

**UNIVERSIDAD MARIANO GÁLVEZ DE GUATEMALA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**PATRONES EMOCIONALES ADAPTATIVOS QUE ENFRENTAN LAS
FAMILIAS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO POR
DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD**



**TESIS PRESENTADA
POR:
ANA DAYZI MONROY DE ALVARADO
PREVIO A OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

Guatemala, marzo 2010

AUTORIDADES DE LA FACULTAD Y DEL TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL
EXAMEN DE LA TESIS O TRABAJO DE GRADUACIÓN

DECANO DE LA FACULTAD
Dr. Carlos Enrique Ramírez Monterrosa

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL EXAMINADOR
Lic. Manuel Armando Rodríguez Argüello

SECRETARIO
Lic. Mario Roberto Ruiz Falabella

VOCAL
Licda. Julia Amanda Cifuentes Herrera

**UNIVERSIDAD MARIANO GALVEZ DE GUATEMALA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**

Guatemala, marzo 11 de 2010

FACULTAD DE: Psicología

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Se autoriza la impresión del Trabajo de tesis Titulado:
PATRONES EMOCIONALES ADAPTATIVOS QUE ENFRENTAN LAS FAMILIAS
DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNOS POR DEFICIT DE
ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Presentado por el (la) estudiante: ANA DAYZI MONROY DE ALVARADO

Quién para el efecto deberá cumplir con las disposiciones reglamentarias respectivas. Dése cuenta con el expediente a la Secretaría General de la Universidad, para la celebración del Acto de Investidura y Graduación Profesional correspondiente. Artículo 57 del Reglamento de Tesis.

Atentamente,



DR. CARLOS ENRIQUE RAMIREZ MONTEGROSA
DECANO FACULTAD DE PSICOLOGIA

CERM/aa

REGLAMENTO DE TESIS

Artículo 8º: RESPONSABILIDAD

Solamente el autor es responsable de los conceptos expresados en el trabajo de tesis. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Universidad.

INDICE

CAPITULO I	3
MARCO CONCEPTUAL	3
1.1 Antecedentes	3
1.2 Justificación	6
1.3 Determinación del problema	7
1.3.1 Definición del problema	7
1.3.2 Delimitación	7
1.3.3 Aporte	8
CAPITULO II	9
MARCO TEORICO	9
2.1 Trastorno Hiperactividad y Déficit De Atención (TDAH)	9
2.1.1 Evaluación y Diagnóstico del TDAH	9
2.1.2 Causas del TDAH	10
2.1.3 Síntomas y señales de TDAH	11
2.1.4 Tipos de TDAH	11
2.1.5 Criterios para el Diagnóstico del TDAH	12
2.1.6 Tratamiento para el TDAH	13
2.1.7 Consecuencias psicológicas en tratamiento del niño con TDAH	14
2.1.8 Abordaje en el paciente con TDAH	14
2.2 Familia	15
2.2.1 Tipos de Familia	16
2.2.2 Patrones de Crianza Familiar	17
2.2.3 Importancia de la Educación Familiar	19
2.2.4 Orientación Familiar	20
2.3 Estrés	20
2.4 Patrones Emocionales	22
2.4.1 Patrones de respuesta	23
2.4.2 Patrón de Conducta tipo A	23

2.5	Adaptación	24
2.5.1	Adaptación cognitiva	25
2.5.2	Adaptación familiar	25
CAPITULO III		26
MARCO METODOLOGICO		26
3.1	Objetivos	26
3.1.1	Objetivo general	26
3.1.2	Objetivos específicos	26
3.2	Definición de variables	26
3.3	Definición conceptual	26
3.4	Definición operacional	27
3.5	Estadística	28
3.6	Instrumentos	28
CAPITULO IV		29
MARCO OPERATIVO		29
4.1	Técnicas de Recolección de Datos	29
4.2	Trabajo de campo	29
4.3	Procesamiento de información	29
CAPITULO V		30
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS		30
CAPITULO VI		37
CONCLUSIONES		37
CAPITULO VII		38
RECOMENDACIONES		38

ANEXO

39

BIBLIOGRAFIA

42

INTRODUCCION

Cada vez son más las familias que se preocupan por el aprendizaje de sus hijos o familiares, pues están conscientes de que es indispensable contar con una educación adecuada que les permita ser competitivos en el mundo actual. Pero qué sucede cuando se dan cuenta que su niño no logra desempeñarse como lo hacen otros de su edad, tanto en el ambiente familiar como escolar y en la sociedad, sino que por el contrario, está manifestando serias dificultades para aprender debido a que su atención y autocontrol son deficientes.

Con frecuencia las familias no confían en su juicio cuando tratan de evaluar el desarrollo y aprendizaje de sus niños, tampoco saben a quién preguntar o a dónde acudir cuando ven que su conducta es notablemente diferente a la que manifiestan la mayoría de los niños de su edad o por el contrario, no se dan cuenta y piensan que los demás y el colegio son intolerantes. La mayoría de las personas que trabajan en el sector educativo guatemalteco desconocen que hacer para comprender éstas dificultades, por lo tanto difícilmente pueden guiar a quienes las padecen para que logren superar los obstáculos que les están impidiendo aprender, lo que requieren para poder vivir en forma independiente y responsable.

Cuando han fallado las estrategias para enseñar al niño tanto las familias, como maestros se sienten frustrados porque no saben qué hacer para ayudarles. Sin embargo, el niño que tiene dificultades para controlar su conducta y aprender, es quién más se mortifica porque nadie entiende su situación ni él o ella misma. Perciben que no les comprenden, porque no logran desempeñarse como otros niños ni obtener el éxito esperado o deseado.

Las familias y maestros pueden llegar a considerarlo como un niño haragán, con conductas desorganizadas, carente de motivación, perturbado emocionalmente e impulsivo. Sus amigos y compañeros pueden verlo como un tonto, torpe, desorganizado. El paciente se siente fracasado y recibe el

aprendizaje como una tarea imposible de lograr, se da por vencido y no hace ningún esfuerzo por concentrarse y tampoco interactúa con los demás.

Ante esta situación, se tiende a buscar patrones emocionales adaptativos, que respondan a las necesidades del paciente y que ayuden a poder convivir con él. Sin embargo, la mayoría de las veces no atienden a las características de un niño con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), pasando desapercibidamente la intervención profesional y la orientación psicológica, siendo éstas de vital importancia desde que se inicia el problema hasta alcanzar el pleno desarrollo del niño y de los familiares en la interacción social.

CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL

1.1 Antecedentes

Con el propósito de tener una visión clara de este problema, es importante conocer algunos estudios que se han realizado, tanto en Guatemala y el exterior, sobre los patrones emocionales que optan las familias con pacientes que sufren el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.

Sánchez, Velásquez y Villanueva, Universidad de San Carlos de Guatemala (1987), decidieron diferenciar el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de otros cuadros clínicos similares a través de un programa de modificación de conducta y se persiguió disminuir la emisión de las conductas inapropiadas, que fueron registradas a lo largo de un diseño. La técnica utilizada fue de economía de fichas, apoyado por una aprobación social para generalizar los resultados en el ambiente natural. En esto se indicó un decremento en la emisión de conductas inapropiadas a menos de la mitad de la frecuencia observada en el 83% de los sujetos, por lo que concluye que el tratamiento fue efectivo.

Rivera, Universidad Rafael Landívar (1993), realizó una investigación para encontrar la relación entre el rendimiento verbal, numérico y académico de 238 alumnos de 6 a 8 años de edad, clasificados por sexo, que asistían a un colegio mixto bilingüe, de nivel socioeconómico alto con déficit de atención con hiperactividad, en el que se observó que sus habilidades matemáticas son superiores a las verbales por lo que se concluye que durante su formación en la escuela el razonamiento matemático logró una mayor consolidación en el proceso de enseñanza aprendizaje y las estrategias de enseñanza aprendizaje no favorecieron al razonamiento verbal y académico por encima de su pensamiento lógico.

Figuroa, Universidad Rafael Landivar (2003), llevó a cabo una investigación en la que buscaba definir las características de una población de niños guatemaltecos con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en una clínica neurológica pediátrica privada. Estudió los expedientes de 189 pacientes analizando las características de cada uno de ellos en los cuales observó la prevalencia de 3-10% de los niños en edad escolar, el diagnóstico se hace 3-4 veces más frecuente en varones que en las mujeres, persiste en un 30-50% hasta la vida adulta, los síntomas de hiperactividad desaparecen pero los de la desatención tienden a persistir. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un problema de salud que afecta a más del 5% de la población escolar, no es solo un problema de escolares sino de adolescentes y adultos. El diagnóstico es clínico no se necesitan Electro Encefalograma. Existe validez mundial del constructo del mismo y no depende de factores culturales

Hernández (1998) realizó un estudio con la finalidad de describir las características creativas del niño con déficit de atención con hiperactividad; los resultados reflejaron que el niño con ese déficit poseen una variedad de características creativas, tales como fluidez verbal, curiosidad intelectual, empatía y originalidad de pensamiento.

