



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Escuela de Psicología Clínica.

TEMA: “El funcionamiento familiar y los niños con Trastorno por déficit de atención, del Centro de Rehabilitación Integral Especializado N°5 (CRIE).”

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE: “PSICÓLOGA CLÍNICA”

Autora: María Fernanda Coello Gomezjurado

Directora: Mst. Lucía Cristina Cordero Cobos

Cuenca- Ecuador

2016

DEDICATORIA

El presente trabajo de tesis va dedicado para toda mi familia, quienes estuvieron presentes a lo largo de mi carrera universitaria. Gracias a cada uno de ellos, ya que sin su ayuda esto no hubiera sido posible.

AGRADECIMIENTOS

Mis más sinceros agradecimientos para mi tutora de tesis, quien guió cada paso para hacer posible este trabajo. Agradezco también a mis padres por haberme apoyado, ya que sin ellos no hubiese podido culminar esta meta. A mi suegra quien estuvo presente apoyándome de la misma manera hasta el día de hoy. Finalmente a mi esposo y a mi hija quienes han sido mi más grande inspiración para llegar hasta donde hoy me encuentro.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Contenido	
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	iv
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y CUADROS	vi
ÍNDICE DE ANEXOS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN:.....	1
1. MARCO TEÓRICO	2
2.1 CAPÍTULO 1: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN	2
2.1.1 CONCEPTO	2
2.1.2 SINTOMATOLOGÍA.....	6
2.1.3 TRATAMIENTO DESDE DISTINTAS ORIENTACIONES.....	9
2.1.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDAD	14
2.1.5 FACTORES DE RIESGO	16
2.2 CAPÍTULO 2: LA TEORÍA FAMILIAR SISTÉMICA Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	21
2.2.1 ANTECEDENTES DE LA TEORÍA FAMILIAR SISTÉMICA	21
2.2.2 CONCEPTOS DE LA TEORÍA FAMILIAR SISTÉMICA	22
2.2.3 FUNCIONALIDAD FAMILIAR DESDE UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA	24
2.3 CAPÍTULO 3: CORRELACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	30
2.3.1 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SUS FACTORES CON NIÑOS/AS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN.	31
2.3.2 ANÁLISIS DE LOS TIPOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL CUESTIONARIO FF-SIL.....	39
2.3.3 ANALISIS DE CADA ESCALA.....	41
2.3.4 COMPARACIÓN DE RESULTADOS.....	49
3.1.1 SOCIALIZACIÓN ACERCA DEL TRASTORNO EN EL CRIE NO5	64
3.2 CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	68
3.2.1 RELACIÓN DE LOS HALLAZGOS Y LA HIPÓTESIS.....	70
3.2.2 RECOMENDACIONES.....	71

3.2.3	BIBLIOGRAFIA	73
3.2.4	ANEXOS	78
3.2.4.1	Fichas sociodemográficas	78
3.2.4.2	Entrevista semi estructurada	78
3.2.4.3	Cuestionario FF-SIL	78

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y CUADROS

Ilustración 1 Tipos de Funcionalidad Familiar con niños/as con TDAH.....	40
Ilustración 2 Promedio de Cohesión Familiar.....	42
Ilustración 3 Promedio de Armonía Familiar.....	43
Ilustración 4 Promedio de Comunicación Familiar.....	44
Ilustración 5 Promedio de Permeabilidad Familiar.....	45
Ilustración 6 Promedio de Afectividad Familiar.....	46
Ilustración 7 Promedio de Rol familiar.....	47
Ilustración 8 Promedio de Adaptabilidad Familiar.....	48
Ilustración 9 Edad de los niños con TDAH.....	50
Ilustración 10 Estado civil de los cuidadores primarios de los niños/as con TDAH.....	51
Ilustración 11 Tipos de familias de los niños/as con TDAH.....	52
Ilustración 12 Sector en el que viven las familias de los niños/as con TDAH.....	53
Ilustración 13 Posición socioeconómica de las familias de los niños/as con TDAH.....	54
Ilustración 14 Niños con TDAH que realizan actividades extracurriculares.....	55
Ilustración 15 Actividades que realizan los niños/as con TDAH.....	56
Ilustración 16 PREGUNTA 1.....	57
Ilustración 17 PREGUNTA 2.....	58
Ilustración 18 PREGUNTA 3.....	59
Ilustración 19 PREGUNTA 4.....	60
Ilustración 20 PREGUNTA 5.....	61
Ilustración 21 PREGUNTA 6.....	62
Ilustración 22 PREGUNTA 7.....	63
Tabla 1 Estándares de Funcionamiento Familiar.....	39
Tabla 2 Puntuación para cada ítem del Cuestionario FF-SIL.....	41

ÍNDICE DE ANEXOS

2.4.4.1 Fichas sociodemográficas

2.4.4.2 Entrevista semi estructurada

2.4.4.3 Cuestionario FF-SIL

RESUMEN

Con este estudio se pretende demostrar la interrelación entre el sistema familiar y un miembro con Trastorno por déficit de atención. De esta manera el tratamiento será favorecedor si se contribuye a medida de que el profesional en la salud también tome en cuenta el aspecto familiar a la hora de dar un tratamiento. El estudio se realizará mediante la aplicación del Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL). El niño es parte de un sistema, por lo tanto la contribución será dar un trabajo integral a nuestros pacientes, no solo centrándonos en el niño, sino en el sistema familiar con toda su complejidad.

ABSTRACT

This study aims to demonstrate the interrelationship between family system and a member with Attention Deficit Disorder. Consequently, the treatment will be beneficial if the health professional also keeps in mind the family aspect when giving treatment. The study will be done through the implementation of the Family Functioning Questionnaire (FF-SIL). The child is part of a system; therefore, the contribution will be to provide our patients with a comprehensive work, not only focusing on the child but on the family system in all its complexity.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INTRODUCCIÓN:

El presente trabajo de investigación se vio motivado debido a la poca importancia que se le da a la intervención de la familia en la interacción con un niño con TDAH. Existen diversos estudios en los cuales se enfatiza dicha falta de intervención familiar con un diagnóstico de TDAH. (Herrero, Castellar, Casas, Hierro & Jiménez, 2006). Como objetivo principal está el determinar el tipo de funcionamiento familiar de la muestra recogida del Centro de Rehabilitación Integral Especializado CRIE No5. Dentro de los objetivos específicos establecidos para el presente trabajo está el establecer y analizar los factores que componen la funcionalidad familiar de cada sistema evaluador. Se estableció una hipótesis inicial en la cual se fundamentó que las familias que tienen un miembro con trastorno por déficit de atención, presentan alteraciones en su funcionamiento. En lo que refiere a la metodología se utilizó el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), además de una entrevista estructurada y una ficha sociodemográfica.

1. MARCO TEÓRICO

2.1 CAPÍTULO 1: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

En el presente capítulo se desarrollará el marco conceptual del trastorno por déficit de atención dentro del cual se abordará el concepto, sintomatología, tratamientos desde distintas orientaciones, factores riesgo, el diagnóstico diferencial y su comorbilidad. Esta es considerada una patología que se presenta regularmente durante la primera infancia, razón por la cual es importante conocerla a profundidad para presentar un diagnóstico acertado. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es el problema que llega con más frecuencia a consulta y existen evidencias de que este trastorno afecta entre el 8% y el 12% de los niños alrededor del mundo. (Biederman & Faraone, 2005)

2.1.1 CONCEPTO

El trastorno por déficit de atención es un problema de suma complejidad debido a su temprana aparición y naturaleza multicausal, ya que altera totalmente el funcionamiento normal del sujeto en diferentes ámbitos del diario vivir. Se caracteriza por presentar dificultades en la regulación atencional, la flexibilidad y la atención. La primera descripción de la sintomatología del presente trastorno se dio en el año 1844, por el médico alemán Hoffman, quien relató un cuento en el que el protagonista era un niño llamado Phil, quien era extremadamente inquieto, que no podía estar sentado y tenía bajo rendimiento escolar. Sin embargo, no logra detallar minuciosamente toda la sintomatología que actualmente conocemos. (Miranda, Amado & Jaque, 2001)

En el Ecuador, específicamente en el Hospital de Quito No.1 de la Policía Nacional en el año 2011-2012, fueron atendidos en consulta 275 pacientes, entre los

cinco a quince años de edad; dentro de los cuales 82 pacientes tuvieron un diagnóstico de Trastorno por déficit de atención con y sin Hiperactividad, con una mayor afluencia del tipo combinado y de pacientes masculinos. (Hernández, 2012)

Aproximadamente en el siglo XIX se describieron por primera vez las características de éste trastorno, trabajo que fue realizado por el Pediatra Británico George Still, en el año 1902. Still realizó un estudio con un grupo de 20 niños con características similares a lo que actualmente conocemos como Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de tipo combinado. Curiosamente relacionó la conducta hiperquinética de aquellos niños, con “fallos en el control moral”, condición que se pensaba que se debía a la presencia de un daño cerebral, es decir ya sea por una herencia biológica o por una lesión dada al momento de nacer. (Miranda, Jarque & Soriano, 1999).

Posteriormente en los años 60, el Departamento Americano de Salud, Educación y Bienestar, reemplaza el término daño cerebral utilizado por George Still, por “disfunción cerebral mínima” para describir a un trastorno del aprendizaje y la conducta que se hallaba en niños con inteligencia intacta pero con dificultades en el Sistema Nervioso Central. Dentro de la sintomatología de éste trastorno estaba la impulsividad, dificultades atencionales y en la memoria, problemas de aprendizaje, y dificultades sensoriales. (Boydston, Ackerman, Stevens, Clements, Peters & Dykman, 1968)

Durante el transcurso de los años 20 y 30, Hohmán (1922), Khan y Cohen (1934), creyeron que los síntomas descritos por Still eran los mismos que se daban cuando había una lesión cerebral, razón por la cual concluyeron que este trastorno tenía una base neurológica y lo denominaron “lesión cerebral humana”. Sin embargo se

dieron cuenta que esta patología no se trataba de una lesión cerebral concreta, sino de una problemática general cuya etiología no se hallaba en el cerebro, pues este se encontraba totalmente normal y es así que la denominaron “disfunción cerebral mínima”. Es por esto, que en el año 1962, Clements y Peters, basados en lo anteriormente dicho, perfilaron una sintomatología para dicha patología, dentro de las cuales incluían la hiperactividad, trastornos en la conducta motora, dificultades en la coordinación y la atención, trastornos perceptivos, problemas de aprendizaje, dificultades en el control de impulsos, trastornos afectivos, agresividad y alteraciones en las relaciones. (Ajuriaguerra, 1973)

Es así como aparece por vez primera en el Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales, DSM II publicado por la APA, en el año 1968: “Reacción Hiperkinética de la Infancia” y posteriormente en el DSM III, es donde se cambiarían muchos de los criterios antes establecidos e incluso su denominación. (Menéndez, 2001)

En el año 1972 la Psicóloga Canadiense Virginia Douglas, aclara más el concepto de dicha patología, argumentando que la característica principal del TDAH no era el exceso de actividad presente en los niños; sino la dificultad que los mismo tenían para tener una atención sostenida por un lapso de tiempo prolongado, sumado a esto se presenciaba también impulsividad. Esta carencia de autorregulación constata, es lo que causa la falta de una correcta adaptación a cualquier situación en la que el niño se encuentre. (Douglas, 1972)

El reconocido Científico, Psicólogo e Investigador Norte Americano, Russell A. Berkley, propuso otra definición para el TDAH, manifestando así que éste es un trastorno de desarrollo que se caracteriza por tener dificultades atencionales, impulsividad e hiperactividad; que con frecuencia surge en la primera infancia y la

mayoría son de naturaleza crónica. No se explican mejor por la presencia de un déficit sensorial ni neurológico, ni tampoco por la presencia de un trastorno emocional grave o un retraso mental. Por lo general esta patología conlleva dificultades para llevar a cabo una acción que requiera trabajo constante y por un período prolongado de tiempo. (Barkley, 1990)

Douglas fue un personaje decisivo para que en el DSM III, se introdujeran nuevos criterios diagnósticos y consigo llevó el cambio de denominación del trastorno a “Déficit de atención con y sin hiperactividad”. Es así como se continuó tomando en cuenta la postura de Douglas en la revisión del manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM III-R), priorizando la dificultad en la atención, como base para el diagnóstico. (Menéndez, 2001)

En el DSM IV (2000), se introduce esta patología con el nombre de “Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador”, dentro de esta clasificación se incluyen tres criterios de subclasificación dentro de los cuales tenemos trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo con predominio del déficit de atención, trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado y trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.

Actualmente en el DSM V (2014), el Quinto Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades mentales, se presenta a esta patología con el nombre de “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad”. Aparece con dos sub clasificaciones de hiperactividad e impulsividad y de inatención, a diferencia del DSM-IV, que tenía tres sub clasificaciones donde la hiperactividad y la impulsividad se hallaban separadas al igual que la inatención que tenía otra denominación: “falta de atención”. En la

codificación del trastorno también se incluye la gravedad, estableciendo así si la patología es leve, moderada o grave.

Por otro lado en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), aparece con el nombre de “Trastorno hiperkinético”, y al igual que el DSM-IV tiene tres sub clasificaciones, dentro de las cuales tenemos déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. (CIE-10, 1992)

Es así como podemos definir al Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, como síndrome caracterizado por tres síntomas principales que son la inatención, la impulsividad y la hiperactividad, aunque no siempre se los encuentre a todos de manera conjunta en un paciente. Regularmente tiene inicio a los siete años de edad, sin embargo existen manifestaciones presentes y evidentes antes de los cinco, es por eso la dificultad en detectar en temprana edad esta patología, contrario a lo que se logra hacer cuando el niño ya madura y se puede evidenciar sus dificultades en el área académica. (Acle & Ortiz, 2006)

2.1.2 SINTOMATOLOGÍA

Actualmente los Profesionales de la Salud trabajan en base a la Quinta revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, DSM-V y la Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10. Dentro de los criterios diagnósticos del DSM-V tenemos al Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en el apartado “A” se menciona que la sintomatología debe estar presente de manera persistente y que ésta debe interferir en el desarrollo normal del paciente. Dentro del mismo apartado se debe situar al paciente en cuanto a la prevalencia de su sintomatología dentro de las dos sub clasificaciones existentes, ya sea

de inatención o hiperactividad e impulsividad. Dentro de estas sub clasificaciones las dificultades presentes deben permanecer por lo menos seis meses y deben presentar seis o más criterios de cada sub clasificación, de acuerdo a cada caso. Dentro de la sub clasificación de inatención debe existir descuido y errores en las actividades que realice, dificultad para tener una atención sostenida, dificultad en atender cuando alguien le habla, no sigue instrucciones y cuando lo hace no culmina lo iniciado, demuestra disgusto o evade el iniciar una tarea que requiera una atención sostenida, hace perder sus cosas, dispersa su atención con estímulos externos con gran facilidad, olvida las cosas que diariamente tiene que hacer. Dentro de la sub clasificación de hiperactividad e impulsividad el paciente con frecuencia se encuentra en movimiento a pesar de que esté sentado, no puede permanecer sentado por un lapso prolongado de tiempo, se lo encuentra corriendo en situaciones o lugares donde no es apropiado hacerlo, se le dificulta formar parte de actividades recreativas por un lapso de tiempo prudencial, regularmente se lo ve ocupado como si fuese manejado por una máquina, es verborreico, responde sin antes de pensar en lo que va a decir e incluso antes de que se termine de formular una pregunta, no puede participar en juegos que requieran turnos, interfiere en conversaciones o actividades ajenas. (DSM-V, 2014)

En el apartado “B”, se menciona que algunos síntomas antes mencionados se han presenciado antes de los doce años de edad. Mientras que en el apartado “C”, menciona que los síntomas están presentes en diferentes contextos de la vida del paciente. En el apartado “D”, se establece que hay existencia de pruebas claras de que la sintomatología presente interfiere en el funcionamiento del paciente en distintas áreas, reduciendo así la calidad de los mismos. Finalmente en el apartado “D”, se argumenta que los síntomas no se entienden mejor por la presencia de una esquizofrenia, un trastorno psicótico, o cualquier otro trastorno mental. En lo que refiere a la codificación

se debe especificar si la presentación del trastorno es combinada, si predomina la falta de atención o predomina la hiperactividad/impulsividad. Se especifica también si existe o no remisión parcial; es decir si se cumplen con todos los criterios pero no durante los últimos seis meses y a pesar de eso existe un deterioro significativo en diversas áreas. Se debe establecer la gravedad de la patología, tomando en cuenta ciertos grados que lo determinan que son leve, grave o moderado. (DSM-V, 2014)

Por otro lado tenemos el CIE-10, en donde el trastorno aparece con el nombre de Trastorno Hiperkinético. Dentro de los criterios aparece que el inicio de esta patología no se da antes de los siete años de edad; así como las presentes características del trastorno deben estar presentes en la mayoría de situaciones. Los síntomas presentes interfieren significativamente en el desarrollo normal del paciente en distintos ámbitos. Finalmente no cumple con los criterios para catalogar a la problemática como un trastorno generalizado del desarrollo, un episodio maniático o depresivo, o un trastorno de ansiedad. (CIE-10, 1992)

Posterior a esto tenemos los sub tipos, dentro de los cuales tenemos al TDA con predominio de déficit de atención, para lo cual debe existir una recurrente dificultad para prestar atención a pequeñas cosas y cometer errores por descuido. Dificultad para lograr una atención sostenida durante la ejecución de una tarea o un juego. Parece no escuchar cuando se le habla. Dificultad en realizar un mandado y mantener una organización en tareas. Evidencia de incomodidad o evasión ante tareas o actividades y es olvidadizo. Hace perder objetos y se distrae con gran facilidad. Dentro de la sub clasificación que hace referencia a la hiperactividad tenemos que hay gran inquietud que lleva a la incapacidad del individuo de permanecer sentado en un lugar, así como una excesiva actividad que no manifiesta un cambio a pesar del entorno social. Constantemente se lo ve trepando o corriendo y haciendo ruido en momentos y lugares

donde se espera otro comportamiento. Finalmente esta el apartado de impulsividad, el cual enfatiza a que el individuo a menudo responde antes de formular la pregunta o de dar una premisa. Existe también una recurrente incapacidad para guardar turnos, se inmiscuye e interrumpe en conversaciones o acciones de los demás y es verborreico. (CIE-10, 1992)

La forma de presentación de la patología difiere de acuerdo a la edad de la persona que la padece. En el caso de niños de uno a tres años de edad la sintomatología se presenta con características como la desobediencia, irrespeto tanto a las figuras autoritarias como a las normas impuestas por las mismas, por lo general presentan problemas para dormir y en el lenguaje; sin embargo el diagnóstico a tan temprana edad, se vuelve muy complejo. Los niños de tres a seis años presentan síntomas como dificultades en la motricidad gruesa, un comportamiento negativista desafiante, y sobretodo presentan una extrema movilidad que se expresa en su gran mayoría en el juego. Los niños de seis a doce años de edad, son los que llegan a consulta con mayor afluencia, y presentan por lo general una gran facilidad de distraerse, excesiva movilidad, agresividad, impulsividad, problemas de aprendizaje y alteraciones interpersonales, tanto en el ámbito escolar como familiar. En el caso de adolescentes, el 70% presenta sintomatología clínica hasta llegar a esta etapa evolutiva; sin embargo la excesiva actividad motora va reduciendo con el paso del tiempo y se manifiesta con una marcada impaciencia. (Castillo, 2014)

