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Trujillo, N., Pineda, D., & Uribe, L. (2014). *Validez del diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad: de lo fenomenológico a lo neurológico*. Obtenido de Revista de Neurología: https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Validez-diagn-TDAH-I-rev-neurol2012.pdf

UNICEF. (2014). *Índices de bienestar de la niñez y la adolescencia*. Obtenido de https://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Indice_Bienestar_NA.pdf

Woodward, L., Taylor, E., & Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child Psychologly and Psychiatry*, 161-169.

ANEXOS

Anexo 1. Formato de Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A los …… Días del mes de …… del año 2019.

Yo…… …… Mayor de edad con número de cédula…… Por voluntad propia doy consentimiento para la toma de del test CUIDA por parte de la Sra. Mercedes Stefania Hidalgo Mendoza (13122244030), estudiante de la Universidad Internacional SEK – Facultad de Ciencias del Comportamiento Humano y del Trabajo perteneciente a la carrera de Psicología Clínica, para realizar la investigación de fin de carrera.

Manifiesto que se me fue notificado de manera clara y completa sobre el proceso de evaluación y aporte a esta investigación. Toda información recolectada será confidencial y se manejará de manera ética y respetuosa con fines académicos. Hago costar que he leído y entendido en su totalidad, por lo que en constancia firmo y acepto su contenido.

……. …….

Firma del representante Firma del investigador

Teléfono:

Anexo 2. Hojas de resultados emitidas por la plataforma virtual CUIDA