Finkel (1998) refiere que el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad es el actual nombre para un grupo de desórdenes que fueron clasificados por categorías durante el último siglo. En un principio se pensó que eran problemas puramente de conducta sin problemas médicos asociados. Sin embargo, la naturaleza neurobiológica de estos está bien establecida en la literatura científica, inicialmente se describió como un desorden en la infancia, estudios recientes prueban la persistencia de ciertos aspectos de este trastorno en el individuo.

Así mismo Saito (2000) expone que el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad esta dentro de las condiciones crónicas de salud que más prevalecen y afectan a los niños que se encuentran en edad escolar. Los síntomas

esenciales del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad incluyen la falta de atención y la impulsividad. Los niños pueden experimentar problemas funcionales significativos, tales como dificultades en el colegio, bajo rendimiento académico, baja autoestima y relaciones interpersonales problemáticas con miembros de la familia o compañeros. Las personas que han presentado este problema desde su niñez pueden continuar mostrando los síntomas durante la adolescencia y en su vida adulta.

Un estudio realizado por Korn (2001), menciona que el Trastorno por Déficit de Atención afecta al 5% de niños en edad escolar. El riesgo de la comorbilidad con otro desorden psiquiátrico es muy alto, la presencia de desordenes guardan una consideración especial en el tratamiento de estos pacientes. Afirmando que existe gran frecuencia de depresión mayor en un 75% y distimia en menor porcentaje y problemas conductuales, esto comprueba que al igual que otros estudios se observa gran comorbilidad con otros problemas conductuales.

De la Garza, (2005) en su estudio menciona que inicialmente se conocía como un síndrome que afectaba al niño y ha cambiado definiciones a través de la historia. Antes se conocía como Disfunción Cerebral, Síndrome del Niño Hiperactivo. Las anormalidades en el comportamiento incluían, pero no estaban limitadas, a la hiperactividad, inatención, distractabilidad, reacciones de coraje, hostilidad, inmadurez, relaciones conflictivas con compañeros, desafíos, desobediencia, problemas severos de conducta. Actualmente lo conocemos como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, encontrando un 25% genético debido a que sus padres lo padecen y concluye que los hijos tienen la probabilidad de padecerlo en un 50%.

Según Foster (1993) los patrones emocionales es la manera que tienen las familias para interactuar o funcionar en sus relaciones interpersonales que pueden ser funcionales o disfuncionales y que se transmiten intergeneracionalmente. En su estudio determina que el servicio psicológico es necesario para las personas que

atraviesan una situación, sin embargo el 25% de la población hizo uso de el y debido al bajo nivel económico y educacional que viven estas, hace que los padres descuiden esta intervención profesional tan importante.

1.2 Justificación

Generalmente, se encuentra información sobre qué hacer cuando se tiene un paciente diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), pero muy pocos hablan del impacto que éste tiene en las familias y los patrones adaptativos que las mismas asumen.

Los problemas de conducta desafiante, agresión y rabietas, que presentan los pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, en su minoría los familiares de estos niños se apoyan en profesionales para aprender a afrontar la situación de forma impasible, sin implicarse emocionalmente en ellos, manteniendo la calma y la razón en todo momento.

Los trastornos de la conducta y del comportamiento de los pacientes que sufren el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se han convertido en una de las situaciones más preocupantes para los padres o familiares que ven cómo sus hijos presentan cuadros conductuales que necesitan apoyo médico y psicopedagógico cuando tienen dificultades para cumplir las normas y disciplinas en los ambientes de su desarrollo. Es tan fuerte la situación que experimentan los padres, que de acuerdo a las personalidades, factor económico, cultural, nivel educativo, entre otros; enfrentan diversas emociones, como depresión, ansiedad y frustración, repercutiendo éstas en los mismos pacientes y en su mayoría con efecto negativo al experimentar rechazo en su entorno y continuas expulsiones de centros escolares.

Por eso fue necesario investigar los patrones adaptativos en familiares con pacientes con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, porque quienes educan o cuidan de ellos se encuentran con la problemática de no saber cómo afrontar ésta situación y poder lograr que quienes tienen este trastorno puedan adaptarse adecuadamente y lograr un desarrollo integral.

1.3 Determinación del Problema

1.3.1 Definición

¿Cuáles son los patrones emocionales adaptativos que enfrentan las familias de pacientes diagnosticados con Déficit de Atención con Hiperactividad?

1.3.2 Delimitación

Se realizó en base al estudio de vida de las familias, de pacientes diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, para identificar los patrones emocionales adaptativos que los miembros de estas familias presentan.

- **Ámbito geográfico**
Familiares de pacientes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad del Centro de Salud de Villa Canales, Departamento de Guatemala.
- **Ámbito personal**
20 familiares encargados, padre y/o madre, de pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- **Ámbito temático**
Se evaluó únicamente los patrones adaptativos en familiares de pacientes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- **Ámbito temporal:**

El presente estudio se realizó en los meses de agosto y septiembre del 2009.

1.3.3 Aporte

Con esta investigación se pretende conocer datos estadísticos y análisis de los patrones emocionales adaptativos en familiares de pacientes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, con el fin de brindar apoyo a padres y familiares a través de escuelas o grupos de apoyo, tanto emocional como social y así recobrar el valor integral de la familia con su paciente.

De igual manera el presente estudio podrá ser utilizado por la Facultad de Psicología de la Universidad Mariano Gálvez u otras instituciones como fuente bibliográfica.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Es un patrón persistente de desatención, impulsividad e hiperactividad con causas genéticas y neurológicas, las partes del cerebro que controlan la atención y el comportamiento presentan algunas diferencias en quienes padecen este trastorno.

La Enciclopedia de la psicología volumen III, define el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad como un trastorno médico que afecta la capacidad de una persona para permanecer quieta cierto tiempo, concentrarse, prestar atención, razonar y controlar las emociones, tanto en niños, adolescentes como en adultos. Esto significa que probablemente presenten problemas para concentrarse en algunas tareas y temas, o que parezcan sobreexcitadas, que actúen de manera impulsiva e incurran en problemas.

De acuerdo a De la Garza (2005), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) la inatención, hiperactividad y la impulsividad, identifican este trastorno. Afectando entre un 5 a un 12% de los niños en edad escolar, es uno de los trastornos neuroconductuales más frecuentes de la infancia, cuando se

comparan con otros niños de su misma edad, los niños con este diagnóstico tienen más problemas con actividades diarias, como permanecer sentados, para esperar en una fila, o prestar atención a los detalles.

2.1.1 Evaluación y Diagnóstico del TDAH

La evaluación determina si el niño tiene el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Además, puede eliminar otras posibles razones del comportamiento del niño. Por ejemplo, en algunos casos problemas de audición y visión, ansiedad, depresión y algunos problemas de aprendizaje pueden causar conductas similares. La detección puede realizarse en la Consulta de Atención Primaria y en los Centros Educativos de Escuelas Infantiles, utilizando instrumentos y métodos de exploración de niños con dificultades de comportamiento.

Con el proceso de recopilación de datos por parte del profesional, tras haber realizado diversas pruebas médicas y evaluaciones psicotécnicas mediante las cuales puede distinguir de entre otros posibles diagnósticos el que corresponde al caso en estudio para luego informar a los familiares.

La gran cantidad de energía que estos niños derrochan y la inquietud constante son señales propias y esperadas en la edad Pre-escolar. Existen varios profesionales que pueden diagnosticar el TDAH, así como el psiquiatra, pediatra, neurólogo, psicólogo, médicos generales, trabajadores sociales clínicos, maestros/as.

2.1.2 Causas del TDAH

Se caracteriza por patrones inapropiados de inatención, hiperactividad e impulsividad para el nivel de funcionamiento esperado en el sujeto afectado. Los factores que influyen son:

- El resultado de una disfunción en ciertas áreas del cerebro.
- Familiares cercanos de niños con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que también tengan el trastorno.
- Trastornos bioquímicos que pueden causar los síntomas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
- Desarrollo fetal anormal que pueda afectar las regiones cerebrales que controlan la atención y el movimiento
- Toxinas encontradas durante el embarazo
- Desarrollo más lento que lo normal en partes del cerebro
- Lesiones cerebrales o infecciones y
- La habilidad de los padres para criar los hijos pueden mejorar o empeorar los síntomas.