2.1.3 TRATAMIENTO DESDE DISTINTAS ORIENTACIONES

Durante los años 60 se utilizó el sulfato de anfetamina (Benzedrina) descubierto por Bradley en el año 1937, para incrementar la atención. Esta medicación fue un éxito

durante esta época por los positivos efectos que produjo, razón por la cual las investigaciones acerca de dicho fármaco se incrementaron. Conjuntamente utilizaban técnicas conductuales con técnicas como programas de refuerzo en casa, modelado, refuerzo social y la economía de fichas. Posteriormente a inicios de los años 70 se empezó a estudiar las técnicas conductuales antes mencionadas. De las investigaciones realizadas durante esta época, se concluyó que el tratamiento más eficaz para el TDAH era el combinado, es decir la terapia conductual y la medicación administradas a la vez. Su eficacia era aún mayor, al de cada una por separado. Otra conclusión a la que se llegó fue que la medicación es igualmente eficaz que la utilización de técnicas conductuales, y es accesible económicamente. Durante la década de los 80, es cuando surge el apogeo del uso de técnicas cognitivo- conductuales. A la vez es la época en la que se estudia a profundidad la medicación, las dosis que se administraba a cada paciente, y la eficacia de los tratamientos combinados. En los años 90, el tratamiento con fármacos fue el más utilizado, y se continuaron con las investigaciones de los tratamientos combinados, postulando así la necesidad del fármaco y la terapia cognitivo- conductual, que lo que va a lograr es la reducción de la dosis de la medicación y del tiempo de tratamiento. (Zuluaga, 2007)

En lo que refiere a un tratamiento no farmacológico del TDAH, ha sido un tema de discusión entre clínicos e investigadores, ya que se formula un punto de vista en el cual la medicación puede agravar la sintomatología del presente trastorno, muchas veces existe una baja respuesta ante los fármacos y lo que es más negativo aun, los efectos secundarios de la misma. Otro factor que se interpone al uso de los fármacos es la resistencia por parte de los familiares del paciente, aún más cuando se trata de un niño menor a seis años, debido a que no es recomendable el uso de los mismos a tan

temprana edad. Es por eso que se requiere más intervenciones psicológicas y psicopedagógicas que sustituyan a los fármacos. (Troncoso, Guidi & Alda, 2013)

Dentro de la intervención psicológica tenemos la terapia conductual, la cual consiste en el uso de reforzadores para premiar la conducta que se espera del paciente, en cuanto a su impulsividad, inatención e hiperactividad. Se realiza un análisis para determinar cuáles son las causas de que el niño actué de tal manera, y se establece un programa de reforzadores para fortalecer la conducta esperada. En el caso de que se desee disminuir la presencia de conductas no deseadas se puede utilizar el coste de respuesta, programa en el cual el niño perderá el reforzador positivo; es decir el premio. Se pueden utilizar un sin número de técnicas, sin embargo hay que ver cuál es la más apropiada para cada caso, el tiempo fuera y la economía de fichas son las más eficaces. Otra intervención psicológica es el entrenamiento para padres, el cual consiste en dar una psicoeducación acerca de la patología y enseñar a los padres distintas técnicas conductuales que pueden utilizar para modificar la conducta del niño. Esta técnica también se basa en enseñar a los padres a fomentar el autoestima de su hijo y las relaciones paterno- filiales y sobretodo como manejar la patología de mejor manera. La tercera intervención psicológica que se puede utilizar es la terapia cognitiva, enfocándose en las relaciones interpersonales, para lo cual el objetivo de este tratamiento es fomentar las aptitudes y comportamientos del niño para poder relacionarse de manera asertiva y adecuada con sus iguales. Esto se logra enseñando al niño a tener una postura corporal adecuada, a sonreír y mantener contacto visual, son técnicas conductuales que conjugándolas con un enfoque cognitivo puede dar resultados que favorezcan al paciente. (Troncoso, Guidi & Díez, 2013)

Por otro lado en lo que refiere al área psicopedagógica, se debe realizar intervenciones a nivel académico, con el objetivo de mejorar el rendimiento escolar a

través de una adaptación tanto del material como el entorno físico para lograr una mejor respuesta por parte del niño. Debemos empezar interviniendo con el personal docente a cargo del niño psicoeducando acerca de la patología y enseñando estrategias para el manejo de la patología del niño. (Troncoso, Guidi & Alda, 2013)

El tratamiento farmacológico es fundamental para el tratamiento del TDAH, los fármacos utilizados para tratar esta patología son el metilfenidato, la dextroanfetamina que son estimulantes, es decir elevan la dopamina y la noradrenalina incrementando así el nivel de alerta y también se utiliza la atomoxetina que no es estimulante.

El metilfenidato se lo utiliza en niños desde los seis años de edad, su función radica en disminuir sintomatología específica como es la hiperactividad, inatención e impulsividad. Dentro de los efectos secundarios de dicha medicación tenemos la reducción del apetito, dolores de cabeza y dificultades para dormir; Sin embargo, no en todos los casos se presentan estos efectos colaterales de la medicación. Por otro lado se utiliza una anfetamina denominada Dexanfetamina, con pacientes que no presentan mejora alguna con el Metilfenidato; presenta los mismos efectos colaterales de este último, no obstante se debe incrementar la dosis gradualmente en un periodo de cuatro a seis semanas para reducir dichos efectos y lograr así una adaptación ideal ante el uso del medicamento. Se utiliza también la Atomoxetina más conocida con su nombre genérico Strattera, cuyo efecto no es estimulante como los medicamentos anteriormente mencionados. Es un inhibidor de la recaptación de noradrenalina, lo que hace en el niño es mejorar los procesos atencionales y mantener controlada la impulsividad e hiperactividad, sintomatología propia del TDAH. Dentro de los efectos colaterales que se han visto con mayor frecuencia esta la falta de apetito y las náuseas. (Castillo, 2014)

Hernández (2012), establece algunas pautas para el manejo del TDAH, como el practicar algún deporte que no sea extremadamente competitivo como puede ser el karate, el uso de la bicicleta, realizar caminatas, la natación. La realización de estas actividades va a ayudar a disminuir la hiperactividad. Se recomienda que sean de baja competitividad ya que los niños que tienen TDAH, de por sí ya presentan un pobre desempeño en los deportes. Se recomienda también que el niño se relacione con niños más pequeños que él, lo cual le va a generar un sentimiento de pertenecer a un grupo lo que va a servir para mejorar o incrementar las habilidades sociales. En el hogar se recomienda que exista un repertorio de normas y reglas claras, establecidas con el paciente. Deben ser discutidas por parte de las figuras paternas para de esa manera explicar al paciente los efectos o consecuencias de sus acciones. Se recomienda que estas normas sean escritas en un papelógrafo con colores llamativos para que el niño las tenga presente en cada momento. Se debe cumplir con las consecuencias establecidas desde un principio, de manera consecutiva a la conducta que se espera extinguir. Tomar en cuenta las conductas positivas, por más mínimas que estas sean, deben ser reconocidas y en caso de que amerite deben ser premiadas, de acuerdo al criterio y opinión de los padres. Se recomienda que en lo que refiera a los castigos, deben ser aplicados en un lapso de tiempo corto, que le permita al niño ser consciente de la conducta emitida. Al momento de dar una instrucción o una orden verbal, se debe establecer contacto visual constante, para constatar la atención del niño acerca de la misma. Se pueden realizar actividades para mejorar los procesos atencionales del niño en el hogar, se puede por ejemplo pedirle que levante la pierna derecha, o que pida permiso para entrar al dormitorio central, o realizar actividades que requieran de turnos, para así lograr mejorar los procesos atencionales.

2.1.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDAD

Se debe tomar en cuenta que al momento de realizar un diagnóstico de TDA, se debe analizar cuidadosamente los trastornos comórbidos que pueden presentarse. Existen diversas patologías que pueden coexistir con el TDA, pero se las debe clasificar como tal. Debemos tomar en cuenta ciertas alteraciones neurológicas que presentan síntomas propios del TDA, como es el síndrome de Turner, el síndrome del X frágil, el síndrome de Klinefelter, que normalmente empiezan con trastornos del aprendizaje y a su vez presentan inatención. La hidrocefalia también presenta alteraciones en la conducta en la primera infancia. (Arriada & Otero, 2000)

Es difícil realizar un diagnóstico diferencial del TDA cuando se trata de trastornos de ansiedad, trastornos de estado de ánimo, trastornos de conducta o trastornos de aprendizaje. Debido a que existe una comorbilidad de un 25% con los trastornos de ansiedad y el TDAH, que por lo general son los de ansiedad de separación, ansiedad excesiva o fobias. Se da una comorbilidad con los trastorno de ansiedad debido a que a los niños que presentan TDAH se les hace más difícil responder a su entorno social de manera adecuada, razón por la cual experimentan más estrés. Por otra parte hay un 30% de comorbilidad con los trastornos del estado del ánimo, lo cual significa que su aparición simultánea es muy común, sobre todo con el estado de ánimo depresivo. De manera negativa este cuadro suele empeorar el pronóstico del TDA. Los niños presentan baja autoestima y sentimientos de minusvalía. Esta comorbilidad se da por el hecho de que el niño siente que no puede ser aceptado como los demás, y cuando se presente conjuntamente con el TDA, es necesario priorizar el trastorno del estado del ánimo, tanto para la medicación como para el tratamiento psicológico. Los trastornos de conducta son el tercer trastorno comórbido con el TDA con una prevalencia del 40%,

siendo el trastorno oposicionista desafiante y el disocial, los más comunes. (Miranda, 1998)

Finalmente los trastornos de aprendizaje, representan un 20% de comorbilidad con el TDA, lo cual empeora de manera significativa el pronóstico de la patología. Esta es la causa de la repetición del año escolar de por lo menos el 40% de niños y en los peores casos se ha llegado al punto de existir deserción escolar. (Arriada & Otero, 2000)

En lo que refiere al diagnóstico diferencial de esta patología, debemos realizar una evaluación minuciosa y descartar la posibilidad de que exista una depresión mayor, un trastorno bipolar, ansiedad generalizada, abuso o dependencia de sustancias, y trastornos de personalidad sobre todo límite y antisocial. Dentro del diagnóstico diferencial con la depresión mayor existe sintomatología que se podría confundir con el TDAH, como son las alteraciones del sueño y el apetito, la anhedonia y el estado de ánimo disfórico; así como la dificultad en la ejecución de tareas y la falta de memoria, atención y concentración. En lo que refiere al trastorno bipolar se podría confundir por la presencia de síntomas como los cambios de humor, los delirios, el insomnio, la dificultad con la atención sostenida y sobre todo la hiperactividad. Debemos descartar una ansiedad generalizada ya que presenta síntomas somáticos de ansiedad, dificultad en la concentración y preocupación exagerada, síntomas que se podrían asociar con un TDAH. El abuso o dependencia de sustancias da como consecuencia problemas en la atención, concentración y atención, sintomatología similar a la existente en el presente trastorno a estudiar. Finalmente se debe descartar un trastorno de personalidad límite o antisocial, cuya sintomatología presenta impulsividad, labilidad afectiva e historial de detenciones, como es en el caso del trastorno antisocial de la personalidad; y comportamientos suicidas como se da con el trastorno límite de la personalidad. (Valdizán & Izaguerri, 2009)

2.1.5 FACTORES DE RIESGO

En un estudio realizado en Barcelona-España por Eddy, Trallero, Baró, Fornieles & Hernández (1998), con ochenta niños de 7-8 años de edad. Se evaluaron factores adversos, dentro de estos, cuatro factores sociales y tres biológicos. Dentro de los factores sociales se estudió el bajo nivel socio económico, el pertenecer a una familia numerosa, existencia de padres con abuso en el consumo de drogas, y presencia de sintomatología psicológica en la madre. Dentro de los factores biológicos se estudió la historia familiar de patología psiquiátrica, antecedentes personales de patología perinatal y haber presentado durante la primera infancia un temperamento “difícil” (llanto excesivo, niño difícil de controlar, pataletas y agresividad). Por otro lado se estudiaron factores asociados dentro de los cuales tenemos la baja autoestima, el coeficiente verbal y la ansiedad.

Los resultados del presente estudio arrojaron dos resultados con significación estadística relacionados con los factores biológicos, el haber presentado un temperamento “difícil” (56%) y el pertenecer a una familia numerosa (30%). Es decir que estos dos factores dentro de los siete factores asociados, mencionados en el apartado anterior, son los que aumentan el riesgo de que un niño pueda presentar un TDAH. En lo que refiere a los factores asociados, el ser zurdo y el tener baja autoestima son otros factores predisponentes para un TDAH. (Eddy, Trallero, Baró, Fornieles & Hernández, 1998)

Pineda et. al., (2003), realizaron un estudio en Medellín - Colombia, acerca de los factores perinatales que se encuentran asociados al TDA. Realizaron una muestra aleatoria con 200 casos de niños con edades comprendidas entre los 6 y 11 años de edad con TDA. Realizaron encuestas a las madres de estos niños, para averiguar acerca de los

antecedentes post, peri y pre natales. Los resultados más sobresalientes de su investigación fue que el factor perinatal más riesgoso fue la amenaza de aborto, el consumo de cigarrillos y alcohol, las convulsiones neonatales, las malformaciones menores, la amenaza de un parto prematuro, la presencia de trastornos neurológicos tempranos y complicaciones durante el parto.

Por otro lado en el trabajo de tesis realizado por Castillo (2014), se establecen cuatro factores de riesgo para el TDAH. Dentro de éstos se encuentran los factores genéticos, neuroquímicos, neuroanatómicos y psicosociales. En lo que refiere a los factores genéticos existen mayores posibilidades de que se dé un TDAH cuando han existido antecedentes de dependencia a sustancias o alcohol y trastornos sociales. Los factores neuroquímicos tienen que ver con una falta de noradrenalina y dopamina en el lóbulo frontal, que se encarga de interpretar los estímulos y emitir una respuesta así como la facultad para guardar turnos y la memoria a corto plazo. Mientras que el neurotransmisor noradrenalina se encarga de las funciones atencionales, centrando el foco atencional en lo principal y evitando los elementos distractores. Los factores neuroanatómicos indican una mayor prevalencia de TDAH cuando el cerebro, el núcleo caudado, el cuerpo calloso y el cerebelo son más pequeños que lo normal. Finalmente los factores psicosociales como la falta de estabilidad familiar, los tipos de crianza no adecuados, la ausencia de normas, la presencia de límites difusos, dificultades interpersonales, problemas psiquiátricos en uno o ambos padres y un nivel socioeconómico bajo; favorecen a un incremento de la manifestación de síntomas propios del TDAH.

En un trabajo de tesis realizado en Quito- Ecuador, acerca de la eficacia de un Programa de Estimulación denominado Progresint, para lograr un incremento en la atención con niños y niñas de 6 a 9 años de edad diagnosticados con TDAH; Aguilar

(2013), destaca que un problema causal de la patología a tratar puede ser ocasionado por la mala nutrición en los niños, así como las agresiones en el Sistema Nervioso Central, durante la primera infancia. Dichas agresiones causan una disminución sináptica de hasta un 40% menos de lo esperado, sin posibilidad de que exista una reactivación de las mismas a pesar de que exista una adecuada alimentación posterior a dicha agresión. Resalta también la importancia de brindar un tratamiento adecuado y a tiempo a cada niño, ya que ésta patología a pesar de tener sus propios criterios diagnósticos, se presenta de manera idiosincrática en cada paciente, para lo cual se necesita evaluar a fondo la patología y su forma de manifestación para brindar un tratamiento integral al paciente. La falta de conocimiento acerca de la idiosincrasia en la manifestación del TDAH por parte de los profesionales hace que los niños no sean ayudados de la forma requerida y a tiempo; lo cual repercute en problemas a nivel académico y familiar y lamentablemente en la vida adulta. Razón por la que a estos pacientes se les complica surgir en el ámbito laboral, y predomina así el fracaso.

Aguilar (2013), establece algunos factores de riesgo a los que los niños pueden estar sujetos para posteriormente manifestarse en forma de TDAH, dentro de los cuales están los problemas de ansiedad que hacen que la atención se vea alterada y la persona se acostumbre a vivir con esta condición, haciendo que afloren cada vez más los síntomas del TDAH. Por otro lado está la depresión cognitiva que a su vez ejerce control sobre la actividad motora y social pueden ser también un agravante del TDAH. Los problemas de sueño son otro factor que puede empeorar el TDAH, debido a que la normal liberación de sustancias que ocurre durante el sueño se va a ver significativamente afectada. El alcoholismo es otra condición predisponente al TDA, ya que si alguno de los progenitores presenta alcoholismo hay mayor posibilidad de que el hijo padezca de ésta patología. La presentación de altos niveles de stress en el paciente,

es otra situación que agrava el TDAH. La exposición a altos niveles de plomo es letalmente tóxica y provoca una grave alteración en la liberación de sustancias, haciendo que se manifiesten gradualmente los síntomas del TDAH. El cambio de estilo de vida, que a su vez provoca alteraciones en el diario vivir del niño y que muchas veces se da una carencia de adaptación al nuevo ambiente, generan altos niveles de estrés y ansiedad que pueden empeorar la condición actual de un niño con TDAH. A pesar de que existan ciertos factores que empeoren la patología, el factor genético tiene un gran peso para la manifestación del TDAH. Es así como las posibilidades de presentar un TDAH, son de 2 a 5 veces más frecuentes que aparezcan cuando existe un parentesco de primer y segundo grado; es decir existe un 80% de probabilidad de heredabilidad del trastorno. Aproximadamente son siete los genes que intervienen, los mismos que se encuentran relacionados con la recepción y transporte de la serotonina y la dopamina.

Como se ha podido ver en el presente capítulo hemos abordado el trastorno por déficit de atención, patología que se caracteriza por presentar dificultades en la regulación atencional. Dentro de los primeros autores que mencionaron al trastorno que actualmente conocemos, estuvo Hoffman con el cuento del niño Phil; George Still con su argumento de que este trastorno se trataba un daño cerebral al cual denominó “fallos en el control moral”; Hohmán, Khan y Cohen con su concepción del “lesión cerebral humana”; Clements y Peters quienes discreparon con los autores antes mencionados y establecieron de que no se trataba de una lesión cerebral. Así fue como por vez primera apareció en el DSM II con el nombre de “Reacción Hiperkinética de la Infancia” posteriormente en el DSM III, con el nombre de “Déficit de atención con y sin hiperactividad”. Virginia Douglas aportó clarificando más el concepto argumentando que se trata de una dificultad para mantener una atención sostenida; Rusell estableciendo que esta patología se presenta en la primera infancia y la mayoría son de

naturaleza crónica. Actualmente en el DSM IV se introduce esta patología con el nombre de “Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador” y en la versión más actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, DSM V, se presenta con la denominación de “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad”, con dos sub clasificaciones que son hiperactividad e impulsividad, e inatención.

En lo que refiere al tratamiento, se ha podido establecer que los tratamientos combinados son los que más éxito tienen. Esto quiere decir el uso de medicación y las terapias, dentro de las cuales puede ser la conductual, cognitiva, el entrenamiento para padres y el apoyo psicopedagógico.

Es importante descartar ciertas patologías al momento de arrojar un diagnóstico de TDA, debido que la sintomatología puede tratarse de trastornos de ansiedad, trastornos de estado de ánimo, trastornos de conducta o trastornos de aprendizaje.

Finalmente es importante mencionar los factores de riesgo que pueden predisponer a un TDA, que son el haber presentado un temperamento “difícil” y el pertenecer a una familia numerosa, así como amenaza de aborto, el consumo de cigarrillos y alcohol, las convulsiones neonatales, las malformaciones menores, la amenaza de un parto prematuro, la presencia de trastornos neurológicos tempranos y complicaciones durante el parto.

2.2 CAPÍTULO 2: LA TEORÍA FAMILIAR SISTÉMICA Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

En el presente capítulo se analizarán los antecedentes de la Teoría Familiar Sistémica destacando a Wiener, Watzlawick, Beavin, Jackson, Von Bertalanffy, Minuchin y Haley, como los principales precursores de la misma. Por otro lado se analizarán los principales conceptos de esta corriente, dentro de los cuales tenemos la totalidad, circularidad, feedback, homeostasis, entre otras. (Botella & Vilaregut, 2006). Se revisará acerca de la funcionalidad familiar relacionada con la Teoría Sistémica, aspecto que hace hincapié en el cumplimiento de las necesidades básicas de cada miembro del sistema, así como también una adecuada interacción entre cada subsistema que exista en la familia. (Herrera, 1997)

2.2.1 ANTECEDENTES DE LA TEORÍA FAMILIAR SISTÉMICA

Las primeras apariciones de la terapia familiar como tal se remontan a inicios de los años 50, en donde ya se realizaba un trabajo psicoterapéutico con todo el sistema. En los años 70, es cuando los investigadores empiezan a enfocarse más en esta corriente psicológica y establecen los fundamentos y principios de la misma. Es así como la Teoría Familiar Sistémica ha ido modificándose hasta llegar a lo que hoy en día conocemos. Teniendo como premisa central un pensamiento de causalidad circular, más no lineal. (Ortega, 2001)

Principalmente las bases de la Teoría Familiar Sistémica yacen en la Teoría Cibernética con Wiener en el año 1948; la Teoría de la Comunicación con Watzlawick, Beavin, y Jackson en el año 1967 y la Teoría General de los Sistemas con Von Bertalanffy en 1954. Sumado a estas aportaciones teóricas que enriquecieron a la actual Teoría Familiar Sistémica, están el enfoque Estructural de Minuchin (1974), y el

enfoque Evolutivo con su mayor exponente Haley (1981). Gracias a cada una de las aportaciones de los autores antes mencionados es que tenemos hoy en día la Teoría Familiar Sistémica. (Botella & Vilaregut, 2006)

2.2.2 CONCEPTOS DE LA TEORÍA FAMILIAR SISTÉMICA

Dentro de los principales conceptos de la TFS, está el “sistema”; el cual entendemos como un grupo de elementos que se encuentra en constante interacción dinámica, es decir que la condición de cada miembro de este grupo se encuentra influenciada por cada uno de los demás miembros que configuran a dicho grupo. Ahora, podemos hablar de sistemas abiertos o cerrados. Un sistema es “abierto” cuando existe interacción continua con los que le rodean, es decir el sistema es alterado por los demás y a su vez éste altera al mismo. En cambio, hablamos de un sistema “cerrado” cuando éste no permite interacción alguna. (Botella & Vilaregut, 2006)

Por otro lado utilizamos el término “totalidad o sumatividad”, para hacer referencia a que cuando existe una alteración en el sistema, ésta afecta a todos los miembros que la componen, debido a que toda acción está en interacción con todo el sistema. Este concepto está relacionado con la “circularidad”, término que hace referencia a que no existe una causalidad lineal; es decir causa-efecto; sino que tanto A como B son retroalimentadas por sí mismas continuamente. Wiener (1948), con su Teoría Cibernética propone distintos conceptos como son el feedback, la homeostasis y la morfogénesis. El feedback hace referencia a un tipo de retroalimentación e información que un miembro del sistema puede dar a los demás, información que influya de manera positiva en el accionar de los demás miembros del sistema. La homeostasis, que es el equilibrio que se espera que haya en el sistema y la morfogénesis que es el

proceso que genera una alteración en un sistema gracias a un feedback positivo como por ejemplo:

“Los miembros de una familia apoyan activamente la decisión de una hija adolescente de marcharse un año al extranjero por cuestiones de estudios, cosa que fomenta una postura de mayor independencia mutua.” (Botella & Vilaregut, 2006, “Conceptos de la Cibernética.” párr. 3)

La Teoría de la Comunicación, parte de los axiomas de que es imposible no comunicar, ya que el solo hecho de que un miembro del sistema actúe o se comporte de determinada manera, hace que este emitiendo un mensaje al resto. Por otra parte todo mensaje tiene una parte análoga y digital, esto se relaciona con la parte verbal y no verbal que transmite un individuo al momento de querer dar un mensaje. Existe otro concepto fundamental de la Teoría de la Comunicación, que hace referencia a la que toda comunicación establece una relación simétrica entendida como una lucha por querer llegar a un punto en donde estén de igual a igual, es decir sin jerarquías. Mientras que en la relación complementaria se integran de manera adecuada y no se produce una disfuncionalidad.

“Una pareja puede basar su relación en la igualdad de estatus profesional (relación simétrica) de forma que cualquier mejora en las condiciones laborales de uno de sus miembros obliga subjetivamente al otro a igualarlo. En el caso de una escalada simétrica, la competencia entre ambos puede llegar a desestructurar el sistema. Por otra parte, algunas parejas se estructuran en roles complementarios tales como "racional versus emocional". Si esta complementariedad se rigidifica puede dar lugar a una relación disfuncional en la que uno de sus miembros debe siempre actuar de forma racional (y por tanto

no se puede permitir expresar sus emociones) y el otro debe siempre actuar de forma emocional (y por lo tanto no se puede permitir reflexionar sobre sus acciones)” (Botella & Vilaregut, 2006, “Conceptos Comunicacionales” párr. 4).

2.2.3 FUNCIONALIDAD FAMILIAR DESDE UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA

Para referirnos a funcionamiento familiar debemos remontarnos a las tres necesidades básicas de una familia, las cuales parten desde un punto de vista educativo, bilógico y económico. Es aquí donde reside la funcionalidad familiar, parte el hecho de que la familia este en capacidad de proveer todas las necesidades básicas, espirituales y materiales. Sin embargo, para abordar el concepto de funcionalidad familiar es preciso dirigirnos a los conceptos básicos de la Teoría Familiar Sistémica, enfocándonos así en que la familia es una sistema confirmado por subsistemas que a su vez pertenece a un sistema mayor que es la sociedad. Existe un vínculo que une a la familia o sistema en su totalidad, es por eso que cuando se presenta alguna alteración en el mismo, es percibida y altera al resto de los miembros del sistema. La familia es un sistema en continua interacción, que se maneja en conjunto con cada miembro de sí misma, es por eso que una modificación afecta no solo al que la genera sino al grupo familiar en su totalidad. (Herrera, 1997)

La familia debe ser considerada desde un punto de vista de “microcosmos”; es decir, el ambiente en el que el niño crece es el lugar donde por vez primera tiene la noción de las reglas y normas sociales de un grupo en interacción. Partiendo de esta noción básica cada sistema como tal, se diferencia del resto por tener un patrón idiosincrático de expresar ideas y emociones, de cumplir con responsabilidades de

acuerdo al rol que cada miembro cumple en la familia, y sobre todo de resolver los problemas que se le presentan a diario. Así es como podemos entender como el sistema en su totalidad se relaciona, en cuanto a normas y reglas, a valores y principios, y sobre todo la forma de interacción entre subsistemas que estructuran el sistema familiar; tomando como premisa fundamental el ciclo vital en el que se encuentra el sistema y su capacidad de adaptación al mismo. Teniendo presente todos estos factores antes mencionados debemos establecer todos los factores que incrementan, mantienen, o facilitan la mejora de la patología presente en el niño. Las interacciones familiares distantes o problemáticas, la incongruencia al momento de disciplinar, los tipos de crianza autoritarios, una interacción verbal negativa y punitiva, el castigo físico, entre otros, no favorecen a la mejoría del niño/a. Sin embargo, la presencia de ambas figuras paternas y una homeostasis adecuada presentes en el sistema, favorecen al desarrollo esperado en el niño. (Castillo, 2014)

El rol de género es otro de los elementos fundamentales dentro de un sistema, ya que al referirnos acerca del término “género”, no solo hace referencia al sexo biológico, sino también a factores psicológicos, políticos, culturales, económicos y sociales que interfieren en dicho concepto. Además de ser un constructo teórico que se ha ido formando a lo largo del tiempo, cuyo origen es producto de la evolución social. Existen tres constructos teóricos acerca del género, los cuales son asignación de género, identidad de género y rol de género. La primera hace referencia a la anatomía del individuo al momento de nacer. La segunda tiene que ver con la formación de ciertos factores psicológicos y biológicos que se establecen en los primeros años de vida. Finalmente la tercera hace alusión al conjunto de normas y reglas que la sociedad adjudica a cada sexo para que se cumplan. El sistema es el encargado de ir inculcando

valores, normas y reglas para ambos sexos, lo que posteriormente va a dar como resultado la presencia de la identidad y rol de género. (Herrera, 2000)

Cuando existe alguna dificultad en la familia, no existe un “culpable”, pues el resultado de dichas dificultades se da por una deficiencia en la interacción de todo el sistema, lo cual genera una disfuncionalidad. Otros enfoques conciben esta idea de manera lineal; es decir que existe una causa-efecto para toda dificultad que se presente. Mientras que desde un punto de vista sistémico nos centramos a un enfoque circular de los problemas, lo cual significa que lo que causa el problema puede ser el efecto y viceversa. Ahora, cuando se presenta una dificultad familiar que altera el equilibrio familiar, hablamos de un síntoma. Cuando nos referimos al portador del síntoma, hablamos de la persona que es portador de las dificultades familiares del momento, más no se menciona el término “culpable”. (Herrera, 1997)

En cuanto a la funcionalidad familiar, se emplean distintos estándares para clasificar como funcional a una familia. Distintos puntos de vista, como por ejemplo una familia es funcional en cuanto es capaz de asumir los cambios que se le presentan; por otro lado una familia es disfuncional cuando sus reglas son demasiado rígidas y estas hacen que no se pueda dar una adaptación al sistema y un desarrollo adecuado de cada miembro de la familia. Otro factor que hace disfuncional a un sistema es cuando no se cumplen con todas las funciones básicas y cuando existe una incompetencia intrafamiliar. (Maganto, Bartau & Etxeberria, 2003) Para que exista un funcionamiento familiar se debe tener claro que es necesaria la presencia de flexibilidad en cuanto a normas y roles impuestos por el mismo sistema. Siendo preciso también la predisposición de cada miembro de la familia, para el cumplimiento y acatamiento de las mismas con la finalidad de que exista una complementariedad en el sistema; evitando la sobrecarga y sobreexigencia en cada uno de sus integrantes. Otro aspecto

relevante dentro del presente tema, son las jerarquías dentro del sistema. La posición de poder debe ser equitativa para los cónyuges, procurando así un sistema jerárquico horizontal. Para llegar a dicha igualdad, se debe evitar la preponderancia de cualquier miembro, ya sea la madre o el padre. De esta manera entendemos que ambos son los encargados de tomar las decisiones y de hacerlas cumplir a cabalidad. (Herrera, 2000)

La “centralidad” es un tema dentro de la Teoría Sistémica, que hace referencia al integrante sobre el cual recae todo tipo de conclusiones ya sean positivas o negativas. Por lo contrario la “periferia” hace referencia al miembro con menor participación el sistema en sí, es decir del que menos interacción tiene con la familia. Los llamados “hijos parentales” son los que asumen el rol de padre o madre adjudicándose erróneamente el poder. (Soria, 2010)

Se han realizado trabajos de investigación en cuanto al presente tema, como el trabajo de tesis doctoral realizado en Valencia-España, por Grau (2006), en el que destaca que existen mayores probabilidades de que existan relaciones negativas entre los miembros del sistema y el paciente con TDAH. Se resalta también que las relaciones entre hermanos se ven afectadas en gran medida, así como la relación de pareja de los progenitores. Las interacciones con la familia extendida también se ven alteradas, sobre todo la relación con los abuelos. Ambos progenitores experimentan altos niveles de estrés al considerar a sus hijos como “difíciles”, lo cual repercute en los estilos de crianza que adoptan los padres, los que por lo general no son los más idóneos y traen consecuencias que empeoran la situación del niño. Cada sistema tiene una forma específica de manejo y funcionamiento interno, para lo cual se basan en estilos de crianza que por lo general son puestos a prueba generación tras generación. Dentro de los cuatro estilos de crianza que actualmente conocemos y que son utilizados por los progenitores está el democrático, en los que los progenitores demuestran tanto control

como afecto; el autoritario, en el que por el contrario hay poco control y afecto; el permisivo, es en el que existe afecto pero hay poco control y exigencia; y el negligente, en el que los progenitores demuestran muy poco control y afecto.

Un factor importante dentro del funcionamiento familiar es el tipo de organización que tiene el sistema. Desde el punto de vista de su composición las familias se dividen en nucleares, monoparentales y reconstituidas. La primera hace referencia a la convivencia de ambos progenitores con sus hijos, siendo ésta la más prevalente en la sociedad. La segunda se la adjudica a las familias donde está presente solo uno de los progenitores. Mientras que la tercera es en la que sus miembros ya tienen una experiencia de familia, sin embargo hay un miembro nuevo que ingresa al grupo, por lo tanto hay un reajuste en cuanto a la adaptación del sistema en sí. (Herrera, 2000)

Como conclusión del presente capítulo podemos sobresaltar el aporte de figuras importantes que formaron parte de las bases de la corriente Sistémica como fueron Wiener, Watzlawick, Beavin, Jackson, Von Bertalanffy, Minuchin y Haley. Sin estos cimientos no tendríamos los principales conceptos que componen esta teoría como es el término actualmente muy utilizado de “sistema” (cerrado o abierto), la totalidad, la circularidad; por parte de la Teoría Cibernética, términos como el feedback, la homeostasis, la morfogénesis. La comunicación análoga y digital, aportes dados por parte de la Teoría de la Comunicación, así como también las relaciones simétricas y complementarias. Finalmente nos referimos a la funcionalidad familiar desde una perspectiva Sistémica, dentro de lo cual podemos destacar que para que exista tal funcionamiento deben estar cubiertas todas las necesidades básicas de la familia, así como deben existir buenas relaciones entre cada subsistema existente. Un factor indispensable a tomar en cuenta, es que el niño toma como referencia al sistema que le

rodea, del cual aprende valores, principios, reglas, normas, patrones de interacción, entre otros. El rol de género, es otro factor que juega un papel primordial en la interacción familiar. Este constructo se va formado a lo largo de la evolución de la persona, lo cual va a repercutir a nivel familiar; pues tiene su inicio en la asignación de género, posteriormente la identidad de género y concluye con el llamado “rol de género”. Las jerarquías son otro componente dentro de la interacción familiar, ésta hace referencia al poder, el cual debe ser equitativo en ambos conyugues para que exista un balance que permita lograr un sistema sano. Finalmente dentro de la organización familiar, se establece tres tipos de acuerdo a su procedencia, dentro de los cuales tenemos a las familias nucleares, monoparentales y reconstituidas.

2.3 CAPÍTULO 3: CORRELACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

En el presente capítulo se resaltaré la funcionalidad familiar relacionándola con el TDAH, en donde se remarcarán los estudios realizados en distintos países que avalan que hay dificultades en la familia cuando hay un hijo con dicha patología, en la comunicación y sobretodo la aceptación de la patología por parte de los progenitores. (Maganto, Bartau & Etxeberria, 2003). Se establecerán los factores de funcionalidad familiar en relación con el trastorno a estudiar, en donde se evaluarán los factores que mide el Cuestionario FF-SIL, así como los resultados de investigaciones que concluyen que existe alteraciones principalmente en el bienestar emocional de la familia cuando existe impulsividad y desobediencia, factores comúnmente presentes cuando hay un TDAH. (Córdova & Verdugo, 2003). Se abarcará también la problemática que García (2010), encontró en un estudio que realizó en Quito-Ecuador, que son las falencias existentes en el Sistema Educativo del Ecuador, en cuanto a inclusión académica cuando existen niños con capacidades diferentes. A continuación se realizará un análisis detallado de cada escala que mide el Cuestionario FF-SIL y posteriormente se realizará una comparación de los resultados arrojados. Se complementará el análisis realizado de las escalas de dicho Cuestionario, con la información extraída de las fichas socio demográficas y conjuntamente de la entrevista estructurada. Finalmente se detallaran los resultados más relevantes de la investigación, en la que se realizó la aplicación a las familias de niños y niñas de 5 a 14 años de edad con un diagnóstico previo de TDAH, diagnóstico que fue realizado por los profesionales del Centro de Rehabilitación Integral Especializado CRIE No5.

2.3.1 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SUS FACTORES CON NIÑOS/AS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN.

Para poder hablar de funcionalidad familiar, primero debemos hacer referencia a la salud de la misma. La salud familiar fue definida por la OMS (1976), como “el bienestar de cada uno de los miembros del sistema”.

Por otro lado Horwitz, Florenzano & Ringeling (1985), consideran que la salud familiar es el equilibrio entre factores externos e internos del sistema, así como la capacidad de adaptación y superación de crisis que se pueden atravesar en un momento dado.

Podemos hablar de funcionalidad familiar, en cuanto un sistema sea capaz de encontrar solución a sus problemas, siempre y cuando la solución de los mismos no interfiera de manera negativa en el resto de miembros del sistema. La funcionalidad familiar siempre va a tener relación entre los factores personales de cada miembro, los factores del grupo familiar y los sociológicos. Dentro de los factores personales tenemos lo biológico, lo social y psicológico. La funcionalidad, la economía familiar, la etapa del ciclo evolutivo, la estructura y la capacidad de afrontamiento en crisis, son componentes relacionados con el grupo familiar. Los factores sociológicos hacen referencia a la sociedad en la que se desenvuelve el sistema. Todo tipo de problema a nivel de salud personal, va a influir a nivel familiar, manifestándose de manera patógena dentro del sistema. Razón por la cual un estilo de vida familiar saludable va a generar estabilidad en cada uno de sus miembros; mientras que un estilo de vida no saludable va a manifestarse en forma patológica. (González, 2000)

En un interesante estudio realizado en la Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina a cargo de González, Bakker & Rubiales (2014), en el cual el objetivo de

investigación fue identificar los estilos parentales que son utilizados con niños/as con TDAH. Se utilizó una muestra de 120 participantes que fueron distribuidos en dos grupos, un grupo control que no presentaba TDAH y un grupo clínico que si presentaba dicha condición. Dentro de los resultados más relevantes que podemos extraer de la presente investigación, sobresalen las diferencias significativas en cuanto la percepción que tienen los niños/as del grupo clínico en relación a los estilos de crianza de sus progenitores. Dichas diferencias se observan sobretodo en cuanto a que existe un rechazo y críticas repetitivas de los progenitores en relación con el grupo clínico. Se evidencia también que los niños del grupo clínico consideran que el estilo parental utilizado por sus progenitores no es afectuoso y que existen falencias en la comunicación y principalmente en la aceptación de la patología. Dentro de los estilos educativos implementados por los padres de los niños del grupo clínico, se observó que por lo general son rígidos en cuanto al cumplimiento a cabalidad en normas y reglas; por lo general los padres de los niños de este grupo tienen altas expectativas en relación a sus hijos, que son irreales debido a su patología, lo que genera frustración en ambas partes.

La familia debe ser capaz de encontrar formas para afrontar las dificultades que se les aparezca, teniendo como objetivo el regresar a un equilibrio en el que toda la familia encuentre bienestar. Mediante la adaptación, la misma familia tiene la capacidad de crear un ambiente adecuado para acostumbrarse a distintos acontecimientos, y lograr así que cada miembro del sistema sea consciente del problema y busque distintas alternativas de solución para el mismo. (Fawcett, 1993)

Entendemos así, que la salud familiar es un proceso dinámico que a diario se va fortaleciendo y manifestando en la adaptación, educación y socialización de sus integrantes. Así como es un proceso idiosincrático, que se da de manera diferente en

cada sistema. Sin embargo se puede generar un desequilibrio en la familia cuando existen dificultades relacionadas con la economía del hogar, los tipos de convivencia de cada uno de sus miembros, la educación de los mismos, la estructura del sistema, la forma en la que cada miembro afronta dificultades y la presencia o ausencia de redes de apoyo. (González, 2000)

Se realizó otro estudio similar en España por Presentación, Pinto, Meliá & Miranda (2009), cuyo objetivo general fue evaluar cuáles son los efectos en el contexto familiar ante una intervención psicosocial con niños con TDAH. Se realizó con 42 familias, las mismas que fueron divididas en dos grupos, las que recibieron y las que no recibieron tratamiento. Dentro de las que si recibieron intervención, la cual fue enfocada para los mismos niños, para los profesores y los padres, se utilizó técnicas de modificación conductual, intervenciones académicas, autorregulación y entrenamiento en habilidades sociales. Dentro de los resultados obtenidos, se puede destacar que las familias que recibieron la intervención tuvieron resultados positivos en cuanto a que los padres de éste grupo mostraron sentimientos más positivos hacia su hijo con TDAH. Por otro lado se pudo evidenciar que tanto la economía y la vida social de los padres mejoró significativamente. Las relaciones entre los hermanos fue otro factor que mejoró gracias a la intervención, así como la concepción acerca de la enfermedad por parte de los padres.

Según Biederman *et al.* (1996), los padres de niños que padecen de TDAH, manifiestan que por lo general presentan frustración al intentar manejar a sus niños. Existe una mayor falta de funcionalidad familiar en los hogares con niños con TDAH, que en los hogares donde no se manifiesta esta patología. Dicha disfuncionalidad se encuentra asociada a las dificultades conductuales y a la gravedad de las mismas, que estos pacientes presentan.