Es provocado por cambios en las sustancias químicas del cerebro denominadas neurotransmisores, estas contribuyen a la transmisión de mensajes entre las células nerviosas del cerebro. El neurotransmisor llamado dopamina, por ejemplo, estimula los centros de atención del cerebro. Por lo tanto es probable que si una persona tiene bajas cantidades de esta sustancia química, muestre síntomas de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

2.1.3 Síntomas y señales de TDAH

El TDAH comienza en la infancia aunque en algunos casos se diagnostica ya en la adolescencia o adultez. Este cubre diferentes elementos como la atención, actividad e impulsividad, según el DSM-IV-TR, los síntomas son los siguientes:

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles
- Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades
- No sigue instrucciones y no finaliza tareas
- Parece no escuchar cuando se le habla directamente
- Tiene dificultades para organizar tareas

- Le disgusta dedicarse a tareas que requieren esfuerzo
- Extravía objetos necesarios para realizar tareas
- Se distrae fácilmente
- Se mueve en exceso
- Dificultad para esperar su turno
- Habla en exceso
- A menudo interrumpe

Si bien algunas personas superan los síntomas, más de la mitad de todos los niños con TDAH continúan mostrando indicios del trastorno en la juventud.

2.1.4 Tipos de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Durante los últimos años, los expertos han ido desentrañando la compleja función mental de la atención e hiperactividad; es por ello que la adición de esta tipología permite diagnosticar a aquellas personas que después de la adolescencia, permanecen con alguna alteración en sus niveles de atención. El DSM-IV-TR, (2001) emplea un criterio más inclusivo, por lo que la población diagnosticada con TDHA aumenta al incluir preescolares, niños, adolescentes y adultos, dividiéndose en tres tipos:

- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad del tipo con predominio de la inatención.
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad del tipo con predominio de la hiperactividad impulsiva.
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad del tipo combinado. Los niños presentan los síntomas de ambos, la inatención y la hiperactividad impulsiva, este trastorno es el más común.

2.1.5 Criterios para el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Algunos de sus síntomas deben comenzar antes de los siete años de edad y deben suceder con más frecuencia y severidad que en otros niños de la misma edad. Los síntomas no se presentan durante el curso de otro trastorno ni son el resultado de otra enfermedad mental. Además los síntomas deben crear dificultades en por lo menos dos aspectos de la vida social del niño, ejemplo la escuela y en el hogar. Para ser diagnosticado los niños deben exhibir seis de los nueve síntomas en alguna o ambas categorías “A” y “B”.

Inatención

- No logra prestar atención a los detalles o comete errores por descuido en sus tareas escolares, el trabajo u otras actividades.
- Tiene dificultad para mantener la atención a las tareas o juegos.
- Parece no estar escuchando cuando se le habla directamente.
- No sigue instrucciones y no termina las tareas escolares o quehaceres.
- Tiene dificultades para organizar las tareas y actividades.
- Evita, no le gusta participar en actividades que requieren esfuerzo mental por tiempo largo.
- Pierde los útiles necesarios para completar las tareas o actividades tales como los juguetes, lápices, libros, o herramientas.
- Se distrae fácilmente.
- Es olvidadizo durante las actividades diarias.

Hiperactividad

- Está inquieto con las manos o los pies, o se mueve demasiado mientras está sentado.
Se va de la silla en el salón de clases o en otras situaciones donde se espera que permanezca sentado.
- Corre o trepa excesivamente en situaciones donde es inapropiado.
- Tiene dificultad para incluirse calladamente en juegos o pasatiempos.
- Siempre está en actividad o actúa como si estuviera impulsado por un motor.

- Habla excesivamente.
- Impulsividad.
- Contesta abruptamente antes de haber terminado la pregunta.
- Tiene dificultad para esperar en fila o para tomar su turno.
- Interrumpe o se entromete en lo que otros están haciendo.

2.1.6 Tratamiento para el TDAH

Dado que no existe una cura para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, los médicos ayudan a los pacientes a manejar los síntomas de un modo más eficaz. Debido a que algunas personas tienen más problemas con el aspecto de la atención de esta afección, mientras que otras presentan más problemas con el aspecto de la actividad, los médicos adaptan su tratamiento a los síntomas de cada paciente. Esto significa que la persona con esta dificultad es probable que reciba un tratamiento diferente, tales como medicación, terapia familiar e individual y cambios en la escuela para abordar estilos de aprendizaje particulares.

Algunos medicamentos ayudan a las personas con este trastorno, porque mejoran su atención y concentración y reducen la impulsividad y la hiperactividad que se asocia con el trastorno.

La terapia familiar ayuda a tratar a la persona afectada, porque mantiene a los padres o familiares informados y les muestra maneras de trabajar con sus hijos para mejorar la comunicación dentro de la familia y a resolver problemas que surgen en los hogares.

2.1.7 Consecuencias psicológicas en el tratamiento del niño con TDAH

Las personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad pueden tener vidas productivas y satisfactorias cuando reciben el tratamiento adecuado. Los problemas que se pueden presentar si el niño no se trata son: el fracaso

escolar, depresión, problemas en las relaciones sociales, problemas de conducta, baja autoestima y abuso de alcohol o drogas. La mayoría de los niños con esta dificultad continúan con los síntomas durante la adultez, y pueden tener problemas en el trabajo y en el hogar a no ser que reciban el tratamiento. Muchos de estos pacientes toman un medicamento llamado metilfenidato, más recetado y conocido por su nombre comercial Ritalín.

2.1.8 Abordaje en el paciente con TDAH

Según de la Garza (2005), hay varias maneras en que se puede ayudar al paciente, algunas de las cosas que se pueden hacer son:

- Mantener una rutina diaria y un horario consistente
- Mantener los objetos que se usan diariamente en el mismo lugar y fácil de encontrar
- Hacer listas para que le ayuden a organizar sus tareas; y tener reglas estables
- Desarrollar hábitos de organización
- Practicar técnicas de relajación y meditación

2.2 Familia

Perot (1968) afirma que la familia constituye el núcleo de la sociedad, representa al tipo de comunidad perfecta, pues en ella se encuentran unidos todos los aspectos de la sociedad: económicos, jurídicos, socioculturales, morales, etc. Es la estructura social básica donde padres e hijos se relacionan con fuertes lazos afectivos, es por ello que se comprende que lo que afecta a un miembro afecta directa o indirectamente a toda la familia.

La familia es una institución que influye con valores y pautas de conducta que son presentados especialmente por los progenitores; la importancia de valores morales como la verdad, el respeto, la disciplina, la autonomía, fraternidad

y afecto, hace que los hijos puedan enfrentar el mundo que les rodea de manera madura y protagonista.

En cuanto a las funciones que ella tiene, se puede ver que, independientemente del tipo de familia que se trate, ésta cumple ciertas características básicas que están relacionadas entre si moviendo a todos sus miembros a construir día tras día una comunidad siempre renovada, en la cual todos tienen igual dignidad e importancia; el amor hace que la unidad familiar se dé basándose en la entrega de cada uno a favor de los demás.

2.2.1 Tipos de familia

Goode (2001). Refiere que la familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo de la persona, dependiendo de ella para su supervivencia y crecimiento, también enfrentan desafíos permanentes en su estructura interna, en la crianza de los hijos, en su ejercicio parental o maternal. Existen varias formas de organización familiar y de parentesco, entre ellas se han distinguido estos tipos de familias:

- La familia nuclear o elemental: es la unidad familiar básica que se compone de padre, madre e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la misma.
- La familia extensa o consanguínea: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y esta basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

- La familia monoparental: es aquella que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.
- La familia de la madre soltera: es en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En esta hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.
- La familia de padres separados: es la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.

2.2.2 Patrones de Crianza Familiar

Existen varios tipos de familia y por ello son múltiples las formas en que cada uno de sus miembros se relaciona y viven cotidianamente. Para comprender estos patrones de crianza a continuación se observan algunas de sus características más importantes:

- Familia rígida: dificultad en asumir los cambios de los hijos. Los padres brindan un trato a los niños como adultos. No admiten el crecimiento de ellos; los hijos son sometidos por la rigidez de sus padres siendo permanentemente autoritarios.

- Familia sobreprotectora: preocupación por sobreproteger a los hijos. Los padres no permiten el desarrollo y autonomía de sus seres amados. Los hijos no saben ganarse la vida, ni defenderse, tienen excusas para todo, se convierten en infantiloides (persona adulta que en su comportamiento tiene rasgos infantiles). Los padres retardan la madurez de sus hijos y al mismo tiempo, hacen que estos dependen extremadamente de sus decisiones.

- La familia centrada en los hijos: ocasiones en que los padres no saben enfrentar sus propios conflictos y centran su atención en los hijos, así en vez de tratar temas de la pareja, traen siempre a la conversación temas acerca de los hijos, como si ellos fuera el único tema de conversación. Este tipo de padres, busca la compañía de los hijos y depende de estos para su satisfacción, viven para y por sus hijos.

- La familia permisiva: en este tipo los padres son incapaces de disciplinar a los hijos, y con la excusa de no ser autoritarios y de querer razonarlo todo, les permiten a los hijos hacer todo lo que quieran. En este tipo de hogares, los padres no funcionan como padres ni los hijos como hijos y con frecuencia observamos que los hijos mandan más que los padres. En caso extremo los padres no controlan a sus hijos por temor a que éstos se enojen.

- La familia inestable: no alcanza a ser unida, los padres están confusos acerca del mundo que quieren mostrar a sus hijos por falta de metas comunes, les es difícil mantenerse unidos resultando que, por su inestabilidad, los hijos crecen inseguros, desconfiados y temerosos, con gran dificultad para dar y recibir afecto, se vuelven adultos pasivos-dependientes, incapaces de expresar sus necesidades y por lo tanto frustrados y llenos de culpa y rencor por las hostilidades que no expresan y que interiorizan.

- La familia estable: esta se muestra unida, los padres tienen claridad en su rol sabiendo el mundo que quieren dar y mostrar a sus hijos, lleno de metas y sueños. Les resulta fácil mantenerse unidos por lo tanto, los hijos crecen estables, seguros, confiados, les resulta fácil dar y recibir afecto y cuando adultos son activos y autónomos, capaces de expresar sus necesidades, por lo tanto, se sienten felices y con alto grado de madurez e independencia.

2.2.3 Importancia de la educación familiar

En los últimos años se ha concedido una mayor importancia al estudio de las relaciones que se establecen entre los componentes de la familia de los pacientes con TDAH, al considerar el mismo como un problema familiar y no sólo como una enfermedad individual, es por ello que:

- Biológicamente, todo niño nace absolutamente inseguro, necesitado e incompleto. El ser humano tarda un año aproximadamente en andar, de allí que todo su desarrollo es un proceso.
- Psicológicamente, en la medida en que un cerebro está más evolucionado, más tiempo necesita para educarse y desarrollarse hasta llegar a la edad adulta. Porque tiene mayor número de zonas finas en toda su personalidad. No puede vivir sin la ayuda del adulto, sin la formación. Su autonomía la alcanzará tras un largo proceso: lactancia, niñez, adolescencia; no basta el hecho biológico, necesita desarrollar su inteligencia, voluntad, armonía autonomía, autoestima: nadie es nada si no se quiere a si mismo y nadie que no se quiera a si mismo puede querer a los demás.

La autoestima es el motor del ser humano, esto solo lo logra en el claustro protector de la familia. Los niños que crecen privados de un ambiente familiar, aunque crezcan físicamente, las deficiencias: psicológicas, afectivas emocionales, intelectuales y sociales son clarísimas.

- Sociológicamente, el influjo de los padres es imprescindible. El niño aprende a saber quién es a partir de su relación con sus padres, personas

que le quieren. Nadie puede descubrirse a si mismo si no hay un contexto amor y de valoración, proporcionan el mejor clima afectivo, de protección, el niño aprende a ser generoso en el hogar, protección, seguridad, aceptación, estima y afecto, aspectos que debe aportar la familia a todo niño.

2.2.4 Orientación familiar

Por los distintos cambios que ha tenido que enfrentar la familia actualmente; es por ello que una disciplina proveniente de la Psicología se ha encargado de apoyar a todos los miembros de la familia y así permitir que ésta salga adelante, enfrentando todos los desafíos en la presente era. Esta disciplina que es bastante nueva intenta ser un apoyo real para todos los miembros de la familia en todos sus tipos.

Unir el ser amigo y padre de los niños es valioso, compartir actividades, como el deporte, discutir ideas, comentar noticias, asumir posturas y valores, pero también es necesario como progenitores expresar sus valores personales, sus límites y posiciones, pero en una postura de diálogo, discusión y conversación.

Reconocer que los niños necesitan de lo material y lo afectivo, que sus necesidades básicas estén cubiertas, van a recibir la educación académica en instituciones de prestigio, tienen ropa y alimento, pero están carentes de la presencia afectiva de sus padres. La cercanía inspira seguridad, por ello la paternidad, la maternidad es una relación personal intransferible.

Es importante que se asuma el rol protagónico formándose para formar, educándose para educar. Este desafío puede ser enfrentado con la voluntad de cada uno de los padres o familiares y con el respaldo del colegio que figura la organización más cercana a la familia la cual subsidia en muchas de las tareas que ellos no pueden asumir. Al mismo tiempo, se pueden abrir espacios para

trabajar en conjunto y se pueda aprender por medio de un taller, lo que los padres pueden hacer para mejorar su vida familiar.

2.3 Estrés

La enciclopedia de la psicología volumen I, describe el estrés como una respuesta de carácter fisiológico ante un agente estresor externo o interno, se da una segregación de hormonas que producirán cambios a distancia en diversas partes del organismo. Estas llegarán a afectar el comportamiento produciendo un efecto social en relación a uno o varios agentes estresores que afectan a cada persona de un modo concreto.

Feldman (2002). Opina que es la respuesta ante los sucesos que amenazan o ponen en conflicto a la persona. Teniendo experiencia de incomodidades, molestias, frustraciones mayores y menores de la vida cotidiana. Ya sea que se trate de un conflicto familiar o incluso de una serie acumulativa de pequeños acontecimientos negativos con mayores consecuencias perjudiciales, que los positivos, considerando formas de afrontarlas adaptándose a ellas. Por lo que describe las tres fases:

- Fase de alarma. Ante la percepción de una posible situación de estrés, el organismo empieza a desarrollar una serie de alteraciones de orden fisiológico y psicológico (ansiedad, inquietud) que lo predisponen para enfrentarse a la situación estresante.
- Fase de resistencia: supone la fase de adaptación a la situación estresante. En ella se desarrollan un conjunto de procesos fisiológicos, cognitivos, emocionales y comportamentales destinados a afrontar la situación de estrés de la manera menos dañina para la persona.
- Fase de agotamiento: Si los mecanismos de adaptación en la fase de resistencia fracasa, se entra en la fase de agotamiento, donde los trastornos fisiológicos, psicológicos, psicosociales tienden a ser crónicos o

irreversibles, de modo que ya no se puede mantener el estado de adaptación.

Los factores causales del estrés son:

- Físicos: está el ruido, la radiación, las toxinas, y todas las demás sustancias concretas que pueden ejercer algún impacto en el organismo.
- Sociales: Proviene de nuestra interacción con las demás personas, algunos acontecimientos como la pérdida de un ser querido, pueden producir efectos agudos y sumamente perjudiciales. Los conflictos con los demás constituyen otra fuente de estrés bastante común. Los sistemas caóticos son estresantes para cualquier persona. Este efecto social es externo y por lo regular está parcialmente bajo nuestro control.
- Psicológicos: Tienen lugar en el interior de nuestra psique y comprenden todas las emociones como frustraciones, ira, odio, celos, miedo, ansiedad, tristeza, autocompasión y sentimientos de inferioridad. La actividad emocional es uno de los efectos más frecuentes del estrés y cuando el estado emocional es negativo es crónico e intenso, puede ser más dañino para nuestra salud.

2.4 Patrones Emocionales

Según Hansberg (1996) son patrones de comportamiento emocional, con respuestas automáticas que tienen que ver con la personalidad, siendo el marco en el que se integran las diversas vivencias emocionales; como los programas que tiene un ordenador que lo que trabaja con él, lo organiza según su estructura. Estos marcan el tono emocional con el que se percibe la vida, regulan la experiencia y desde ellos se da significado a lo que pasa en el entorno. Como sucede en personas que son pesimistas y su tendencia es a interpretar todo lo que es negativo: todo sale mal. Ante cualquier pequeño fracaso se activará el sentimiento de tristeza y de melancolía ya que se interpreta negativamente y con tendencia a generalizarlo. Dependiendo del patrón emocional que se adopte así surgirá el sentimiento.

Las emociones tienen una función adaptativa sirviendo para dar una respuesta a las demandas del entorno. El problema surge cuando emociones como: el miedo, la rabia, la vergüenza y todas aquellas que se consideran negativas, son vividas como algo insoportable y evitadas sistemáticamente, desconectándose así de su mismo ser y de la realidad que rodea. Según sea la gestión que se haga de estas emociones cumplirán un papel adaptativo o inadaptativo. Las emociones alegría, enfado, tristeza, pueden ser tratadas de forma diferente, unas son potenciadas y otras son penalizadas o negadas.