En un estudio realizado en México por Cruz, de la Peña, Valderrama, Patiño, Calle & Ulloa (2011), titulado: “Los conocimientos, creencias y actitudes de los padres de niños y adolescentes con TDAH, acerca de la naturaleza de la enfermedad, la conducta en la búsqueda de atención médica y su tratamiento”. Para este estudio se utilizó una muestra de 288 padres de familia con niños/as con un diagnóstico de TDAH, certificado por un profesional en salud mental. Dentro de los resultados más relevantes del presente estudio se extrajo que el 69.2% sabían acerca de éste trastorno. Mientras que el 85.4% interpretó al TDAH como una patología; el 8.3% manifestó que es más una cuestión de problemas relacionados con la crianza; los participantes restantes consideraron al TDAH como una “moda” o un “invento” realizado por las farmacéuticas para lograr mayores ingresos comerciales. En lo que refiere al tratamiento, el 63% indicó que la mejor forma de tratar este trastorno es con un tratamiento combinado; el 16.3% se inclinó por un tratamiento psicológico; el 6.6% mostró preferencia por un tratamiento farmacológico. El 28% de los padres que formaron parte de la investigación manifestaron no sentirse capaces de manejar un TDAH.

En el estudio de tesis realizado por Grau (2006), en Valencia-España, acerca del contexto familiar con niños con TDAH, se encontró que el 57.9% de las progenitoras de los niños diagnosticados con este trastorno consideraba que su niño si podría lograr a futuro una correcta adaptación tanto social como personal; mientras que el 4.9% consideró que no lo lograrían. En lo que refiere a la edad de inicio del problema, en el 43.9% de la población estudiada presentó los primeros síntomas antes de los tres años de edad. Otro aspecto significativo de dicho estudio es que las progenitoras de los niños con TDAH, por lo general se sintieron agobiadas por el comportamiento de sus niños y consideraron no sentirse capaces de manejarlo. El 25.4% de las madres del grupo con TDAH, presentaron enfermedades durante el embarazo o al momento del parto, dentro

de las más frecuentes el consumo de alcohol, la toxoplasmosis, la diabetes y la hipertensión; el 45.7% de este mismo grupo presentaron problemas perinatales tales como falta de oxígeno al nacer, utilización de fórceps y los partos prolongados. Se encontró resultados significativos en cuanto a dificultades en la alimentación con los niños con TDAH, sobre todo cuando se intenta sustituir la alimentación de líquidos a sólidos; así como lograr el control de esfínteres y el logro del hito del habla. En conclusión la presente investigación muestra que las familias con hijos con TDAH, padecen de altos niveles de estrés, así como el desarrollo académico y social del niño también se ven afectados. Uno de los puntos que esta investigación hace énfasis, es la necesidad que el sistema en su totalidad requiere, tanto para entender acerca del trastorno como para recibir apoyo en cuanto al manejo del mismo; ya que la familia es el punto central desde el cual el profesional puede partir para brindar una atención integral para que los padres logren sobrellevar la situación.

Moos & Moos (1986), denominan al clima familiar mediante la descripción de tres dimensiones: la primera es la dimensión de relación, la misma que hace referencia a la forma de interacción entre los miembros de la familia, en cuanto a la expresión y cohesión del sistema. La dimensión de crecimiento personal, la misma que incluye la disposición de apoyo entre los miembros del sistema, fomentando la independencia de los mismos. Por último la dimensión de mantenimiento del sistema, que incluye los temas acerca de la organización del mismo.

Se realizó un estudio en México por Mendoza & Pizano (2014), dicha investigación se orientó al estudio de la funcionalidad familiar y el déficit de atención, al igual que la presente tesis. Se utilizó 25 casos y 50 controles, dentro de éstos la mayoría fueron del sexo masculino. Se utilizó con las 75 familias participantes el test FF-SIL, dentro de los resultados de las familias de niños con TDAH se puede apreciar que el 16% fueron

familias funcionales, el 36% presentaron una funcionalidad moderada, el 48% presentaron disfuncionalidad y finalmente 0% de familias mostraron una disfuncionalidad severa. La mayoría de familias de niños con TDAH fueron familias nucleares, por otro lado el 60% de familias de este grupo presentaron buenas relaciones con los padres. El 72% de pacientes con TDAH presentaron problemas de aprendizaje y el 44% problemas con sus compañeros.

Dentro de los factores de funcionalidad familiar que mide el instrumento a utilizar para el análisis del presente proyecto de tesis, se encuentra la cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad. Se entiende por cohesión como el lazo familiar tanto físico como emocional que se presenta en diferentes ámbitos diarios de la vida familiar. La armonía hace referencia a la homeostasis familiar, referente a lo emocional, que se espera esté presente en cuanto a las necesidades e intereses del sistema en su totalidad. La comunicación es otro factor que mide el cuestionario de FF-SIL, la cual es la capacidad de expresar sentimientos y experiencias del diario vivir de manera frontal sin rodeos. La adaptabilidad se refiere a la capacidad del sistema para ser flexible en cuestión de roles y normas ante una determinada situación. La afectividad es el poder expresar con libertad sentimientos y emociones dentro del sistema familiar. El rol hace referencia a las responsabilidades delegadas a cada miembro de la familia, establecidas en común acuerdo por el mismo sistema. Finalmente la permeabilidad, la cual es la cualidad que un sistema posee para recibir y compartir experiencias y apoyo por parte de otros sistemas o un profesional. (De la Cuesta & Louro, 1994)

El Cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL), fue diseñado y valorado en Cuba, por Ortega, de la Cuesta y Días en el año 1999. En lo que refiere a la validez del instrumento, el Alfa de Cronbach arrojó una confiabilidad de 0.75, en todos los casos y

se encontró un coeficiente de confiabilidad o de correlación r de Pearson de 0,42. Este Cuestionario determina el tipo de funcionalidad, tras valorar los 14 ítems que lo componen. Es así como puede ser una familia funcional, es decir un sistema que integra en sí todas las funciones básicas; una familia con riesgo de disfuncionalidad que es la que cumple con las funciones básicas pero no en su totalidad; finalmente una familia disfuncional que es la que no cumple con dichas funciones básicas. (De la Cuesta & Louro, 1994)

Por otra parte se realizó un estudio en España por Córdova & Verdugo (2003), en el que participaron 24 familias para evaluar la calidad de vida de las familias con niños con Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad. Se encontró que tanto la impulsividad, propia de la sintomatología del trastorno, y la desobediencia tienen efectos negativos en el bienestar emocional de la familia. Se encontró también que los padres de estos niños se encontraron insatisfechos en cuanto a su rol parental, así como un pobre apoyo por parte de la familia extensa del niño.

En lo que refiere a la reeducación de las funciones atencionales debemos tomar en cuenta que se necesita de un trabajo integral, en cuanto a profesionales, padres y docentes que rodean al niño y siguen y conviven con la patología. Por parte de los progenitores, es de suma importancia que sean una figura que represente seguridad y que se tome en cuenta que sus actitudes se verán reflejadas en sus hijos. Es por eso que radica en ellos una gran responsabilidad para la mejoría en el niño. Se requiere de un ambiente familiar favorable para el paciente, un ambiente en el que sobre todas las cosas predomine la organización. A pesar de lo que se espera de los progenitores se debe tomar en cuenta que esto va a tomar tiempo y esfuerzo para lograrlo, ya que por lo general la forma de actuar de estos pacientes es en forma de desobediencia y sobre todo

desafiante; lo cual hace que las relaciones entre hermanos se vea significativamente afectada. (Aguilar, 2013)

Se realizó un interesante estudio en Córdoba, España por Raya, Herreruzo & Pino (2008), se utilizó a una población de 62 participantes divididos en dos grupos de control; el primero conformado por 32 niños con hiperactividad y el segundo grupo con los niños restantes que no presentaban hiperactividad. Su objetivo de estudio fue evaluar los estilos de crianza de los progenitores en relación con la hiperactividad. Utilizaron como instrumentos de medición el Inventario PCRI (Parent-Child Relationship Inventory) y el test de BASC (Behavior Assessment System for Children). Los resultados demostraron diferencias significativas con ambos grupos estudiados, en lo que refiere al compromiso y distribución de rol por parte de los progenitores con el grupo con hiperactividad se observaron puntuaciones altas; sin embargo en comunicación, autonomía, disciplina y autonomía de los progenitores se situaron con puntuaciones relativamente bajas en comparación con el grupo sin hiperactividad. Finalmente se encontró puntuaciones bajas en lo que refiere al apoyo social y emocional proveniente de la figura materna.

Un estudio similar se realizó en Buenos Aires, Argentina por Molina (2014), en el cual se estudió la percepción de los niños con TDAH acerca de los estilos de crianza de sus progenitores. En este estudio se utilizó tres grupos, uno en el cual había niños con un diagnóstico de TDAH, otro grupo con niños sin TDAH pero que recibían tratamiento y un tercero con niños con TDAH que no recibían tratamiento. Utilizaron un solo instrumento denominado Escala Argentina de Percepción de la relación con los padres (2007), con el cual extrajeron el resultado más contundente de la investigación que fue que los niños del primer grupo con TDAH con tratamiento y las del tercero que no recibían tratamiento; tenían la percepción de que había un mayor control en cuanto a la

patología por parte de las madres en comparación con los niños que presentaban TDAH, pero no recibían tratamiento.

La presencia de este trastorno altera el rendimiento escolar lo cual a su vez genera una falta de homeostasis familiar, es por esa razón que García (2010), sustenta su punto de vista inclinado a que existen falencias en el Sistema Educativo en el Ecuador, debido al uso de métodos convencionales utilizados año tras año en la educación, sin tomar en cuenta las necesidades especiales que ciertos niños demandan. Justifica que la razón por la que existe altos niveles de deserción escolar y pérdida de años, se deben a que no se da una inclusión educativa favorable para cada caso. Este problema que viene presentándose hacia algunos años atrás y se debe en su gran mayoría a la falta de conocimientos y capacitación por parte de los docentes que conforman el Sistema Educativo del Ecuador. Lo que genera esta falta de conocimientos y la poca importancia que se le da al tema es por obvias razones un pobre rendimiento escolar, baja autoestima, frustración, deserción escolar y pérdida de años escolares.

2.3.2 ANÁLISIS DE LOS TIPOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL CUESTIONARIO FF-SIL

Se obtuvo el tipo de Funcionalidad Familiar a través de la suma de cada uno de los 14 ítems de los que consta el Cuestionario FF-SIL. Los puntajes arrojados se clasifican de acuerdo al rango en donde pertenezcan. Siendo así:

Tabla 1 Estándares de Funcionamiento Familiar

Fuente: Cuestionario FF-SIL (1999)

Funcionamiento Familiar	
De 70 a 57 puntos.	Familia funcional
De 56 a 43	Familia moderadamente funcional

puntos.	
De 42 a 28 puntos.	Familia disfuncional

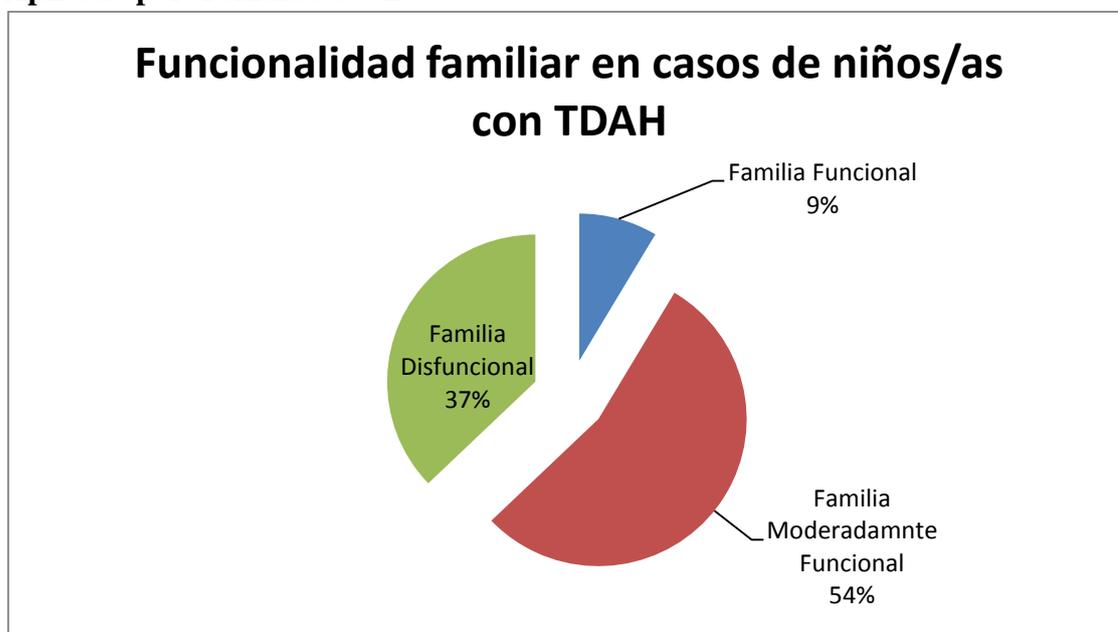
De tal manera si cada escala tiene dos ítems, la puntuación máxima sería de 10 puntos y la mínima de 1. Lo que se hizo fue sumar las puntuaciones de ambos ítems de cada escala y sacar un total. Se realizó el mismo proceso con cada una de las 35 aplicaciones y se las agrupó de acuerdo al tipo de funcionalidad familiar; sacando así un promedio para cada una que se muestra en la Figura a continuación.

Siguiendo el esquema anteriormente explicado, se exponen a continuación los datos obtenidos:

Ilustración 1 Tipos de Funcionalidad Familiar con niños/as con TDAH

Fuente: Centro de Rehabilitación Integral Especializado, CRIENo5. (2015). Ministerio de Salud Pública, Cuenca - Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Coello



En la ilustración 1, se resumen los resultados de la aplicación del Cuestionario FF-SIL, dentro de los cuales sobresalen las Familias Moderadamente Funcionales con un

54% que representan a 19 familias de las 35 y las Disfuncionales con el 37% con 13 familias. Por otro lado está el 9% restante que son Familias Funcionales.

2.3.3 ANALISIS DE CADA ESCALA

Para el análisis de cada escala se realizó una fórmula para obtener el promedio de las mismas. Por lo tanto cada escala del Cuestionario FF-SIL, tiene dos ítems; teniendo el Cuestionario un total de 7 escalas, es decir 14 ítems. Ahora, cada ítem se puntúa con una calificación que va de 1 a 5 puntos, de acuerdo a lo que la persona haya respondido:

Tabla 2 Puntuación para cada ítem del Cuestionario FF-SIL

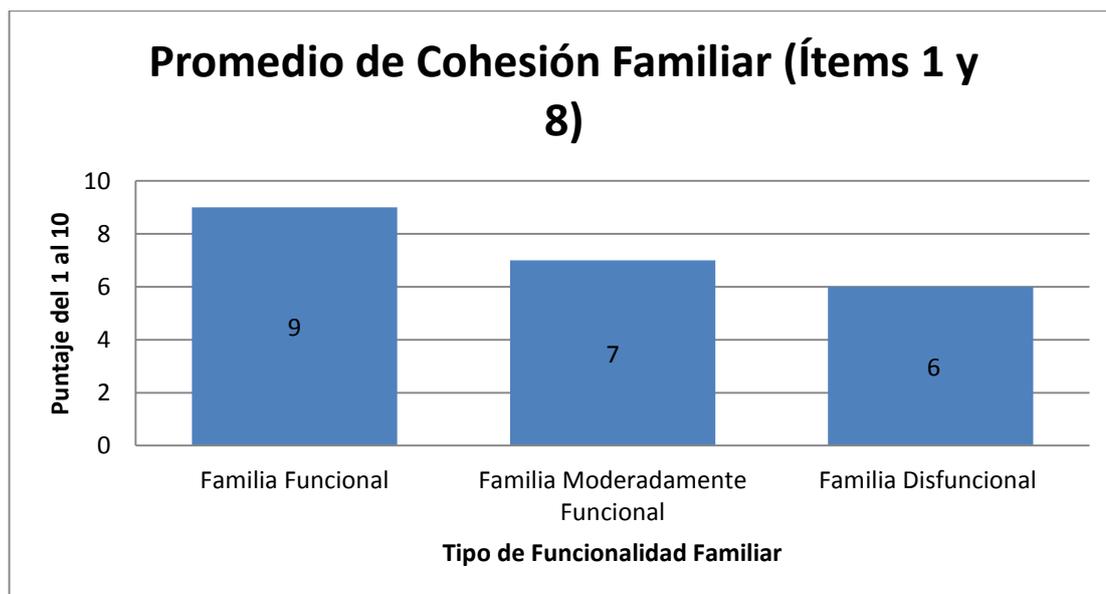
Puntuación por c/u ítem	
Casi Nunca	1
Pocas Veces	2
A Veces	3
Muchas Veces	4
Casi Siempre	5

A continuación se ilustran los resultados obtenidos en cada escala que mide el Cuestionario FF-SIL, relacionándolo con el tipo de funcionalidad familiar:

Ilustración 2 Promedio de Cohesión Familiar

Fuente: Centro de Rehabilitación Integral Especializado, CRIENo5. (2015). Ministerio de Salud Pública, Cuenca- Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Coello



La primera escala que mide el Cuestionario FF-SIL es la de cohesión familiar, la cual es entendida como el lazo físico y emocional que tiene en común la familia. Los ítems que miden ésta característica son el 8 y el 1. (De la cuesta & Louro, 1994)

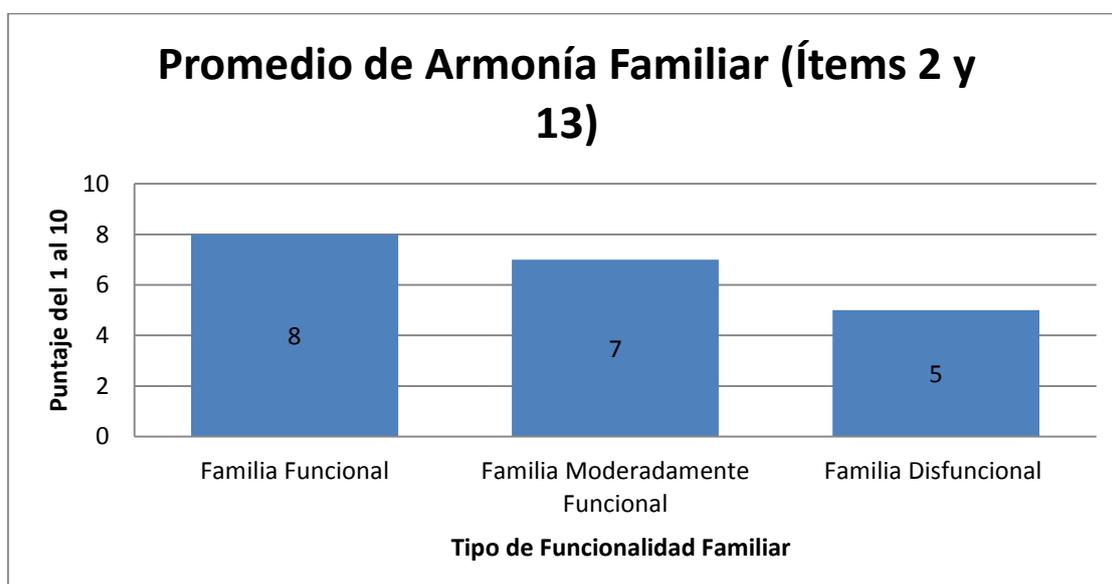
En la ilustración 2, se encuentra el promedio de cohesión familiar. En el grupo de las Familias Funcionales existe un promedio de 9, lo cual es alto. Mientras que en las Familias Moderadamente Funcionales hay un 7 y en las Disfuncionales un 6, lo cual se encuentra medianamente bajo. Es decir que en las Familias Funcionales existe un lazo emocional y físico relativamente alto, siendo lo contrario con las Familias Medianamente Funcionales y Disfuncionales.