En la angustia del manejo de conflictos con pacientes opositoristas, es muy difícil para las personas responsables atenderles, pensar positivamente. A pesar de ello ser animadores de su ser querido afectado. Las personas con TDAH, necesitan el apoyo incondicional y que crean en ellos, sus familiares y concentrarse en pasar tiempo positivo con ellos, que se les aplauda cada logro.

Los padres o familiares ante una situación desafiante un deber básico enfocarse en lo positivo, alentar a sus hijos a construir sobre sus fortalezas.

2.4.1 Patrones de respuesta

De acuerdo a Nowack (2002) algunas familias tienden a negar los problemas físicos o emocionales y tratan de parecer más sanas de lo que puede probarse de manera objetiva. Otros muestran una inclinación a quejarse de modo excesivo y se esfuerzan por verse más enfermos de lo que están. Asimismo, existen otros que pueden responder al azar y de manera intencional.

2.4.2 Patrón de Conducta tipo A

Es una pauta de conducta en la que predominan la impaciencia, el egoísmo, y la incapacidad para relajarse. Es característico en personas que perciben su entorno como opuesto con sus objetivos y amenazadores de su autoestima. Son individuos tendientes a ejercer la dominación y a competir, se

sienten impulsados a vivir en forma permanente como bajo las pautas propias de un estado de lucha por la obtención del control, está en permanente competencia. Mantiene su organismo en activación constante y prolongada, llevándolo a un estado de resistencia y de tensión.

2.5 Adaptación

Es la interacción entre el individuo y el medio en que vive. La adaptación marca por una parte, la modificación armoniosa de la conducta respecto a las condiciones del medio, por otra parte la evaluación del medio en el cual el individuo actúa.

Además de la tendencia a organizar sus estructuras psicológicas, la gente también suele por herencia adaptarse a su ambiente, en la adaptación participan dos procesos básicos: la asimilación y acomodación.

La asimilación tiene lugar cuando la gente utiliza los esquemas que posee para dar sentido a los acontecimientos del mundo; incluye el intento de entender algo nuevo y de ajustarlo a lo que ya se conoce. En ocasiones podemos distorsionar la nueva información en la tentativa de ajustarla a lo que conocemos.

La acomodación ocurre cuando una persona debe cambiar los esquemas que posee para responder a una nueva situación. Si no es posible ajustar los datos a ninguno de los esquemas, entonces hay que establecer estructuras más apropiadas. Ajustamos nuestro pensamiento para adecuarlos a la nueva información.

Feldman (2002). La adaptación demanda en algún momento la estabilidad y en otros el cambio, permitiéndole a la persona acercarse y lograr una conciliación dinámica con el medio, por lo que la asimilación y la acomodación pueden verse en los cambios en el pensamiento que tienen lugar mediante el proceso de equilibrio: la búsqueda de balance. Suponía que para alcanzarlo, las personas ponen a prueba continua lo adecuado de sus procesos de pensamiento. Hay equilibrio si al aplicar un esquema en particular a un acontecimiento o una situación funciona; pero si el esquema no produce un resultado satisfactorio, entonces hay un desequilibrio y nos sentimos incómodos.

2.5.1 Adaptación cognitiva

Woolfolk (1999). Propone sobre la adaptación cognitiva, según la cual, el ajuste a los acontecimientos se encuentra mediatizado por tres dimensiones de adaptación cognitiva: Atribuir una causa al suceso; Establecer la sensación de control del acontecimiento en particular y más extensamente sobre la vida del propio ser; Incrementar la propia autoestima. Estas estrategias cognitivas pueden provocar la adaptación exitosa en las familias que tienen algún miembro con necesidades especiales.

2.5.2 Adaptación familiar

Se refiere a la flexibilidad y capacidad de los padres o familiares para adoptar y cambiar sus reglas o normas de funcionamiento, roles, etc. Ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios, dificultades o crisis o conflictos por los que puede atravesar la misma en un momento dado. La no presencia de esta flexibilidad impide a la familia hacer uso adecuado de sus recursos, lo que provoca un aferramiento a esquemas, normas, roles, actitudes, que resultan poco funcionales y dificultan encontrar una solución viable a la situación familiar problemática.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo general

- Describir los patrones emocionales adaptativos de familias que viven con pacientes con déficit de atención e hiperactividad.

3.1.2 Objetivos específicos

- Identificar el afrontamiento que adoptan las familias de pacientes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- Evaluar patrones positivos y negativos en cuanto al abordaje que adoptan los familiares ante la hiperactividad del niño.

3.2 Variables

- **Variable dependiente**
Patrones emocionales adaptativos de familias
- **Variable independiente**
Pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

3.3 Definición de variables

- **Definición conceptual**

Patrones emocionales adaptativos que enfrentan las familias

Según Hansberg (1996), son fenómenos psicológicos, con respuestas automáticas que tienen que ver con la personalidad, siendo el marco en el que se integran las diversas vivencias emocionales en las familias con pacientes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad

De la Garza (2005), define que es una enfermedad con causas genéticas y neurológicas, las partes del cerebro que controlan la atención y la actividad presentan algunas diferencias en quienes lo sufren.

3.4 Definición operacional

- **Patrones emocionales adaptativos que enfrentan las familias**

Es medido de acuerdo al Test Perfil de Estrés que mide quince áreas en los familiares de dichos pacientes.

- **Trastorno por Déficit Atención e Hiperactividad**

El estudio se realizó con los familiares de pacientes ya diagnosticados con TDAH en el Centro de Salud de Villa Canales, Guatemala.

3.5 Estadística

- **Muestreo**

Para la presente investigación se tomaron muestras de 20 casos de familiares con pacientes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, en el Centro de Salud de Villa Canales, Guatemala; en un lapso de 60 días.

- **Técnicas de muestreo**

La muestra es no probabilística porque el universo de las familias con pacientes diagnosticados, con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad está limitado.

- **Análisis estadístico**

La forma como se midió los indicadores fue Descriptiva; presentando los resultados de las pruebas con medidas de tendencia central y dispersión: Las puntuaciones T tienen una media de 50 y una desviación estándar de 10. Las puntuaciones de T 40 a T 59 se consideran dentro del promedio y representan las respuestas que son parecidas a las que se dieron en la muestra normativa; las puntuaciones de T 60 y superiores se consideran elevadas, en tanto que las de T 40 e inferiores se consideran bajas. Para su mejor interpretación y análisis.

3.5 Instrumento

El instrumento utilizado para obtener información relacionada con la variable dependiente Patrones emocionales adaptativos de familias se llevó a cabo con el Test Perfil de Estrés, Autor: Kenneth M. Nowak, (2002), esta diseñado para identificar aquellas áreas que ayuden a una persona a tolerar las consecuencias dañinas del estrés cotidiano. Como estrés, hábitos de salud, ejercicio, descanso/sueño, alimentación/nutrición, prevención, conglomerado de reactivos ARC, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, valoración positiva, valoración negativa, minimización de la amenaza, concentración en el problema, bienestar psicológico.

Está basado en el enfoque cognitivo transaccional del estrés y el afrontamiento relacionado con los factores de riesgo psicosocial que regulan la relación entre estrés y enfermedad; Consta de 123 reactivos, que lo hacen un instrumento autoaplicable proporcionando evaluaciones confiables y válidas de un amplio rango en las 15 áreas relacionadas con el estrés y sus puntuaciones son de acuerdo a dicha área a partir de los 20 años. Su aplicación pueden ser individual o colectivamente en hombres o mujeres, con duración que puede oscilar entre 20 y 25 minutos, dependiendo del nivel educativo de las personas.

CAPITULO IV

MARCO OPERATIVO

4.1 Técnicas de Recolección de Datos

- **Fuentes directas**

La base de datos directa la conforman los familiares de pacientes diagnosticados con TDAH, los cuales fueron evaluados con el Test Perfil de Estrés.

- **Fuentes Indirectas**

Se elaboró con libros de texto, diccionarios, enciclopedias, tesis, páginas Web, los cuales conforman los temas que abordan el presente estudio.

4.2 Trabajo de campo

El presente estudio descriptivo se realizó en 20 casos de familiares con pacientes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, en el Centro de Salud de Villa Canales, Guatemala; en un lapso de 60 días.

4.2 Procesamiento de información

Se utilizó equipo de computación con los programas de Microsoft Office: Microsoft Word, para redacción y presentación del trabajo y elaboración de tesis, Microsoft Excel, fue utilizado para tabulación de datos, gráficas y tablas de resultados de las evaluaciones aplicadas.