Se llega a la conclusión de que en las Familias Disfuncionales existe una mediana cohesión familiar, mientras que en las Familias Funcionales y Moderadamente Funcionales si se encuentra ésta característica, presentándose con un menor grado en las Moderadamente Funcionales.

Ilustración 3 Promedio de Armonía Familiar

Fuente: Centro de Rehabilitación Integral Especializado, CRIENo5. (2015). Ministerio de Salud Pública, Cuenca- Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Coello



La armonía familiar es la segunda escala que mide el Cuestionario FF-SIL, la misma que hace alusión al equilibrio que se espera exista en un ambiente familiar, equilibrio tanto a nivel emocional como de necesidades de cada miembro del sistema. Se encuentra representada por los ítems 2 y 13. (De la cuesta & Louro, 1994)

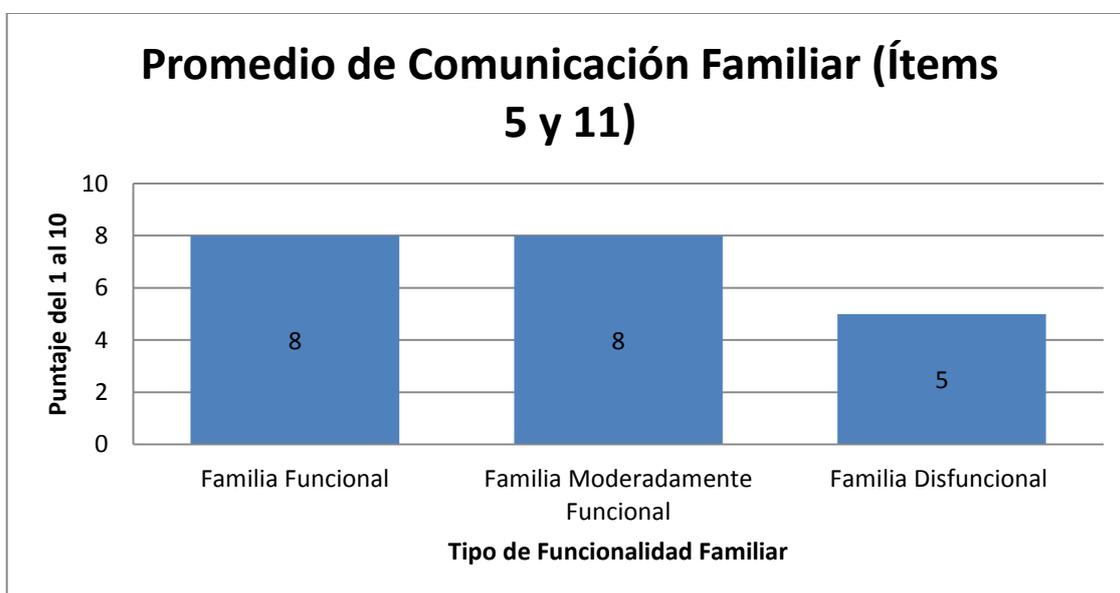
En la ilustración 3, se encuentra el promedio de armonía presentes en cada tipo de Familia. En las Familias Funcionales existe un promedio de 8 puntos sobre 10; mientras que en las Familias Moderadamente Funcionales hay un promedio de 7. Finalmente las Disfuncionales presentan un total de 5 puntos, lo cual es medianamente bajo.

De ésta manera se puede concluir que en las Familias Disfuncionales existe medianamente una carencia de armonía; contrario a lo que sucede con las Funcionales y Moderadamente Funcionales, en las cuales sí está presente ésta cualidad.

Ilustración 4 Promedio de Comunicación Familiar

Fuente: Centro de Rehabilitación Integral Especializado, CRIENo5. (2015). Ministerio de Salud Pública, Cuenca- Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Coello



La tercera escala que mide el Cuestionario FF-SIL es la de Comunicación Familiar, la cual se encuentra representada por los ítems 5 y 11. Esta escala se encarga de medir que tan eficaz es la forma de expresar sentimientos, pensamientos y emociones de cada miembro de la familia. (De la cuesta & Louro, 1994)

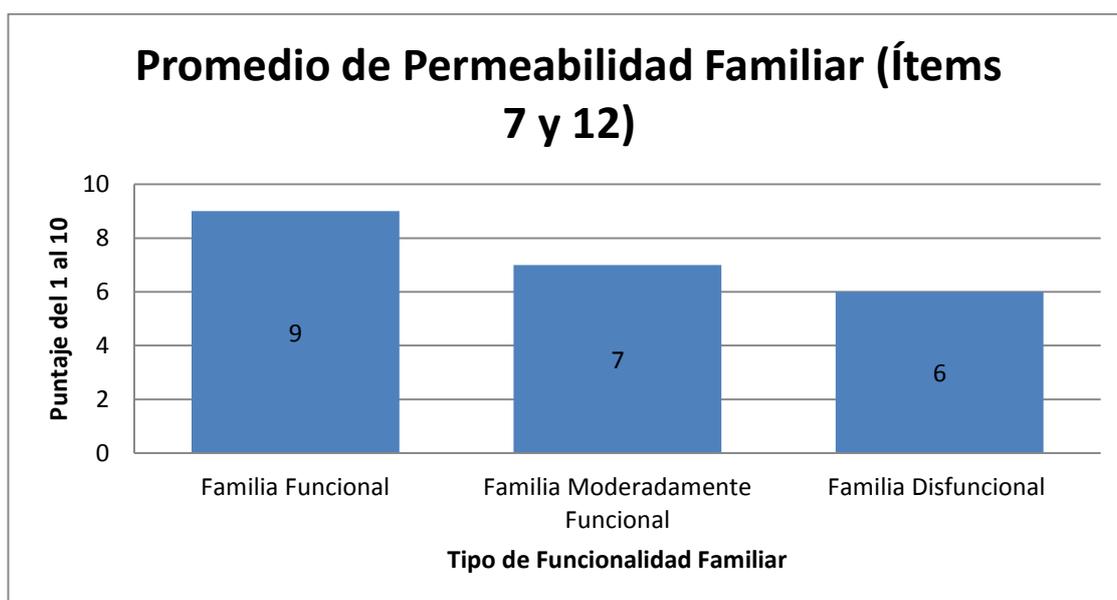
La ilustración 4, representa el promedio de comunicación existente en cada tipo de familia. Como se puede observar tanto las Familias Funcionales como las Moderadamente Funcionales poseen un promedio de 8 puntos por igual, lo cual se encuentra dentro de los rangos medianamente altos. Contrario a lo que sucede con las Familias Disfuncionales, las mismas que presentan un promedio de 5 puntos.

Se puede concluir que tanto en las Familias Funcionales como en las Moderadamente Funcionales la comunicación se encuentra relativamente estable; sin embargo existen falencias en las Familias Disfuncionales en cuanto a ésta característica.

Ilustración 5 Promedio de Permeabilidad Familiar

Fuente: Centro de Rehabilitación Integral Especializado, CRIENo5. (2015). Ministerio de Salud Pública, Cuenca- Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Coello



La cuarta escala del Cuestionario FF-SIL, es la permeabilidad familiar, la misma que se ve representada con los ítems 7 y 12. La permeabilidad hace referencia a la facultad de un sistema para compartir y recibir tanto ayuda como experiencias propias, con agentes externos al mismo sistema. (De la cuesta & Louro, 1994)

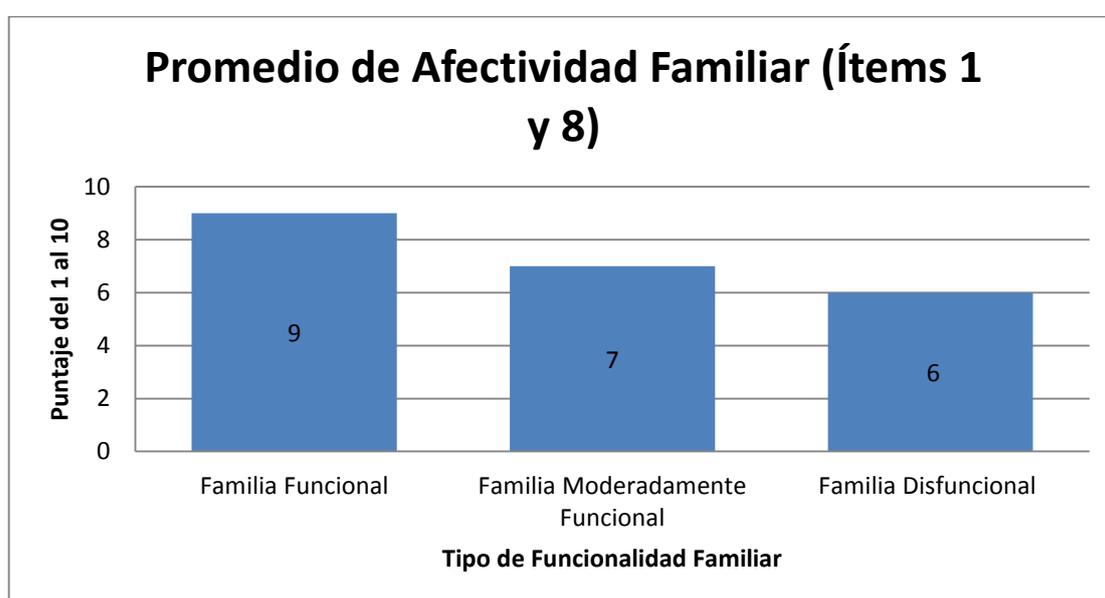
La ilustración 5, representa la comunicación familiar, clasificándola de acuerdo a los tipos de Funcionalidad Familiar. En las Familias Funcionales existe un promedio de 9 puntos en cuanto a la permeabilidad. Mientras que en las Familias Moderadamente Funcionales hay un promedio de 7, lo cual es medianamente bajo. Finalmente en las Familias Disfuncionales el promedio es de 6.

Se concluye así que tanto en las Familias Funcionales como en las Moderadamente Funcionales existe un promedio de permeabilidad relativamente estable; mientras que en las Familias Funcionales ésta característica se encuentra medianamente ausente.

Ilustración 6 Promedio de Afectividad Familiar

Fuente: Centro de Rehabilitación Integral Especializado, CRIENo5. (2015). Ministerio de Salud Pública, Cuenca- Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Coello



La quinta escala del Cuestionario FF-SIL, es la de afectividad. Esta escala hace referencia a la capacidad de cada miembro del sistema para poder expresar emociones y sentimientos dentro del núcleo familiar. Los ítems encargados de medir la presente escala son el número 4 y 14. (De la cuesta & Louro, 1994)

En la ilustración 6, se observa cómo se encuentra la afectividad en las familias con niños/as con TDAH. Se clasificó de acuerdo al tipo de funcionalidad familiar, siendo así las Familias Funcionales en las que más predomina ésta característica, teniendo un promedio de 9 puntos sobre 10. Las Familias Moderadamente Funcionales

presentaron un promedio de 7 puntos, lo cual es relativamente bajo. Finalmente las familias disfuncionales presentaron un promedio de 6 puntos.

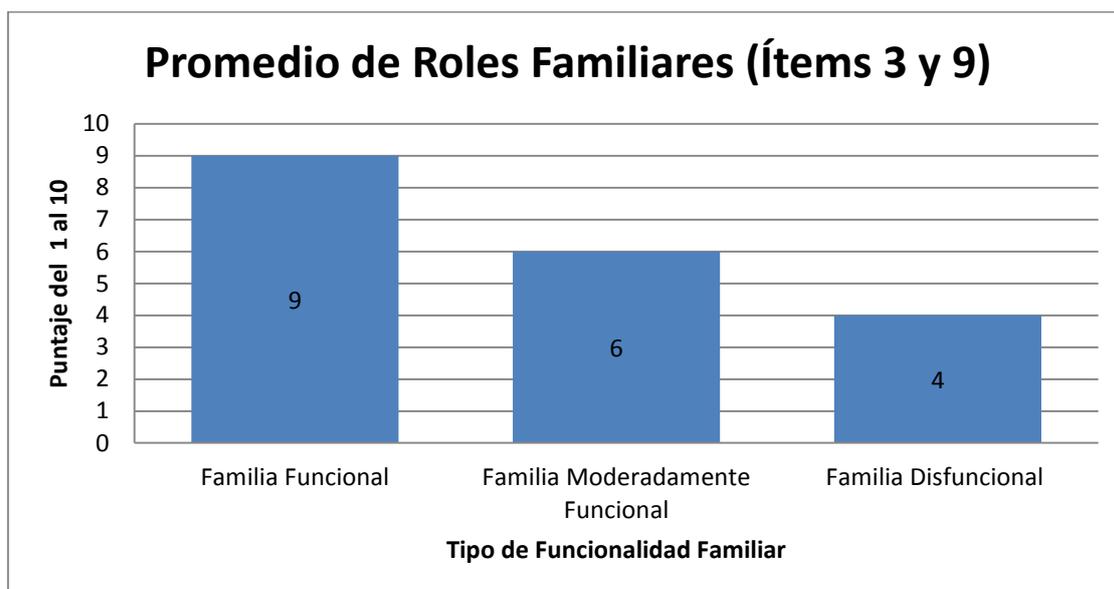
Podemos concluir que en cuanto a la afectividad, ninguna familia se encuentra potencialmente en riesgo, en relación a ésta característica.

Se puede concluir que las Familias Disfuncionales son las más afectadas en cuanto al rol; mientras que las Funcionales y Medianamente Funcionales si disponen de ésta característica.

Ilustración 7 Promedio de Rol familiar

Fuente: Centro de Rehabilitación Integral Especializado, CRIENo5. (2015). Ministerio de Salud Pública, Cuenca- Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Coello



La sexta escala que mide el Cuestionario FF-SIL, es el rol. El rol hace referencia las obligaciones que cada miembro del sistema debe cumplir, para que exista así un equilibrio en el sistema. (De la cuesta & Louro, 1994)

En la ilustración 7, se encuentra el promedio de rol familiar. De acuerdo a la clasificación realizada, en cuanto a los tipos de Funcionalidad, se puede apreciar que las Familias Funcionales tienen un promedio de 9 puntos, mientras que las Familias

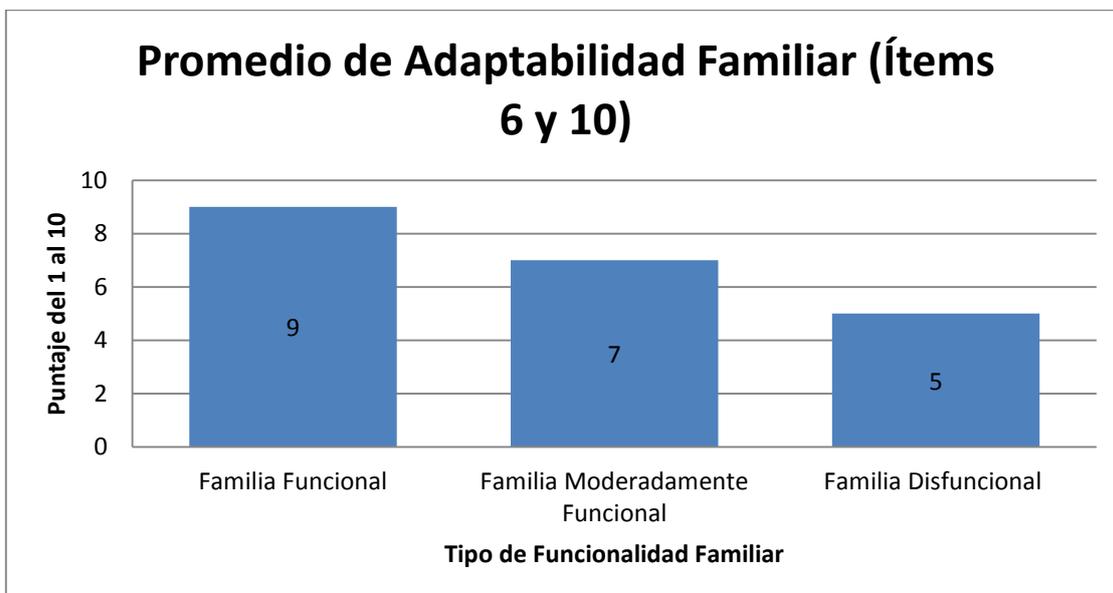
Moderadamente Funcionales presentan un promedio de 6 puntos. Contrariamente a los puntajes mencionados anteriormente, se encuentran las Familias Disfuncionales, que presentan un promedio de 4 puntos, lo cual es bajo.

Se puede concluir que las Familias Disfuncionales son las más afectadas en cuanto al rol; mientras que las Funcionales y Medianamente Funcionales si disponen de ésta característica.

Ilustración 8 Promedio de Adaptabilidad Familiar

Fuente: Centro de Rehabilitación Integral Especializado, CRIENo5. (2015). Ministerio de Salud Pública, Cuenca- Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Coello



La séptima escala que mide el Cuestionario FF-SIL, es la adaptabilidad. Entendemos por adaptabilidad como la característica de un sistema para ser flexible en cuestión de roles y reglas impuestas por el mismo, en determinadas ocasiones. (De la cuesta & Louro, 1994)

La ilustración 8, muestra como la adaptabilidad familiar se ve afectada sobre todo en las Familias Disfuncionales, las mismas que obtuvieron un promedio de 5 puntos sobre 10. Por otra parte las Familias Funcionales y las Moderadamente

Funcionales se encuentran relativamente estables en cuestión de adaptabilidad, las primeras obtuvieron un promedio de 9 puntos, mientras que las Moderadamente Funcionales obtuvieron un 7 de promedio.

Podemos concluir a partir de estas cifras que las Familias Disfuncionales son las más afectadas en cuanto a la adaptabilidad. Mientras que los dos tipos restantes se encontraron dentro de lo normal

2.3.4 COMPARACIÓN DE RESULTADOS.

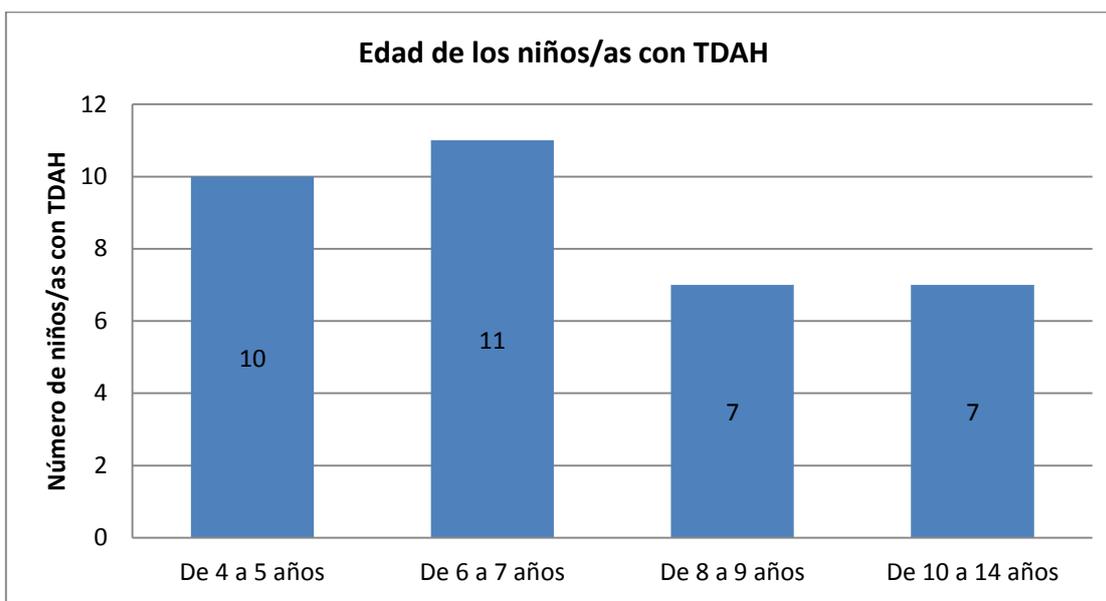
Dentro de los resultados más relevantes hallados en la presente investigación, está que las familias con niños y niñas con TDAH, son medianamente funcionales. Se llega a esta conclusión a partir de la muestra que se extrajo en el Centro de Rehabilitación Integral Especializado No5 en Cuenca, Ecuador. Se partió con una muestra de 35 familias, tomando como universo a una población de aproximadamente 70 casos que acuden al CRIE No5 al mes. Se realizó la investigación con niños con un diagnóstico de TDAH emitido por los profesionales del CRIE No5. El resultado más contundente que se obtuvo fue que las familias con niños o niñas con TDAH son moderadamente funcionales. Dentro de las escalas que mide el Cuestionario FF-SIL, se puede resaltar que en las familias moderadamente funcionales hay dificultades sobre todo en el rol, es decir en el cumplimiento de las responsabilidades de cada miembro del núcleo familiar. También se encontró dificultades en la cohesión, armonía, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad, escalas que tuvieron un promedio de 7 puntos. Sin embargo se puede rescatar la escala que mide la comunicación, escala que se encontró en este grupo de familias con un 8 de promedio, lo cual es relativamente bueno.