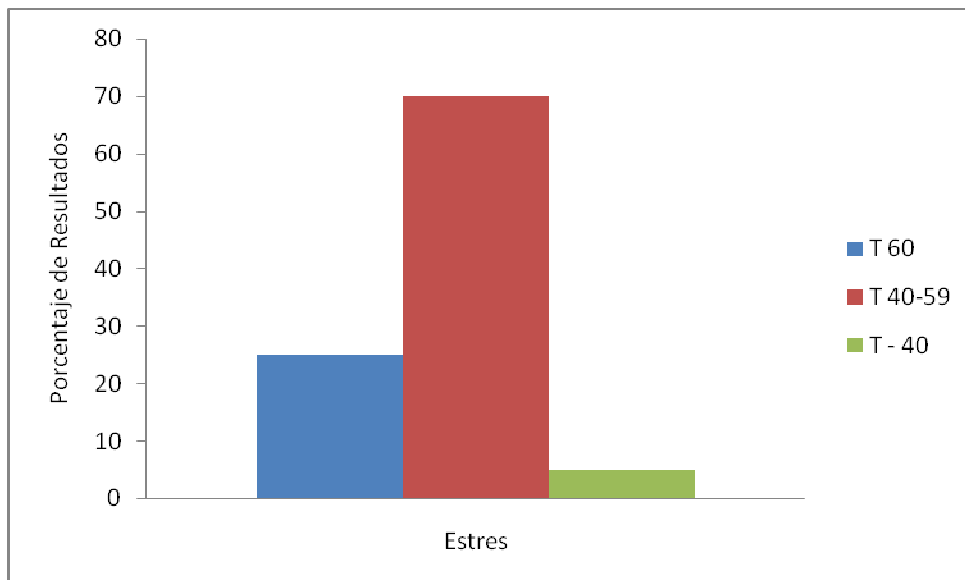
CAPITULO V

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio descriptivo realizado mediante el test Perfil de estrés aplicado a 20 familiares de pacientes diagnosticados con el TDAH en el Centro de Salud de Villa Canales, se analizan los patrones emocionales adaptativos de las mismas, dando el siguiente resultado.

Gráfica No. 1

Área de Estrés de los familiares de pacientes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Centro de Salud de Villa Canales, Guatemala 2009



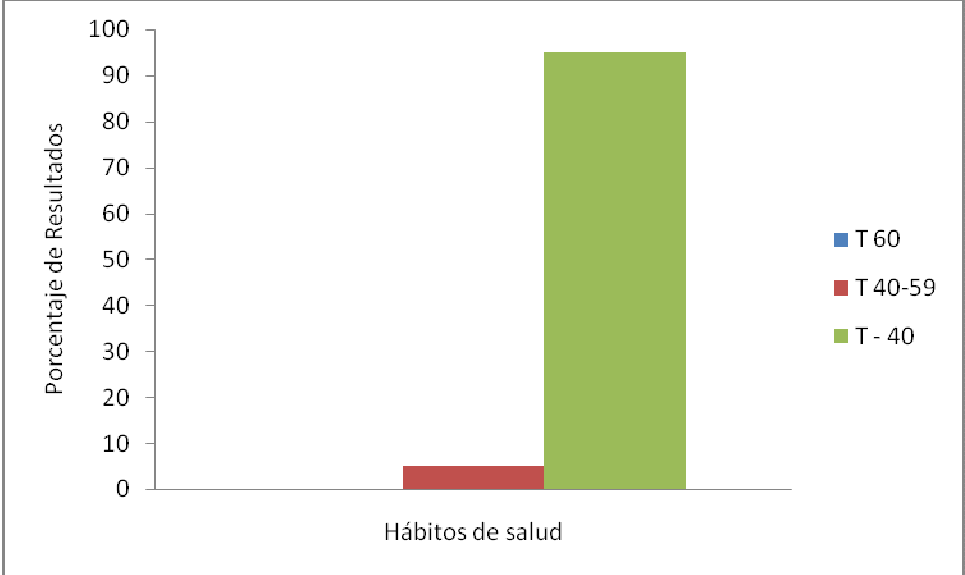
Fuente: Resultados obtenidos de la aplicación del Test Perfil de Estrés

La presente gráfica muestra que en el área de estrés, un 25% de las personas entrevistadas, enfrentan los problemas y actividades cotidianas con más sensibilidad que otras, de este modo arriesgan su salud predisponiéndose a un resultado negativo; el 70% mantiene el equilibrio en su bienestar físico y psicológico en el afrontamiento del problema, solo un 5% percibe un bajo nivel de estrés.

Las puntuaciones de T 60 y superiores se consideran con elevado riesgo
De T 40 a T 59 se consideran dentro del promedio normal a predisponerse
De T 40 e inferiores se consideran bajo nivel

Gráfica No. 2

Hábitos de Salud en los familiares de pacientes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Centro de Salud de Villa Canales, Guatemala 2009

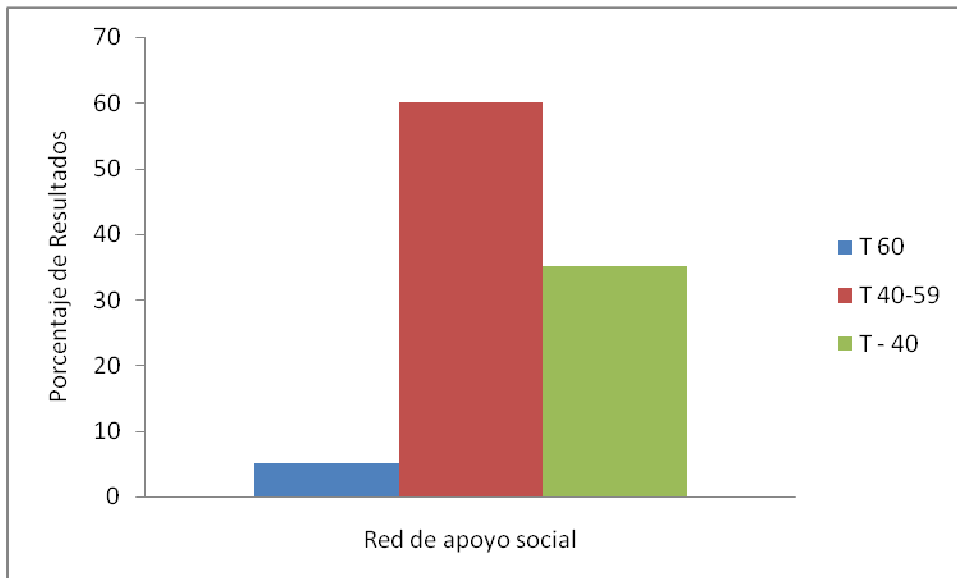


Fuente: Resultados obtenidos de la aplicación del Test Perfil de Estrés

La presente gráfica muestra que el 95% no le dan prioridad a lo hábitos de salud, y solo el 5% mantienen la conducta vital para el desarrollo y bienestar físico y psicológico. Entre los hábitos de salud se incluyen el ejercicio, el descanso, la alimentación, la prevención y el conglomerado de reactivos.

Gráfica No. 3

Área de Red de Apoyo en los familiares de pacientes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Centro de Salud de Villa Canales, Guatemala 2009

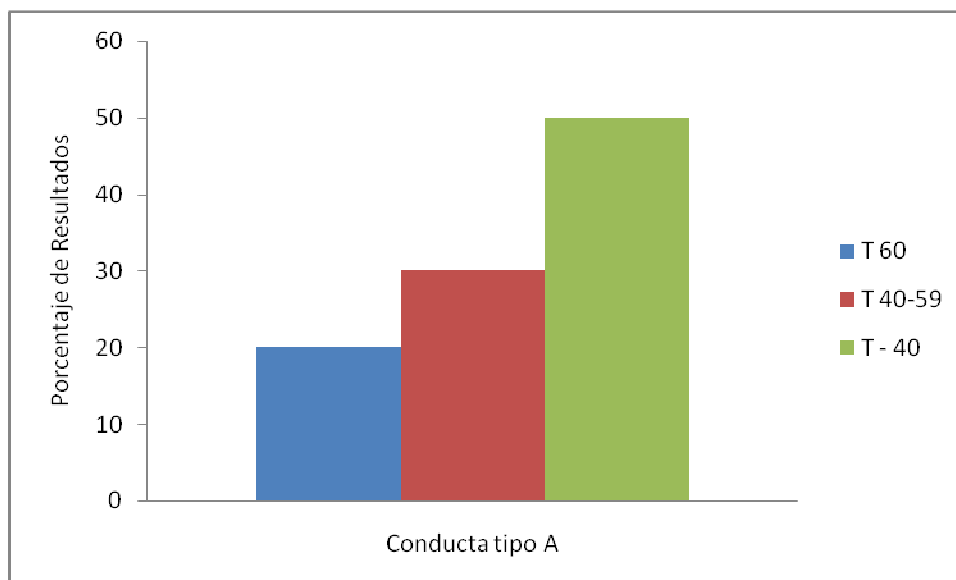


Fuente: Resultados obtenidos de la aplicación del Test Perfil de Estrés

En la red de apoyo el 35% experimentan escaso apoyo emocional y social de su entorno y el 60% manifiestan ser apoyados (as) sin embargo el 5% muestran mayor satisfacción con la calidad y cantidad de apoyo recibido.

Gráfica No. 4

Conducta tipo A en los familiares de pacientes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Centro de Salud de Villa Canales, Guatemala 2009

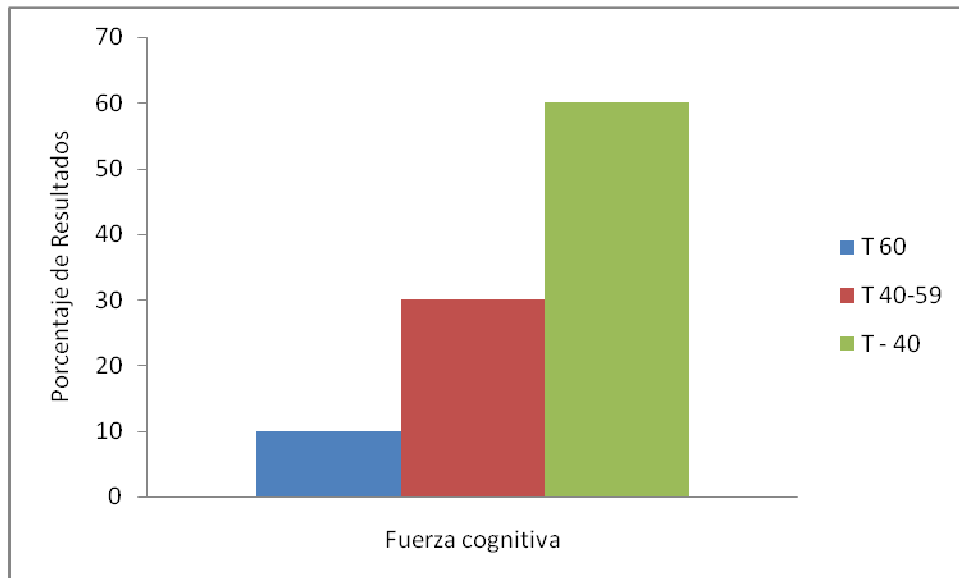


Fuente: Resultados obtenidos de la aplicación del Test Perfil de Estrés

La presente gráfica muestra que un 20% expresan conducta tipo A (ira internalizada, impaciencia, ira expresada, desconfianza, enojo, hostilidad) con mayor frecuencia e intensidad al enfrentar el estrés en la vida cotidiana, predisponiéndose a la enfermedad coronaria. El 30% muestra equilibrio en su afrontamiento y el 50% presenta bajo nivel en esa conducta.

Gráfica No. 5

Área Fuerza Cognitiva de los familiares de pacientes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Centro de Salud de Villa Canales, Guatemala 2009

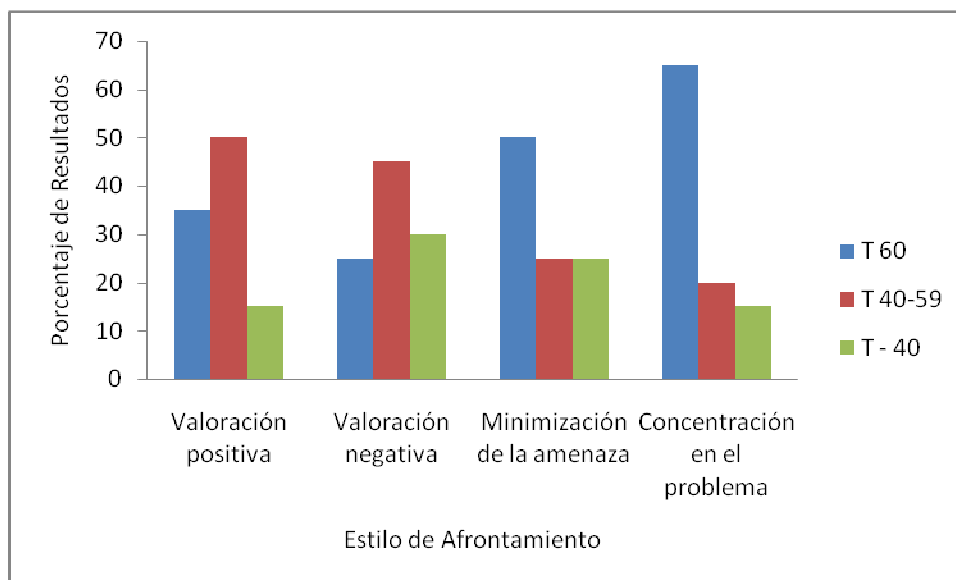


Fuente: Resultados obtenidos de la aplicación del Test Perfil de Estrés

La presente muestra un 10% de la población entrevistada, que experimenta un nivel de compromiso y participación relativamente altos en su trabajo y su familia, así como con ellos mismos. Considerando los cambios de vida y los riesgos como retos y oportunidades de crecimiento. El 30% se encuentra en un nivel propenso a subir o bajar de este equilibrio. Y el 60% están propensos a sentirse alienados en su trabajo y su vida familiar, viendo los cambios y los riesgos como amenaza, propensos a perder el control sobre los acontecimientos más relevantes.

Grafica No.6

Estilo de Afrontamiento de los familiares de pacientes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Centro de Salud de Villa Canales, Guatemala 2009



Fuente: Resultados obtenidos de la aplicación del Test Perfil de Estrés

En el estilo de afrontamiento: se incluyen estas cuatro áreas, la valoración positiva en un 35% se usan las estrategias positivas para reducir el estrés y los riesgos de enfermedad así como el impacto de los problemas o frustraciones recientes. El 50% se mantienen en el equilibrio de ésta y el 15% manifiesta ausencia relativa de esta estrategia.

La valoración negativa en un 25% se autoculpa, critica y piensa catastróficamente, de la situación que están enfrentando, el 45% se aproxima a situaciones desafiantes y el 30% reflexiona sobre las cosas que debieron o no haberse hecho para la resolución del problema que están afrontando.

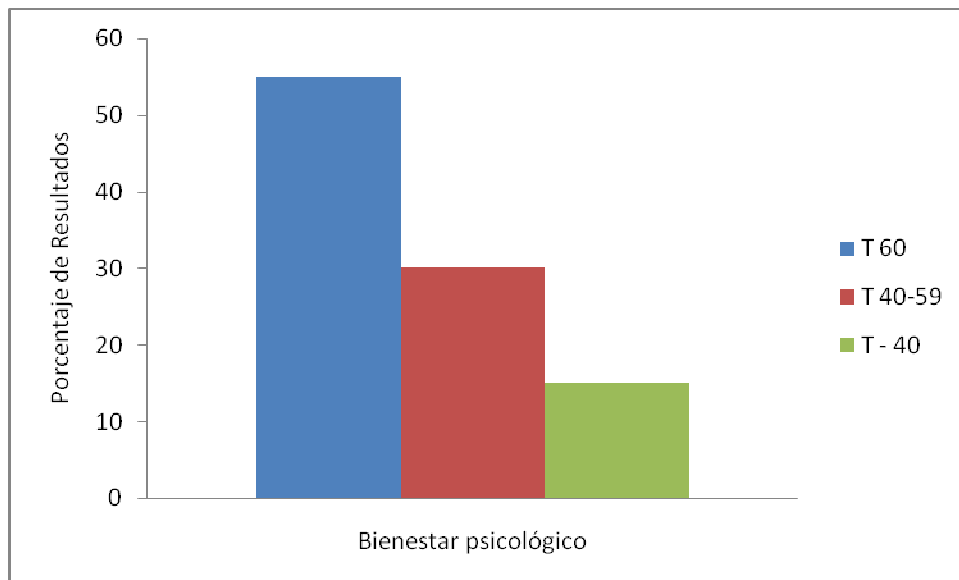
En la minimización del problema, el 50% desvía intencionalmente su atención con frecuencia del mismo, el 25% manifiesta no exagerar el problema y el 25% evita darse cuenta que el problema lo están viviendo.

En la concentración del problema, el 65% determinan un curso de acción eficaz para resolver la situación, el 20% hacen cambios frecuentemente para

aliviar las circunstancias estresantes y el 15% intentan encontrar la solución del problema.