2.3.4 Análisis del tipo de funcionalidad familiar relacionada con la información de la ficha socio demográfica y la entrevista estructurada.

Ilustración 9 Edad de los niños con TDAH

Fuente: Centro de Rehabilitación Integral Especializado, CRIENo5. (2015). Ministerio de Salud Pública, Cuenca- Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Coello



En la ilustración 9, se muestran las edades de los niños/as con TDAH. Como se puede observar fueron 21 los que se encontraron en edades comprendidas entre los 4 y 7 años de edad. Estuvieron también 7 niños de 8 a 9 años y 7 niños de 10 a 14 años.

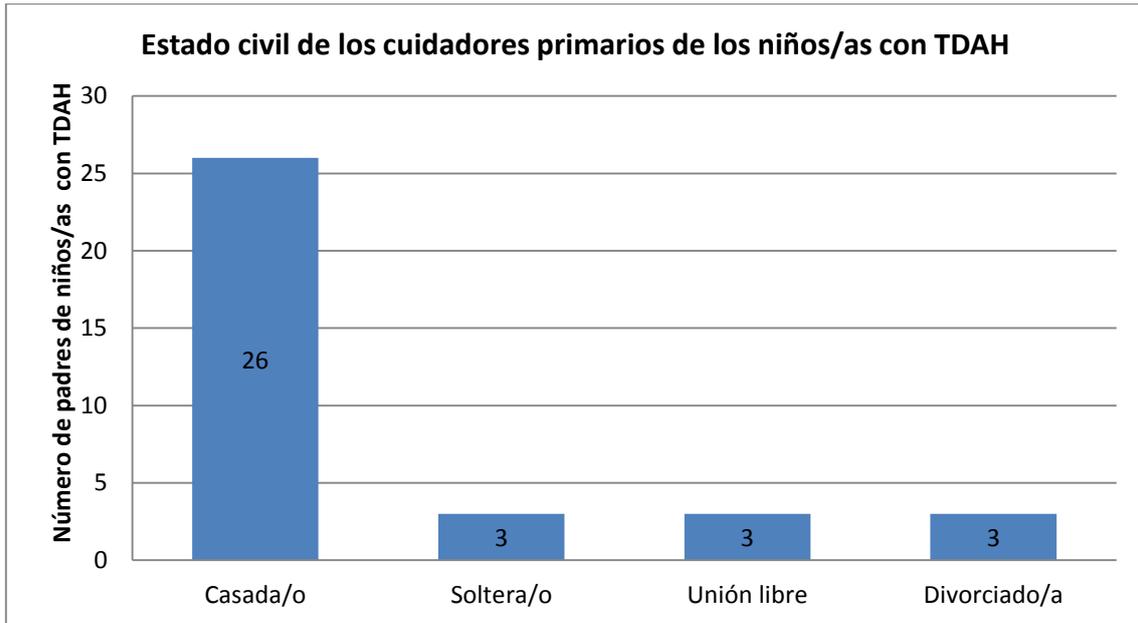
La mayoría de niños y niñas que formaron parte de la investigación tenían entre 4 a 7 años de edad. En el Centro de Rehabilitación Integral Especializado CRIENo5, el neuropsicólogo diagnostica desde temprana edad a los niños con Trastornos Hipercinéticos. La gran mayoría de casos, son graves, razón por la que requieren de medicación, ya que ponen en riesgo su vida debido a la patología. Desde un inicio se estableció realizar la investigación con niños de 7 a 12 años, sin embargo, la

población se veía muy limitada; es por eso que se extendió los rangos de edad desde los 4 a los 14 años de edad.

Ilustración 10 Estado civil de los cuidadores primarios de los niños/as con TDAH

Fuente: Centro de Rehabilitación Integral Especializado, CRIENo5. (2015). Ministerio de Salud Pública, Cuenca- Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Coello

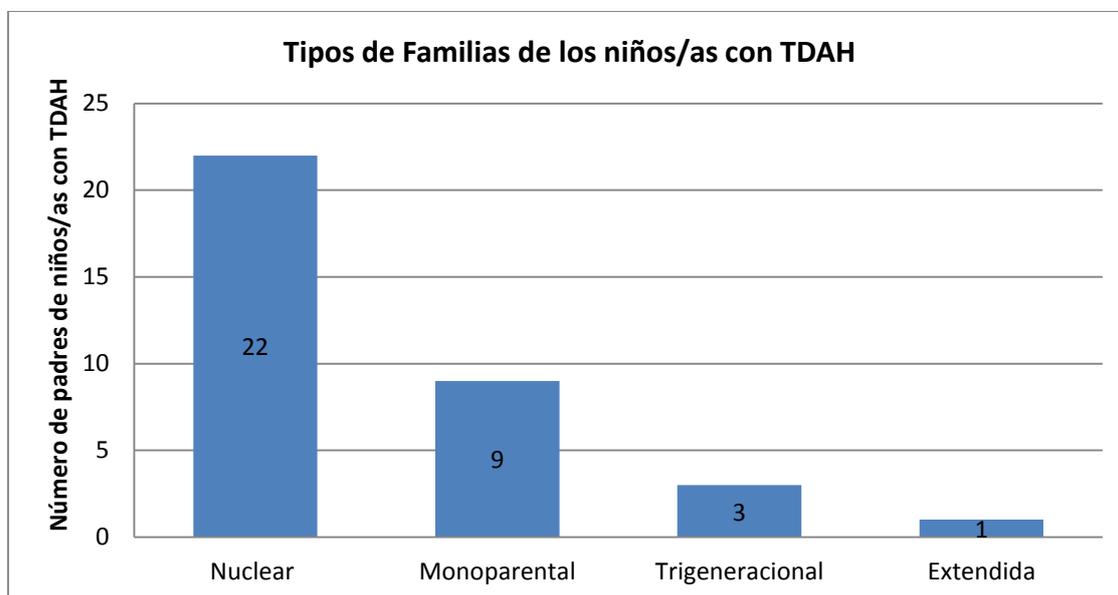


En la ilustración 10, se encuentra el estado civil de los cuidadores primarios de los niños/as con TDAH. Como se puede apreciar, la mayoría son casados. Se encontraron 3 familias con madres solteras, 3 que conviven en unión libre y 3 divorciados.

Ilustración 11 Tipos de familias de los niños/as con TDAH

Fuente: Centro de Rehabilitación Integral Especializado, CRIENo5. (2015). Ministerio de Salud Pública, Cuenca- Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Coello

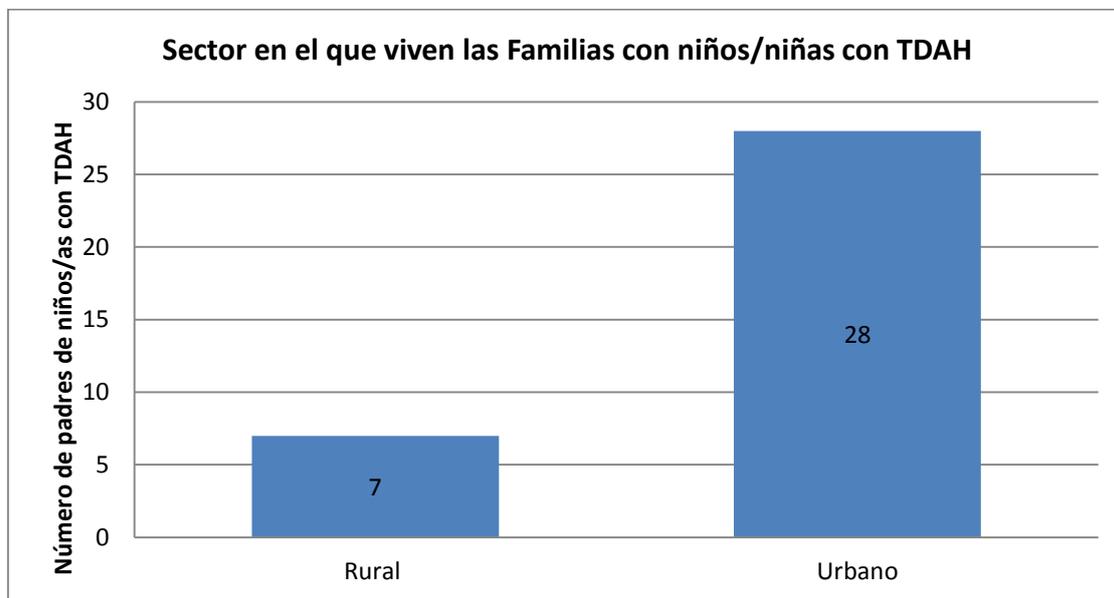


En la ilustración 11, se encuentra detallado los tipos de familias de los hogares evaluados. En su gran mayoría hubo familias nucleares. Hubo también 9 familias monoparentales, 3 trigeneracionales y una extendida

Ilustración 12 Sector en el que viven las familias de los niños/as con TDAH

Fuente: Centro de Rehabilitación Integral Especializado, CRIENo5. (2015). Ministerio de Salud Pública, Cuenca- Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Coello

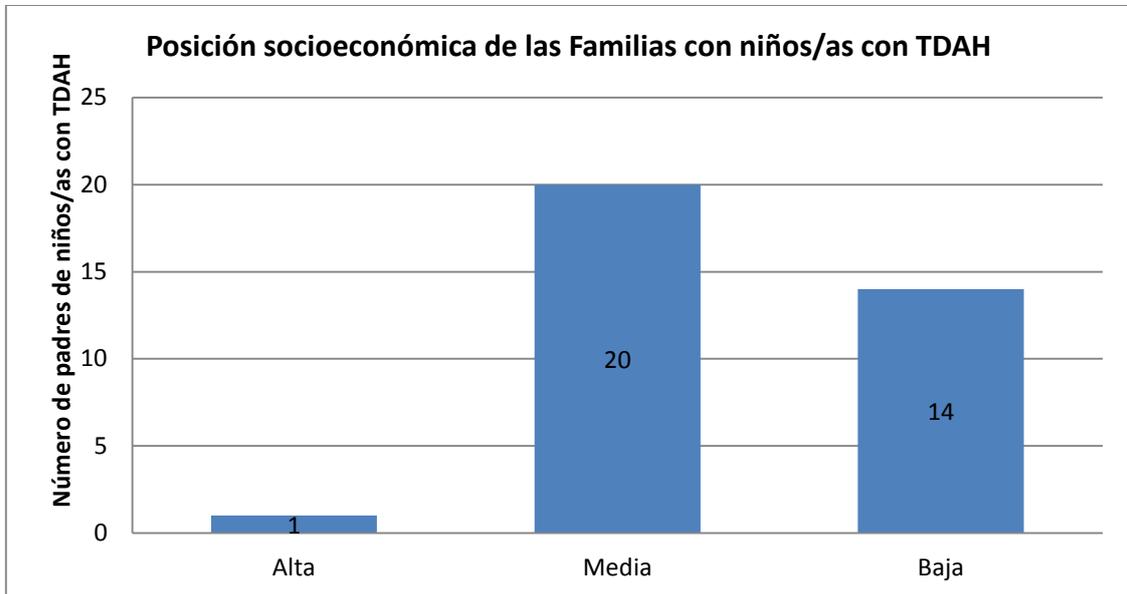


En la ilustración 12, se encuentra los sectores en los que conviven las familias con niños/as con TDAH. Se ha dividido en sectores urbanos y rurales. Veinte y ocho familias viven en el sector urbano mientras que 7 familias viven en el sector rural.

Ilustración 13 Posición socioeconómica de las familias de los niños/as con TDAH

Fuente: Centro de Rehabilitación Integral Especializado, CRIENo5. (2015). Ministerio de Salud Pública, Cuenca- Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Coello

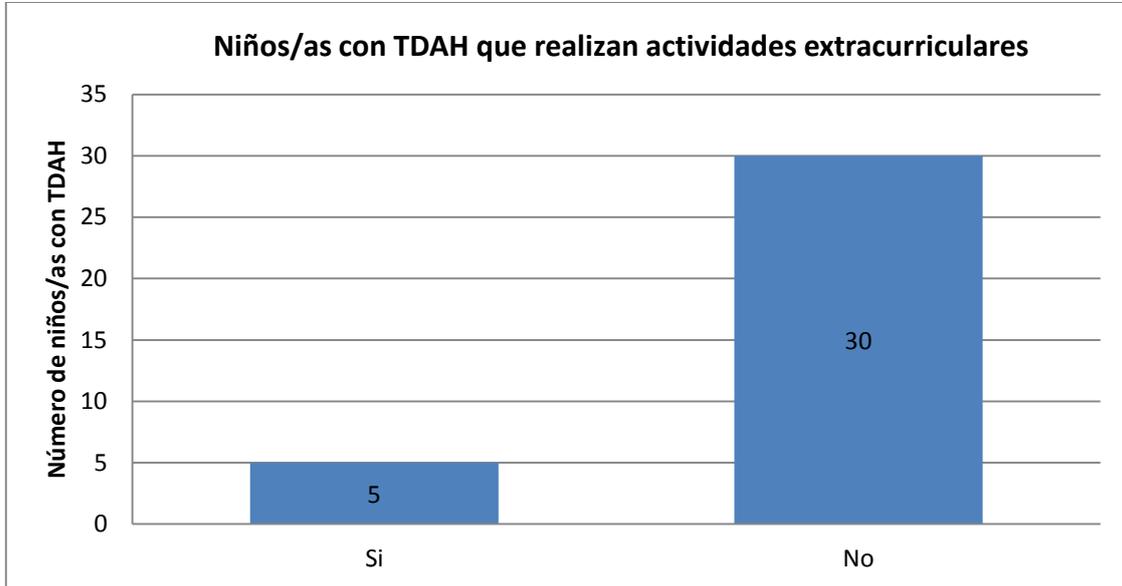


La ilustración 13, muestra la posición socioeconómica de las familias con niños/as con TDAH. Como se puede observar existen 20 familias con una posición socioeconómica media, 14 bajas y una sola alta.

Ilustración 14 Niños con TDAH que realizan actividades extracurriculares

Fuente: Centro de Rehabilitación Integral Especializado, CRIENo5. (2015). Ministerio de Salud Pública, Cuenca- Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Coello



En la ilustración 14 se encuentra que son 30 los niños que no realizan actividades extracurriculares, mientras que 5 niños si lo hacen. Dentro de dichas actividades, cuatro practican deportes y uno acude a academias en la tarde.

Ilustración 15 Actividades que realizan los niños/as con TDAH

Fuente: Centro de Rehabilitación Integral Especializado, CRIENo5. (2015). Ministerio de Salud Pública, Cuenca- Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Coello



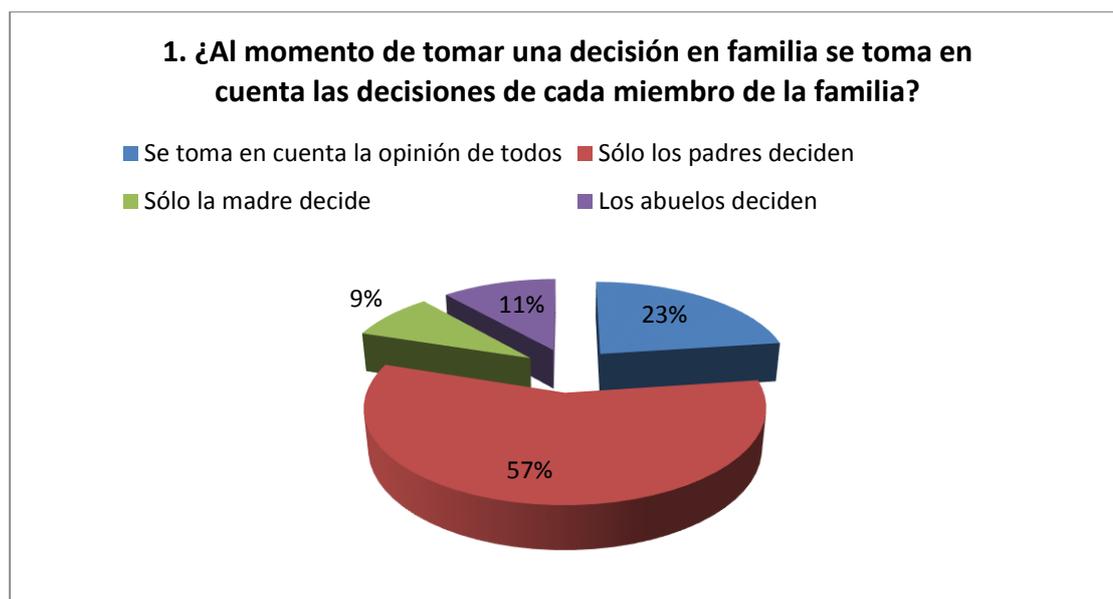
La ilustración 15, muestra las actividades a las que los niños/ con TDAH se dedican en su tiempo libre. La mayoría se dedica a jugar, 10 niños del grupo ven televisión la mayor parte del tiempo, 3 practican algún deporte y los dos restantes se dedican a otras actividades.

Resultados de la entrevista semi estructurada

Ilustración 16 PREGUNTA 1

FUENTE: Familias de los niños que asisten al CRIE.

Aplicado por: Fernanda Coello

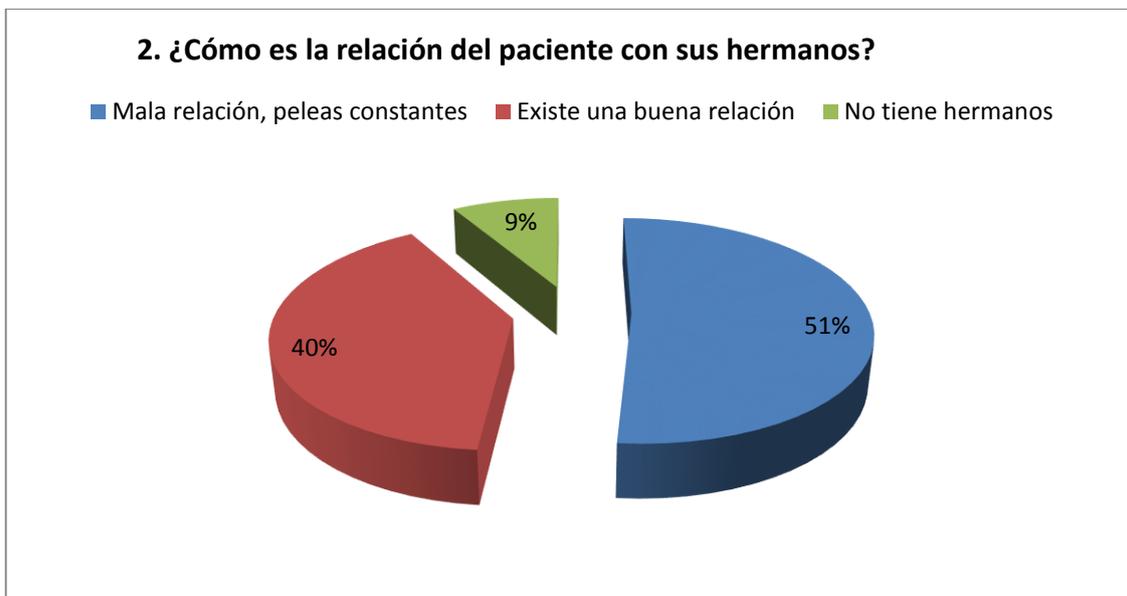


En la pregunta número uno de la entrevista semi estructurada que se realizó a las 35 familias, se indagó acerca de la toma de decisiones. Más de la mitad de familias respondieron que las decisiones solo la toman los cuidadores primarios. Por otra parte el 23% de familias indicaron que si se toma en cuenta la opinión de todos los miembros del núcleo familiar. El 11% indicaron que los abuelos son los que deciden mientras que los 9% restantes mencionaron que la madre es la que decide.