Gráfica No. 7

Área Bienestar Psicológico de los familiares de pacientes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Centro de Salud de Villa Canales, Guatemala 2009



Fuente: Resultados obtenidos de la aplicación del Test Perfil de Estrés

El bienestar psicológico, en un 55% reflejan estar satisfechas consigo mismo/a con la forma de afrontar la situación actual y capaz de disfrutar la vida, el 30% manifiesta falta de bienestar en su vida y en el 15% predomina la incomodidad, la apatía y sentimientos de extrañeza y vulnerabilidad a padecimientos psicológicos y físicos.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

1. De acuerdo a la investigación realizada, los patrones emocionales adaptativos que enfrentan los familiares de pacientes con TDAH, indican un claro reflejo de que descuidan sus hábitos de salud, cuando se convive con los mismos.
2. El escaso apoyo emocional y social en los familiares de pacientes con TDAH es un factor predisponente para el manejo del estrés que produce lidiar con los mismos.
3. La actividad emocional es uno de los efectos más frecuentes del estrés y cuando éste es negativo, crónico e intenso como en la conducta Tipo “A” implica desconfianza, ira, impaciencia, enojo, hostilidad, miedo, odio, celos, ansiedad, tristeza, sentimiento de inferioridad por parte de los familiares de pacientes diagnosticados con TDAH. Estos patrones de afrontamiento lo experimentan en un 20%, no obstante un alto porcentaje denota una mejor adaptación.
4. De acuerdo al estudio realizado a través del Test Perfil de Estrés, se puede establecer que los familiares del Centro de Salud de Villa Canales, en el bienestar psicológico, reflejan un 55% estar satisfechas consigo mismo/a con la forma de afrontar la situación actual, el 30% manifiesta falta de bienestar en su vida y en el 15% predomina la incomodidad, la apatía y sentimientos de extrañeza y vulnerabilidad a padecimientos psicológicos y físicos.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

1. Promover redes de apoyo con organización de actividades enfocadas a proporcionar información sobre cómo abordar el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y así lograr una orientación que ayude a los familiares a afrontar de manera adecuada este trastorno, con el fin de mejorar la calidad de vida de los padres y/o familiares, reflejándose ésta en los niños diagnosticados.
2. Es necesario que exista apoyo interdisciplinario, sobre todo en los establecimientos de salud, educativos y sociales se le de prioridad enfocada a investigar para afrontar de manera positiva este trastorno.
3. Un afrontamiento adecuado logrará una mejor calidad de vida para quienes cuidan del paciente diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y así lograr una acomodación respondiendo de esta manera a la situación nueva por la que atraviesan, puesto que la misma es sinónimo de estabilidad, se logrará una conciliación dinámica con el entorno.
4. Que los familiares conozcan y comprendan el por qué del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, debido a la poca o nula información sobre cómo abordar este trastorno, lo contrario ha provocado comportamiento emocional que en determinado momento da origen a enfermedades y personalidades complejas.

ANEXO

PERFIL DE ESTRÉS

PERFIL DE ESTRÉS

Forma de respuesta y calificación

KENNETH M. NOWACK, PHD

M A N U A L

Traducido por
Lic. José Alberto Jiménez Tapia

BIBLIOGRAFIA

1. Ander, E. (1994). Diccionario de Psicología. Argentina: Editorial Magisterio del Río de la Plata. (2ª. Edición)

PERFIL DE ESTRÉS

2. Becker, J. (1997). Perfil de Estrés. México: Editorial El Manual Moderno, S.A.

3. Gómez, J. (2003). Como se Elabora un Proyecto de Investigación. (3ª. Edición) **Forma de respuesta y calificación**

4. De la Garza, F. (2005). Hiperactividad y Déficit de atención en niños y adultos. (1ª. Edición) **KENNET M. NOWACK, PH.D.**

5. DSM-IV-TR. (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (4ª. Edición). Barcelona, España. Edición Masson, S. A.

6. Enciclopedia de Psicología. (2002). Editorial OCEANO

7. Feldman, R. (2002). Psicología con aplicaciones en países de habla hispana (4ª. edición). México: McGraw-Hill Interamericana.

8. Frías, M. (1993). Neurología: El Componente de Déficit de Atención con Hiperactividad. (2ª. Edición). Editorial El Manual Moderno, S.A.

9. Foster, C. (1983). Las familias funcionales y disfuncionales. Psicología Evolutiva y Educativa. Miami, F.L.U. S. A. Editorial, Univ.

10. Goode, W. (2001). La familia. (1ª. Edición en español). México: Editorial Hispano Americana.

BIBLIOGRAFIA

1. Ander, E. (1999). Diccionario de Psicología. Argentina. Editorial Magisterio del Río de la Plata. (2ª. Edición)
2. Becker, W. C. (1998). Los Padres son Maestros (5ª. Impresión). México. Editorial TRILLAS.
3. Chávez, J. (2003). Como se Elabora un Proyecto de Investigación. (3ª. Edición) Guatemala, C.A.
4. De la Garza F. (2005). Hiperactividad y Déficit de atención en niños y adultos, (1ª. Edición) México. Editorial TRILLAS.
5. DSM-IV-TR, (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (1ª. Edición). Barcelona, España. Editorial Masson, S. A.
6. Enciclopedia de la psicología volumen I, II y IV. España. Editorial OCEANO
7. Feldman R. (2002). Psicología con aplicaciones en países de habla hispana (4ª. edición). México: McGraw-Hill Interamericana.
8. Finkel, M. (1998). Neurología El Desorden de Déficit de Atención con Hiperactividad. (2ª. Edición). Filadelfia, U. S. A.
9. Foster, C. (1993). Las familias funcionales y disfuncionales, Psicología Evolutiva y Educativa. Miami, Fl. U. S. A. Editorial, Unilit.
10. Goode, W. (2001). La familia, (1ª. Edición en español). México. Editorial Hispano Americano.

11. Hansberg, O. (1996). La Diversidad de las Emociones, (1ª. Edición). México, D. F.
12. Hernández, V. (1998). Características Creativas del niño con Síndrome por Déficit de Atención con Hiperactividad, (3ª. Edición) México.
13. Littauer, F. (2003). Enriquezca su personalidad para padres. (1ª. Edición) Miami, Fl. Editorial Unilit.
14. Nowack K. (2002). Perfil de Estrés, Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.
15. Parker, H. Thomas (2001). Guía de Trabajo para Padres, Maestros y niños, sobre el Trastorno Hiperactivo y Déficit de Atención. New York; Specialty Press Inc.
16. Perot, M. (1968). La familia y el Niño, (6ª. Edición). Barcelona, España. Editorial Luis Miracle.
17. Piloña, G. (2008). Guía Práctica sobre Métodos y Técnicas de Investigación Documental y de Campo (7ª ed.) Guatemala: CIMGRA.
18. Saito, M. (2000). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, (1ª. Edición). México, D. F. Editorial, Hermes.
19. Woolfolk A. (1999). Psicología Educativa, (7ª. edición). México, PEARSON Educación.

TESIS

1. Castillo, R. (1998). La Influencia de la Desintegración Familiar en el Comportamiento de Niños de 07 a 10 Años y Programa de Orientación a

Padres y Maestros. (Tesis). Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas.

2. Figueroa, C. (2003). Características de una población de niños guatemaltecos con diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, (Tesis) Universidad Rafael Landívar de Guatemala, Guatemala.
3. González A. (2007). El afecto familiar: un estudio sobre su influencia en el rendimiento escolar del adolescente. (Tesis) Guatemala: Universidad Mariano Gálvez de Guatemala, Facultad de Psicología.
4. Guevara M. (2000). Eficacia de los Grupos de Autoayuda, en la Violencia Intrafamiliar. (Tesis) Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas.
5. Rivera O. (1993). Relación entre Rendimiento Académico e Índice de Hiperactividad, Escala CTRS-28. (Tesis). Universidad Rafael Landívar de Guatemala. Guatemala.
6. Sánchez C. Velásquez, R. & Villanueva, M. (1987). Aplicación de un programa de modificación de conducta en niños con Trastornos por Déficit de Atención, para reforzar las conductas apropiadas y disminuir las inapropiadas. (Tesis) Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas.

REVISTA

1. Korn, A. (2001). Desorden Déficit de Atención e Hiperactividad. Revista Molecular Psychiatry. Vol. 5, No. 2, 195-214. Buenos Aires, Argentina. Publicación 25/10/2001.

INTERNET

1. Fernández A. (2004) Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
<http://www.anshda.org/tdha2004.pdf>
2. López, M.
Hiperactividad Infantil
Disponible en: <http://www.slowmind.net/add.html>
3. Romano P. (2004), Trastorno por Deficit de Atención e Hiperactividad
<http://www.deficitdeatencion.org/cancun02.ppt#276,2>, Diapositiva 2