Ilustración 17 PREGUNTA 2

Fuente: Familias del CRIE. Centro de Rehabilitación Integral Especializado No5, Cuenca – Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Coello

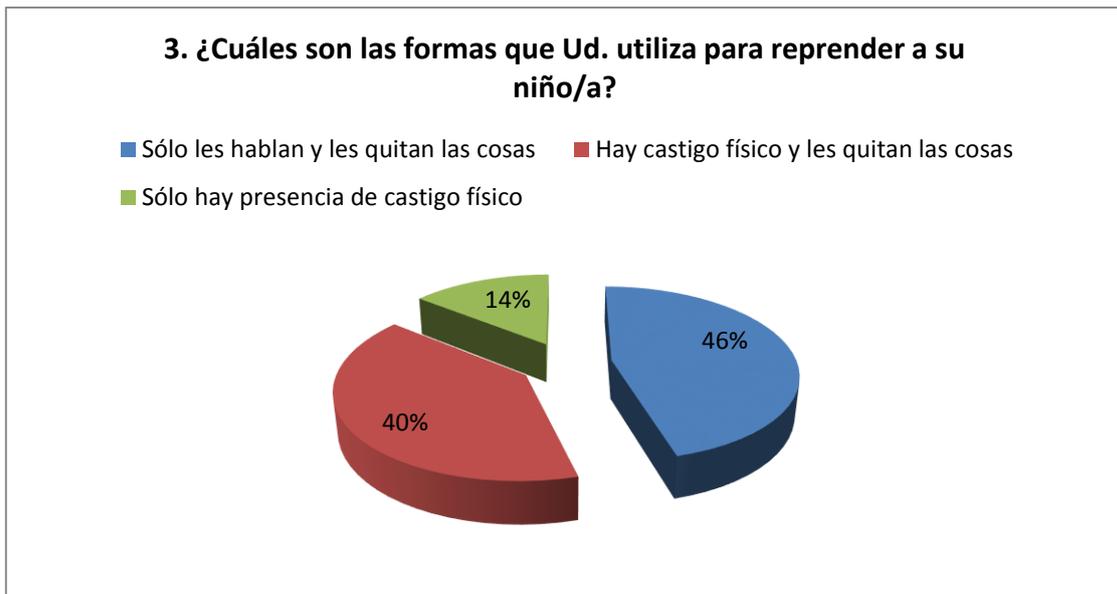


La pregunta 2 indaga acerca de la relación del niño/a con TDAH y sus hermanos. De ésta manera en la ilustración 17, se muestra que la mitad de las 35 familias menciona que los hermanos tienen mala relación con presencia de constantes peleas. El 40% manifiesta que existe una buena relación, el 51% dice tener mala relación con presencia de peleas constantes. Finalmente el 9% restante no tiene hermanos.

Ilustración 18 PREGUNTA 3

Fuente: Familias del CRIE. Centro de Rehabilitación Integral Especializado No5, Cuenca – Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Coello



La pregunta tres de la entrevista semiestructurada hace referencia a las formas de reprender que los padres de niños/as con TDAH utilizan. El 46% de las familias dijeron que sólo les hablan y les quitan las cosas que les gustan. El 40% mencionó que utilizan castigo físico y les quitan las cosas. Finalmente el 14% de familias restantes dijeron que sólo utilizan el castigo físico.

Ilustración 19 PREGUNTA 4

Fuente: Familias del CRIE. Centro de Rehabilitación Integral Especializado No5, Cuenca – Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Coello

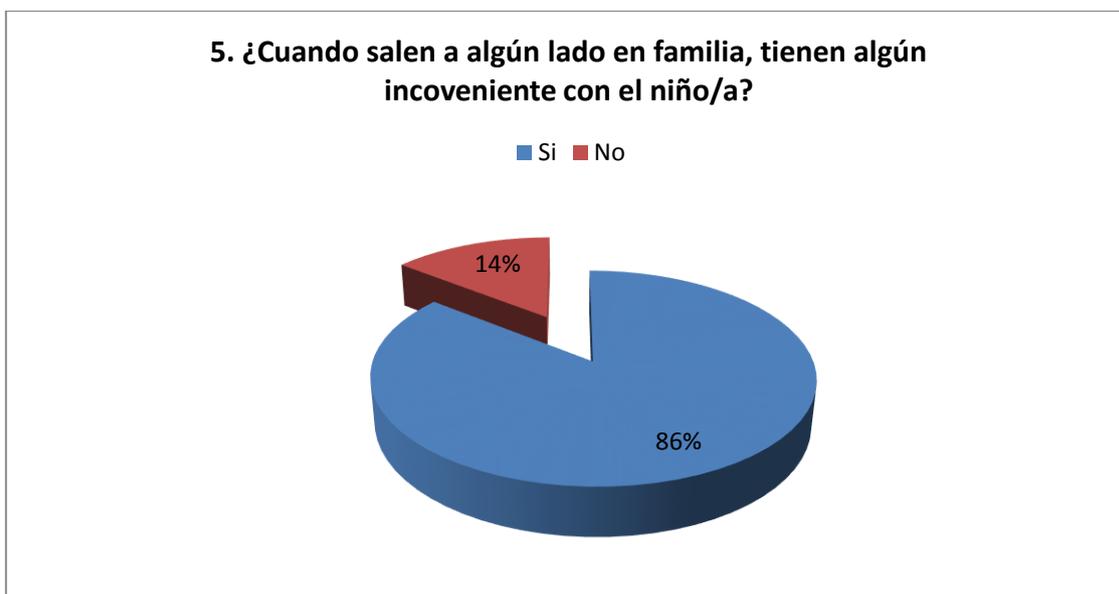


En la pregunta 4 de la entrevista semiestructurada se indaga acerca de que si el niño/a necesita ayuda para realizar sus tareas o puede realizar solo. El 83%, que representa a la gran mayoría, indicó que necesitan ayuda para realizar sus tareas. Sin embargo el 17% indicó que puede realizar sólo.

Ilustración 20 PREGUNTA 5

Fuente: Familias del CRIE. Centro de Rehabilitación Integral Especializado No5, Cuenca – Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Coello

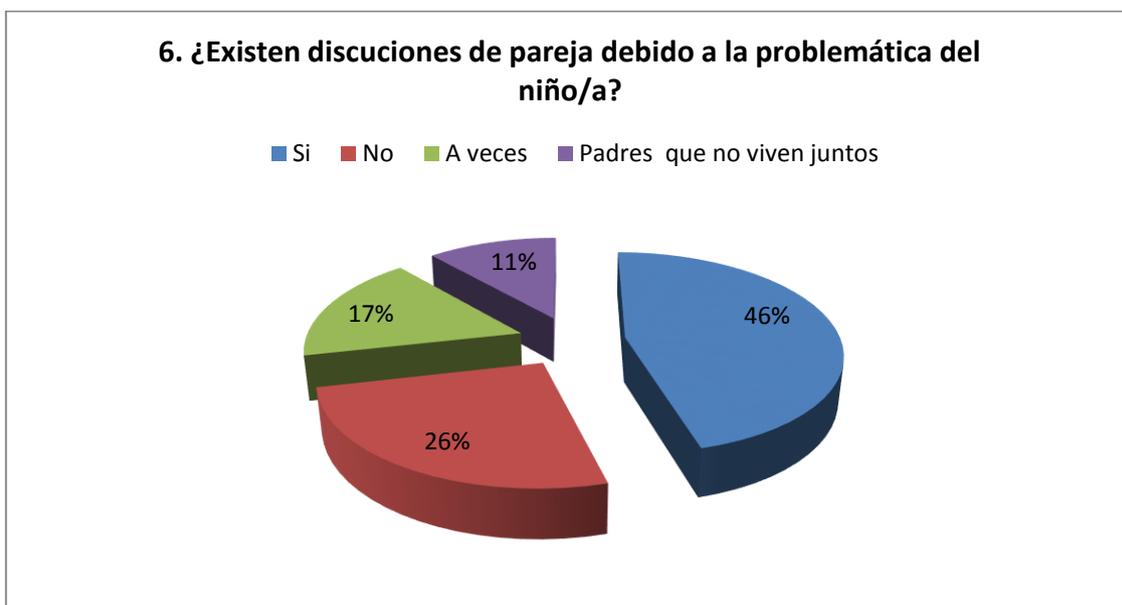


En la pregunta 5 de la entrevista semiestructurada se averiguó acerca de la posible existencia de problemas o inconvenientes al momento de salir a algún lado con el niño/a con TDAH. El 86% manifestaron tener inconvenientes al salir a algún lado; por otro lado el 14% mencionaron no tener problema alguno.

Ilustración 21 PREGUNTA 6

Fuente: Familias del CRIE. Centro de Rehabilitación Integral Especializado No5, Cuenca – Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Coello

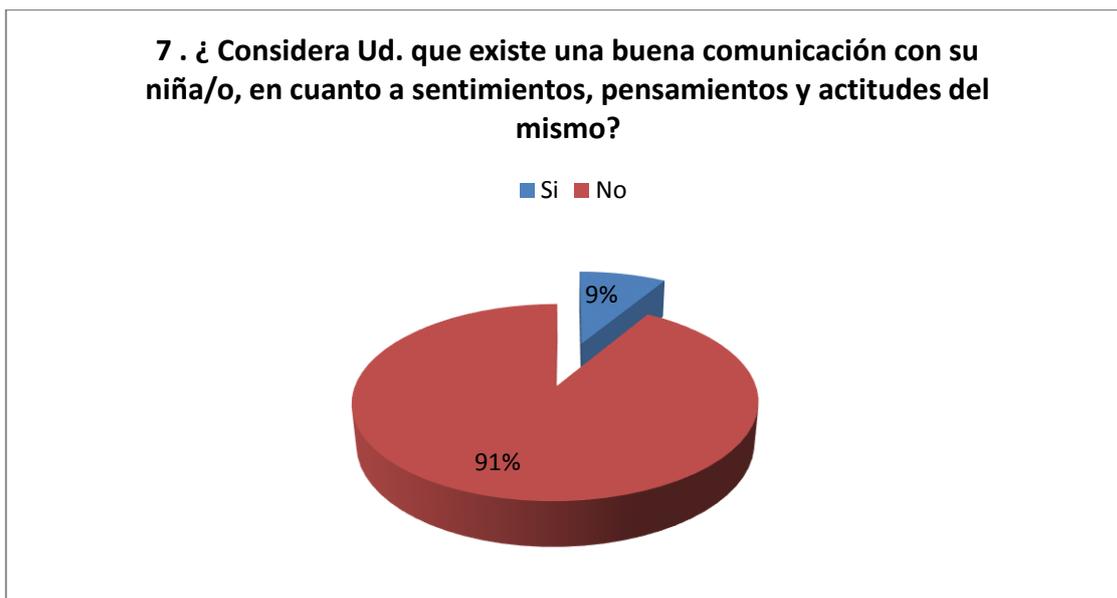


En la Figura 20 se resume los resultados obtenidos de la pregunta 6, que indaga acerca la posible presencia de discusiones de pareja debido a la problemática del niño. Como se observa en la figura el 46% de las 35 personas que estuvieron involucradas en la investigación mencionaron tener discusiones; el 26% opinaron no tener discusiones; el 17% dijo que a veces se presentaban discusiones y el 11% de padres restantes mencionaron no vivir juntos.

Ilustración 22 PREGUNTA 7

Fuente: Familias del CRIE. Centro de Rehabilitación Integral Especializado No5, Cuenca – Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Coello



En la ilustración 22 se presentan los resultados obtenidos de la pregunta 7, la misma que tiene que ver con la comunicación que existe entre los padres y los niños y niñas con TDAH; comunicación en cuanto a sentimientos, pensamientos y actitudes. Como se observa en el gráfico de pastel el 91% de las familias mantiene una buena comunicación. Mientras que el 8% restante, manifiesta no tener buena comunicación.

Dentro de lo que podemos rescatar de la entrevista realizada a las familias, podemos decir que la mayor parte de los padres son los que intervienen al momento de la toma de decisiones sin hacer partícipe a sus hijos. Por otro lado la mayor parte de los participantes tienen constantes peleas con sus hermanos en el hogar. Se encontró que el 46% de los padres reprenden a sus hijos retirándoles las cosas y hablándolos. La gran mayoría, representada por un 83% no pueden realizar sus tareas solos, necesitando así de alguien que les dirija; así como el 86% de padres presentan problemas al salir a algún lado con el niño/a con TDAH. La mitad de la muestra que se investigó indicaron tener problemas de pareja en relación con la problemática de su niño/a. Finalmente el 91% de familias indicaron tener una buena relación en cuestión a sentimientos, actitudes y pensamientos con sus niños/as.

3.1.1 SOCIALIZACIÓN ACERCA DEL TRASTORNO EN EL CRIE NO5

Se realizó la investigación con las 35 familias, las cuales colaboraron para mi trabajo de tesis completando una ficha socio demográfica, una entrevista estructurada y el Cuestionario de Funcionalidad Familia FF-SIL. Se realizó con cada una de las familias una socialización acerca del TDAH, en la cual se explicó de qué se trata el TDAH y cuáles son sus distintos tipos de tratamientos. En ésta socialización se pudo observar la falta de conocimientos que los padres tenían acerca de dicha patología. Muchos de ellos, con hijos con casos de TDAH más graves, se negaban a darles medicación a sus hijos. Los padres pensaban que no era sano darles medicación a tan temprana edad. Con estos padres hablé acerca de los efectos negativos de no darles la

medicación a sus niños. Se les explicó que la medicación tiene la función de ayudar al niño a mejorar su tiempo de concentración, de manera que durante un tiempo de consumo de dichos fármacos, las funciones atencionales maduren y así poder retirar la medicación. Se les explicó que la medicación no es de por vida, que depende del tiempo que a cada paciente le tome madurar sus funciones, para que de esa manera se puedan retirar los fármacos. De esta manera se despejó algunas inquietudes y se aclaró muchas cosas relacionadas con el TDAH, a los padres quienes no tenían una información certera y completa.

Se pudo observar la falta de conocimientos que los padres tenían acerca de esta patología. Debido a esto se trabajó con cada familia por separado, se realizó un trabajo con cada una de ellas cuestionando cuáles son las ideas que los padres tenían acerca de este trastorno. La mayoría de padres pensaban que esta patología no era tan grave como para requerir medicación. Otros padres consideraban que el TDAH no era una patología, sino solo un “mal comportamiento” de sus niños, que con solo reprenderles se les iba a quitar. Otros padres culpaban a la institución en la que se encuentran sus niños, juzgando de incapaces a los docentes. Se aclaró con cada uno de estos padres que dicha patología no es solo un “mal comportamiento” temporal del niño, sino que va más allá de los límites y que por tanto necesitan de atención psicológica y en los casos más graves de medicación. Se les indicó también que muchas veces los docentes son juzgados por no poder controlar a estos niños, debido a su patología, lo cual repercute no solo en el ámbito escolar sino en el familiar y social también. Se les sugirió que pueden buscar ayuda extracurricular con un tutor, para lograr que sus niños avancen al mismo ritmo que los demás; se les explicó también que no es solo trabajo del docente sino que en estos casos el trabajo debe complementarse con la ayuda en el hogar.

Con los padres también se realizó otra actividad en la que ellos mismos se pudieron dar cuenta de la credibilidad del trastorno diagnosticado con anterioridad. Se realizó una actividad en la que se fue realizando en forma de preguntas los síntomas del TDAH, así se remarcaba los síntomas que el niño cumplía. De esta manera, todas las 35 familias coincidieron con los resultados de la historia clínica realizada por parte de los profesionales del CRIE No5. Se empezó cuestionándoles y al final de cada intervención con ellos, les mostré que cumplían con la mayoría de los criterios diagnósticos del CIE10. Se les mostró también el Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, en donde ellos mismo pudieron leer pausadamente que sus hijos cumplían con la gran mayoría de los mismos. De esta manera se evitó que los padres piensen que pudo haber existido sesgo en el diagnóstico.

Con los padres se utilizó también la técnica cognitivo conductual de la universalización, debido que algunos se sentían culpables, otros no tenían esperanzas de mejora y otros solo se rendían antes de empezar el tratamiento. Se trabajó con ellos indicándoles la gran prevalencia que tiene este trastorno en nuestra población, lo cual hasta cierto punto disminuyó la preocupación acerca del trastorno. Se habló con los padres acerca de la actitud que ellos deben tener frente a la patología. Se les indicó que mientras sean más positivos hay mayor esperanza de mejora, debido a que el niño percibe todo lo que le rodea. Se les habló acerca de la importancia de la presencia de ellos durante el proceso de tratamiento, debido a que sin ellos no se podrían llevar a cabo un tratamiento exitoso. Finalmente se les dio a conocer que todas las consignas que el psicólogo les dé deben estar totalmente claras, debido a que la mayoría de veces ellos van a ser el puente entre la institución y el psicólogo.

Conclusiones:

Dentro de lo más importante que podemos destacar del presente capítulo están los resultados obtenidos con el Cuestionario de Funcionalidad Familiar dentro del cual el 54% de la muestra estudiada son familias moderadamente funcionales. En lo que refiere a las escalas se observó defectos en cada una de las mismas dentro del rango moderado. En la entrevista estructurada, el dato más interesante fue que más de la mitad de la población utiliza el castigo físico. Finalmente en la socialización que se hizo con cada familia se observó la falta de conocimientos por parte de las mismas, así como un rotundo rechazo al uso de la medicación.

3.2 CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Dentro de los resultados más relevantes que se pueden hallar en el presente capítulo podemos rescatar el hecho de que un sistema equilibrado debe poder encontrar solución a los problemas que se le presenten, siempre y cuando dicha solución no interfiera de forma negativa en el resto de miembros de la familia. Teniendo presente que cada familia tiene una forma de interaccionar y de solucionar estos problemas de forma idiosincrática. Es de suma importancia la actitud de los padres hacia los niños con esta patología, demostrando un positivismo hacia la mejora del niño, evitando la frustración, la cual la mayoría de veces es transmitida a los niños lo que hace que empeore la situación actual del paciente.

Dentro de los estudios relacionados con el tratamiento, mencionados en la primera parte del primer capítulo podemos rescatar la eficacia del tratamiento combinado, el mismo que es el más utilizado, siendo el tratamiento farmacológico el menos utilizado.

Lamentablemente esta patología afecta significativamente a las relaciones entre los hermanos, lo cual obviamente repercute en el bienestar emocional del sistema en sí. Sumado a esto empeora la situación del niño, la falta de conocimiento y la poca relevancia que se le da al TDAH, repercutiendo así en su rendimiento académico, en su autoestima, generando frustración, deserción escolar y pérdida de años.

Dentro de la presente investigación se obtuvo los resultados de las 35 familias acerca de su funcionalidad. Los resultados hallados determinaron que más de la mitad de las familias son moderadamente funcionales, se llega a esta conclusión gracias al instrumento que se utilizó, cuyo nombre es Cuestionario de Funcionalidad Familiar FF-SIL. Dentro del análisis de cada escala que mide el Cuestionario, se encuentran la

cohesión, la armonía, la comunicación, la permeabilidad, la afectividad, los roles y la adaptabilidad, escalas que se encuentran dentro del rango de lo moderadamente normal.

Se realizó también una entrevista estructurada a cada familia dentro de los resultados más relativos de la misma se encontró que solo los cuidadores primarios son los que toman las decisiones. Se indagó acerca de las relaciones entre hermanos, donde se pudo observar que la mitad de las familias que formaron parte de la investigación tienen constantes peleas. En cuanto a las formas de reprender a los niños con TDAH, mencionaron la mayoría de las familias que les hablan y les quitan las cosas que les gustan, mientras que el 14% utilizan el castigo físico. Se descubrió que la mayoría de niños necesitan ayuda para realizar sus tareas así como tienen inconvenientes los cuidadores primarios para salir a algún lado con sus niños con TDAH, debido a las pataletas que ellos hacen. Casi la mitad de las 35 familias mencionaron tener problemas de pareja debido a la problemática de sus niños. Finalmente la mayoría de las familias dijo tener una buena comunicación con sus niños, en cuanto a sentimientos, pensamientos y actitudes.

De acuerdo a lo que se ha podido apreciar en el presente trabajo de tesis, se responde a la pregunta de investigación formulada en un principio, la cual indagaba acerca de ¿Qué factores de la funcionalidad familiar como la cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol, y permeabilidad se ven afectados con la presencia de un niño con Trastorno por déficit de atención? Como respuesta a dicha interrogante, basándose en los resultados obtenidos podemos concluir que todos los factores antes mencionados se ven alterados medianamente en las familias disfuncionales, ya que presentan puntajes establecidos dentro de un rango de 4 a 6 puntos, sobre 10, que califica la Escala FF-SIL. En las moderadamente funcionales,

dichos factores se encuentran relativamente altos ya que se encuentran en un rango de 6 a 8 puntos de acuerdo a la Escala FF-SIL. Finalmente en el grupo de familias funcionales se concluye que presentan un equilibrio adecuado en la presencia de estos factores ya que están dentro de un rango de 8 a 9 puntos establecidos por la Escala FF-SIL. Como conclusión en general los factores de funcionalidad familiar más afectados con la presencia de un niño con TDAH, son la comunicación y los roles familiares, los cuales presentan puntuaciones más bajas en relación con los demás factores.

3.2.1 RELACIÓN DE LOS HALLAZGOS Y LA HIPÓTESIS

Al principio del presente trabajo de tesis se estableció una hipótesis inicial que determinaba que las familias que tienen un miembro con trastorno por déficit de atención, presentan alteraciones en su funcionamiento. Lo cual coincide con el trabajo realizado, ya que según el Cuestionario de Funcionalidad Familiar el 54% de las familias son moderadamente funcionales, el 37% son disfuncionales y sólo el 9% restante son funcionales. Lo cual evidentemente demuestra que existen dificultades en las familias con miembros con TDAH. A toda esta moderada funcionalidad se suma el hecho de que existen problemas con los hermanos, existe el uso de castigos físicos y privación de las cosas que les gustan a los chicos como forma de castigo, además de la incapacidad de casi todos estos niños para realizar sus tareas de forma independiente. Otro dato importante que se halló fue que las relaciones en pareja se ven afectadas en la mitad de la muestra con la que se trabajó, debido a la presencia de dicha patología. Debido a todo lo anteriormente mencionado, se puede decir que se ha confirmado la hipótesis inicialmente propuesta.

3.2.2 RECOMENDACIONES

- Se deberían realizar charlas de psicoeducación a los docentes de cada institución, en las cuales se indiquen el correcto trato y forma de educar a estos niños.
- Capacitar a los profesionales de la salud de cada unidad educativa con la finalidad de evitar la esquematización a estos pacientes en las aulas de clase.
- Trabajar con todo el sistema cuando exista un diagnóstico de TDAH, ya que como se ha podido apreciar en la presente investigación, la presencia de dicha patología altera la funcionalidad de la familia.
- Informar al sistema en el que se desarrolla el niño/a acerca del TDAH, debido a que en la gran mayoría de familias hay falta de conocimiento sobre este trastorno, lo cual repercute en un mal manejo y una subestimación de la patología.
- Incorporar en las charlas educacionales sobre el TDAH, el uso correcto de medicación para esta patología y sus ventajas a futuro, para evitar así la esquematización de ser malas para los niños/as a tan corta edad.
- Tratar el tema de los castigos, para evitar así que los padres utilicen el castigo físico como opción, incorporando así los reforzadores positivos que podrían dar mejores resultados en estos casos.
- Tomar en cuenta la gravedad de la influencia del trastorno en la familia, sobre todo en el subsistema conyugal, siendo así necesario la derivación para un tratamiento de pareja en los casos que más lo requieran.
- Proponer a los padres la ayuda de un tutor extracurricular que ayude en la nivelación y realización de tareas, lo cual va a ser beneficioso para el niño/a y a su vez para los padres.

- Brindar a los padres alternativas concretas y eficaces de cómo manejar a su niño/a de manera adecuada en situaciones que se presenten fuera del hogar y causen molestias a los mismos.
- Es de suma importancia realizar un diagnóstico temprano, para que este favorezca a la mejoría del niño, brindándole un tratamiento adecuado a tiempo.
- Indicar los distintos tipos de tratamientos existentes, así como su eficacia. Brindar suficiente información acerca de ventajas y posibles desventajas que cada tratamiento puede traer consigo, para que sean los padres quienes escojan lo mejor opción para sus niños, teniendo así la suficiente información para hacerlo.

3.2.3 BIBLIOGRAFIA

Acle, T.; Ortiz, L. (2006). Diferencias entre padres y maestros en la identificación de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños mexicanos. *Rev. Neurol*; 42: pp. 17-21. Facultad de estudios superiores Zaragoza. México, México DF. Recuperado de : http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fprofile%2FGuadalupe_Tomasini%2Fpublication%2F232703521_Diferencias_entre_padres_y_maestros_en_la_identificacin_en_sntomas_del_trastorno_por_dficit_de_atencin_con_hipractai_idad_en_nios_mexicanos%2Flinks%2F0fcfd508b2ffba8789000000.pdf&ei=xek_Ve7LNsOCsAWpuoCwBw&usg=AFQjCNF-yJD0IB6tIJToRAZb-OiGWIYCNw

Aguilar, M. (2013). Eficacia del Programa de Estimulación Progresint, en el incremento de la atención en niños y niñas de 6 a 9 años de edad diagnosticados con TDAH (tesis de pregrado). Universidad Central Del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas, Quito, Ecuador. Pp. 16-34. Recuperado de:

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2333/1/T-UCE-0007-24.pdf>

Ajuriaguerra, J. (1973). Manuel de Psychiatrie de l'enfant. Edición en Español. Manual de Psiquiatría Infantil. Masson edit. Barcelona. Recuperado de: <http://www.lsf.com.ar/libros/56/MANUAL-DE-PSIQUIATRIA-INFANTIL/>

American Psychiatric Assosiation (2000). Diagnostic and statistical manual for mental disorders (DSM-IV). Washintong, D.C. Recuperado de: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>

American Psychiatric Assosiation (2014). Diagnostic and statistical manual for mental disorders (DSM-V). Washintong, D.C. Recuperado de: <http://www.integratek.es/wp-content/uploads/2014/05/DSM5ESP.pdf>

Arriada, M.; Otero, S. (2000). Síndrome de atención deficitaria. Aspectos básicos del diagnóstico y tratamiento. *Rev. Neurol*; pp. 845-851. Recuperado de: <http://psiquiatriainfantil.org/OTROS/adhd3.pdf>

Barkley, R. (1990). Attention deficit hyperactivity disorders: A handbook for diagnosis and treatment. Nueva York: Guilford Publications. Recuperado de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=zlk8BAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT23&dq=Barkley+RA.+Attention+deficit+hyperactivity+disorders:+A+handbook+for+diagnosis+and+treatment.+Nueva+York:+Guilford%3B+1990&ots=4cSRYv2geI&sig=XcfoCLHwsMBFvfc36CURzRjhPJU#v=onepage&q=Barkley%20RA.%20Attention%20deficit%20hyperactivity%20disorders%3A%20A%20handbook%20for%20>

diagnosis%20and%20treatment.%20Nueva%20York%3A%20Guilford%3B%201990&f=false

Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Guite, J., Mick, E., Chen, I., Mennin, D., Marris, A., Ouellet, C., Moore, P., Spencer, T., Norma, D., Wilens, T., Kraus, I., Perrin, J. (1996). A prospective 4-year follow-up study of attention- déficit hyperactivity disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, (5), pp. 437-446. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8624187>

Biederman, J.; Faraone, S. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, pp. 237-248. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16023516>

Botella, L.; Vilaregut, A. (2006). La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución. Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació Blanquerna, Universitat Ramon Llull. Recuperado de: <http://jmonzo.net/blogeps/terapiafamiliarsistemica.pdf>

Boydston, J.; Ackerman, P.; Stevens, D.; Clements, S.; Peters, J., Dykman, R.; (1968). Physiologic and Motor Conditioning and Generalization in Children with Minimal brain dysfunction. Department of Psychiatry, University of Arkansas Medical Center, Little Rock, Arkansas, pp. 81-102. Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03001140#page-2>

Castillo, M. (2014). Trastorno de déficit de atención e hiperactividad y funcionalidad familiar en niños y adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar número 75, Ciudad Nezahualcóyotl del Instituto Mexicano del Seguro Social (tesis de pregrado). Universidad Autónoma del estado de México, Toluca, Estado de México. Recuperado de: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/123456789/14530/2/411792.pdf>

Córdova, L; Verdugo, M. (2003). Aproximación a la calidad de vida de familias de niños con TDAH, un enfoque cualitativo. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 34, (208), pp.19-33. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=765076>

Cruz, L; de la Peña, F; Valderrama, A; Patiño, R; Calle, S; Ulloa, R. (2011). Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista Salud Mental*, 34, (2), pp. 149-155. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n2/v34n2a8.pdf>

De la cuesta, F & Louro, I. (1994). Funcionamiento Familiar. Construcción y validación de instrumento. Trabajo para optar por el título en Maestría de psicología de la salud. Facultad de Salud Pública, Cuba, Habana. Recuperado de: <http://www.trendytraveller.com/search-results.php?q=De+la+cuesta+Freyomel+P%25u00e9rez+%2CLouro+I.+1994.+Funcionamiento+Familiar.+Construcci%25u00f3n+y+validaci%25u00f3n+de+instrumento.+Trabajo+para+optar+por+el+t%25u00edtulo+en+Maestr%25u00eda+de+psicol>

og%25u00eda+de+la+salud.+Facultad+de+Salud+Publica.+C.+Habana&cx=partner-pub-2680513275231800%3A2851105970&cof=FORID%3A10&ie=UTF-8

Douglas, V. (1972). Stop, look and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science* 4, pp. 259-82. McGill University and Montreal Children's Hospital, Canada. Recuperado de: <http://garfield.library.upenn.edu/classics1984/A1984TN32300001.pdf>

Eddy, L.; Trallero, J., Baró, M.; Fornieles, J.; Hernández, M. (1998). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Estudio para valorar los factores de riesgo, los factores asociados y el estilo educativo de los progenitores; pp. 145 – 150. Universidad de Barcelona. Recuperado de: <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/50-2-7.pdf>

Fawcett, C. (1993). *Family Psychiatric Nursing*. Chicago. Editorial Mosby. Recuperado de: <http://www.iberlibro.com/buscar-libro/isbn/0801601592/>

García, D. (2010). Propuesta metodológica inclusiva dirigida a niños y niñas de 6to de básica con diagnóstico en TDAH para promover las destrezas del área de matemáticas (tesis pregrado). Universidad Politécnica Salesiana Sede Quito – Ecuador. Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Pp. 8-13. Recuperado de: <http://www.dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/2802/1/UPS-QT01139.pdf>

González, I. (2000). Reflexiones acerca de la salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16, (5), pp. 508-512. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000500015&script=sci_arttext

González, R; Bakker, L & Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), pp. 141-158. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v12n1/v12n1a08.pdf>

Grau, M. (2006). Análisis del contexto familiar en niños con TDAH (tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia, España. Recuperado de: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/15397/grau.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hernández, C. (2012). Aplicación del manual “actividades adiestradoras de funciones mentales superiores” para incrementar los niveles de atención en niños y niñas de 6 a 9 años diagnosticados con TDAH (tesis pregrado). Universidad central del Ecuador, Quito. Pp. 32. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2299/1/T-UCE-0007-22.pdf>

Herrera, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13 (6), 591-595. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_6_97/mgi13697.htm

Herrera, P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista cubana de Medicina General Integral*, 16 (6), 568-573. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_6_00/mgi08600.pdf

Horwitz, N., Florenzano, R., Ringeling, I. (1985). Familia y Salud Familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana*, 98, (2), pp. 147-149. Recuperado de: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v98n2p144.pdf>

Maganto, J, Bartau, I & Etxeberria, J. (2003). La participación en el trabajo familiar: un reto educativo y social. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, (9), 2. Recuperado de: http://www.uv.es/relieve/v9n2/RELIEVEv9n2_4.htm

Mendoza, D. & Pizano, M. (2014). Trastorno de déficit de atención e hiperactividad y funcionalidad familiar en niños y adolescentes de la unidad de medicina familiar número 75, Ciudad Nezahualcóyotl del Instituto Mexicano del Seguro Social (tesis de pregrado). Universidad autónoma del estado de México, Toluca, Estado de México. Recuperado de: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/123456789/14530/2/411792.pdf>

Menéndez, I. (2001). Trastorno de déficit de atención con hiperactividad: clínica y diagnóstico. *Rev. Psiquiatr Psicol Niño y Adolesc*; 4 (1): 92-102. Oviedo, España. Recuperado de: <http://psiquiatriainfantil.org/OTROS/adhd3.pdf>

Miranda, A.; Amado, L.; Jarque, S. (2001). Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad. *Revista de innovación y experiencias educativas*. Málaga, Aljibe. Recuperado de: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_36/MARIEM_DRIS_1.pdf

Miranda, A.; Jarque, S.; Soriano, M. (1999). Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Revista de Neurología*, 28 (2), pp. 182-188. Recuperado de: <http://tdahcantabria.es/documentos/Basicodownload.pdf>

Miranda, A.; Rosello, B.; Soriano, M. (1998) Estudiantes con deficiencias atencionales. *Rev. Neurol*; pp. 678-681. http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CDUQFjAC&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F649313.pdf&ei=mSZAVb73Ic3fsASQ9YHQDQ&usg=AFQjCNFTBZj09BGkRnuK-Ex2NMKktvps_w

Molina, M. (2014). ¿Cómo perciben los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) el estilo de crianza de sus padres?. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Secretaría de Ciencia y Técnica, UBACyT, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://www.academica.com/000-035/331.pdf>

Moos, R. & Moos, B. (1986). Family Environment Scale (2nd ed.). Palo Alto, CA: *Consulting Psychologists Press*. Recuperado de:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1545-5300.1990.00199.x/abstract>

Organización Mundial de la Salud. (1976). Índices Estadísticos de la salud de la familia. Informe de un Comité de Expertos. Ginebra. Recuperado de:
http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwhqlibdoc.who.int%2Ftrs%2FWHO_TRS_590_spa.pdf&ei=CYFmVd-4G8HPsQS_0IKwDQ&usg=AFQjCNEpkFYWZGCHJ9-htuclRaSLQ0CV3Q

Organización mundial de la Salud. (1992). Decima recisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. (CIE-10). Madrid: Meditor
Recuperado de: http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf

Ortega, F. (2001). *Terapia Familiar Sistémica, 2da Edición*. España. Editorial Grafitrés. Recuperado de:
https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=4xHGfa5irngC&oi=fnd&pg=PA11&dq=teoria+familiar+sistemica+&ots=HjrpCWXYRQ&sig=J_vmGpgoUCJ50eQcDE64UtAaIPA#v=onepage&q&f=true

Pineda, D., Puerta, C., Merchán, V., Arango, P., Galvis, A.; Velásquez, B., Gómez, M.; Builes, A.; Zapata, M., Montoya, P.; Martínez, J.; Salazar, E.; Henao, G.; Lopera, F. (2003). Factores perinatales asociados con la aparición del trastorno por deficiencia de atención en niños de la comunidad colombiana 'Paisa'. *REV NEUROL*; 36:609-613. Recuperado de:
<http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?id=2002421>

Presentación, M., Pinto, V., Meliá, A., Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de Psicología*, 2, (3), pp. 18-26. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v2n3/articulo_3.pdf

Raya, A; Herreruzo, J; Pino, M. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Revista Psicothema*, 20, (4), pp. 691-696. Recuperado de:
<file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Downloads/8717-14420-1-PB.pdf>

Soria, R. (2010). Tratamiento sistémico en problemas familiares. Análisis de caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13 (3), 92-93. Recuperado de:
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/22593/21326>

Torresco, E.; Guidi, M.; Díez, J. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. *Actas Eps*

Psiquiatr; 41(1): 44-51. Recuperado de:
<http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/81/ESP/15-81-ESP-44-51-322427.pdf>

Valdizán, J.; Izaguerri, A. (2009). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Revista de Neurología*; pp. 95-99. Recuperado de:
http://qa.cemic.edu.ar/descargas/addh_adultos.pdf

Zuluaga, J. (2007). Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de Trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDAH), a través de una intervención sobre la atención. Pontificia Universidad Javeriana. Manizales. Recuperado de:
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20091118031108/TESIS%20JUAN%20BERNARDO%20ZULUAGA.pdf>

3.2.4 ANEXOS

3.2.4.1 Fichas sociodemográficas

3.2.4.2 Entrevista semi estructurada

3.2.4.3 Cuestionario FF-SIL

Ficha Socio Demográfica

• Datos del cuidador primario:

- ✓ Nombres: _____
- ✓ Apellidos: _____
- ✓ Parentesco: _____
- ✓ Estado civil: _____
- ✓ Número de hijos: _____
- ✓ Tipo de familia:
 - o Monoparental
 - o Nuclear
 - o Trigeneracional
 - o Reconstituida
 - o Otras _____
- ✓ Sector en el que vive:
 - o Rural
 - o Urbano
- ✓ Considera Ud. que su posición socioeconómica es:
 - o Alta
 - o Media
 - o Baja

• Datos del paciente (niño/a):

- ✓ Nombres: _____
- ✓ Apellidos: _____
- ✓ Edad: _____
- ✓ Sexo: _____
- ✓ Fecha de nacimiento: _____
- ✓ ¿El niño/a actualmente se encuentra escolarizado?
 - o Si
 - o No
- ✓ Nivel de instrucción: _____
- ✓ ¿Qué actividades emplea el niño/a en su tiempo libre? _____
- ✓ ¿En el tiempo libre del niño /a al cuidado de quien se encuentra? _____
- ✓ ¿El niño realiza alguna actividad extracurricular?
 - o Si
 - o No
 - ¿Cuál? _____
- ✓ Considera Ud. que el estado de salud del niño/a es:
 - o Bueno
 - o Regular
 - o Malo
- ✓ Dirección: _____
- ✓ Teléfonos: _____

Carta de consentimiento informado



UNIVERSIDAD DEL
AZUAY

Yo, _____, he leído y he comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y he entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. También se me ha dado a conocer a la vez que mi información será confidencial. De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación con fines educativos.

Firma del participante:

Fecha:

Declaración del investigador:

De manera cuidadosa he explicado al participante la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basado en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados para participar en este estudio.

Firma del investigador:

Fecha:


UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
FACULTAD DE
FILOSOFÍA
SECRETARÍA

Nº 0680495

Cuenca, Ecuador.

Yo, _____, identificada con cedula de ciudadanía, _____, expedida en, _____, quien me encuentro en este momento siendo atendida por el Centro de Rehabilitación Integral Especializado, para la atención médica especializada, autorizo expresamente para que fotografías tomadas durante mi tratamiento puedan ser utilizadas para las actividades de investigación, así mismo para eventos académicos y no serán utilizadas para fines con ánimo de lucro.

Firma del paciente



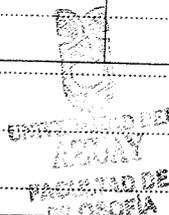


UNIVERSIDAD DEL
AZUAY

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una x en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

		Casi nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Muchas veces (4)	Casi siempre (5)
1	De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					



7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Entrevista Estructurada



1. ¿Al momento de tomar una decisión en familia se toma en cuenta las decisiones de cada miembro de la familia?

2. ¿Cómo es la relación del paciente con sus hermanos?

3. ¿Cuáles son las formas que Ud. utiliza para reprender a su niño/a?

4. ¿El paciente realiza sus tareas solo o tiene la ayuda de alguien?

5. ¿Cuándo salen a algún lado en familia tienen algún inconveniente con el niño/a?

6. ¿Existen discusiones de pareja debido a la problemática del niño/a?

7. ¿Considera Ud. que existe una buena comunicación con su niña/o, en cuanto a sentimientos, pensamientos y actitudes del mismo?

8. ¿En su hogar hay normas y reglas claras que se han establecido desde un principio?
