



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“EL TDA-H EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS, COMO CAUSA DE ANSIEDAD EN
LOS PADRES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN DE NIÑOS ESPECIALES
SAN MIGUEL DE SALCEDO EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL
2011”

Requisito previo para optar el título de Psicóloga Clínica

AUTORA: Jiménez León, Yolanda de las Mercedes

TUTORA: Dra. Ruiz Olarte, Ana

AMBATO - ECUADOR

Febrero, 2012

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del trabajo estructurado de manera independiente titulado: “El TDA-H en niños de 4 a 12 años, como causa de ansiedad en los padres que asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo en el periodo de Enero a Julio del 2011”, elaborado por Jiménez León Yolanda de las Mercedes, egresada de la carrera de Psicología Clínica, ha desarrollado su trabajo investigativo bajo los lineamientos jurídicos y académicos de la institución, por lo que se le aprueba la misma, pudiendo ser sometido a presentación pública y evaluación por parte del jurado calificador que se le asigne.

Ambato, febrero de 2012

Dra. Ana Ruiz

Tutora

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Los criterios emitidos en el presente trabajo estructurado de manera independiente que trata sobre: “El TDA-H en niños de 4 a 12 años, como causa de ansiedad en los padres que asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo en el periodo de Enero a Julio del 2011”, presentado como requisito para la obtención del Título de Psicóloga Clínica, es original, de mi autoría y responsabilidad, y no compromete a la política de la Universidad.

Ambato, febrero de 2012

Egda. Jiménez Yolanda

Autora

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de ésta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando ésta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Febrero de 2012

Egda. Jiménez Yolanda

Autora

APROBACIÓN POR EL TRIBUNAL DE TESIS

El presente trabajo investigativo: “El TDA-H en niños de 4 a 12 años, como causa de ansiedad en los padres que asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo en el periodo de Enero a Julio del 2011”, elaborado por Jiménez León Yolanda de las Mercedes, egresada de la carrera de Psicología Clínica, ha sido dirigida en todas sus partes, cumpliendo con las disposiciones emitidas por la Universidad Técnica de Ambato a través de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Por lo expuesto:

Se autoriza su presentación ante los organismos concernientes para la sustentación del mismo.

Ambato, febrero de 2012

Para constancia firman

Psc. Verónica Labre

Psc. Miguel Guzmán

Psc. Ismael Gaibor

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación, lo dedico a aquellas personas que día a día luchan por alcanzar sus metas y hacer sus sueños realidad, pese a cada dificultad que se pueda presentar en la vida.

AGRADECIMIENTO

Hoy es el fin y el inicio de una de las etapas más importantes en mi vida.

Agradezco a Dios por ponerme en la familia que me ha puesto, ya que en ella he aprendido tanto, en especial; a mi padre y hermano quienes han sido mis pilares, de igual manera a las instituciones que me han abierto sus puertas para aprender y desarrollar el conocimiento, como a Rolando, amigos y a las personas que me han apoyado de forma directa o indirecta en el desarrollo personal y pre profesional.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

I.- PAGINAS PRELIMINARES

Página de Título o Porta	I
Página de Aprobación por el Tutor	II
Derechos de Autor	III
Página de Autoría de la Tesis	IV
Página de Aprobación del Tribunal de Tesis	V
Página de Dedicatoria	VI
Página de Agradecimiento	VII
Índice General de Contenidos	VIII
Índice de Cuadros	XIV
Índice de Gráficos	XVI
Índice de Tablas	XVII
Resumen Ejecutivo	XVIII
Abstract	XIX

II.- TEXTO

Introducción	1
--------------	---

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Tema	2
1.2 Planteamiento del Problema	2
1.2 .1 Contextualización	2
1.2.2 Análisis Crítico	6
1.2.3 Prognosis	7
1.2.4 Formulación del Problema	7
1.2.5 Preguntas y Directrices	8
1.2.6 Delimitación del Objeto de Investigación.	8
1.2.6.1 Delimitación del Contenido	8
1.2.6.2 Delimitación Espacial	8
1.2.6.3 Delimitación Temporal	8
1.3 Justificación	9
1.4 Objetivos	10
1.4.1 Objetivo General	10
1.4.2 Objetivos Específicos	10

CAPITULO II MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS

Marco Teórico	11
2.1 Antecedentes Investigativos	11

2.2 Fundamentación Filosófica	13
2.3 Fundamentación Psicológica	13
2.4 Categorías Fundamentales	14
2.4.1 Psicología Infantil	15
2.4.2 Conducta Infantil	16
2.4.3 Trastorno Infantil	17
2.4.4 TDA-H en los niños	17
2.4.4.1 Epidemiología	19
2.4.4.1.1 Aspectos Genético	19
2.4.4.1.2 Aspectos Neurológicos	20
2.4.4.1.3 Aspectos Médicos	22
2.4.4.2 Fisiopatología	23
2.4.4.2.1 Estudios Neurológicos	24
2.4.4.2.2 Estudios Neuroquímicos	24
2.4.4.3 Características Clínicas	25
2.4.4.4 Criterios Diagnósticos según el DSM IV y el CI 10	25
2.4.5 Psicología	29
2.4.6 Psicopatología	30
2.4.7 Trastornos del humor	31
2.4.8 Ansiedad	32

2.4.8.1 Particularidades de la Ansiedad	33
2.4.8.2 Síntomas de la Ansiedad	34
2.4.8.3 Definición de Ansiedad según algunos autores	34
2.4.8.4 Enfoque Teórico sobre la Etiología de la Ansiedad	35
2.4.8.5 Pautas Diagnosticas según el CI 10	37
2.4.8.6 Intensidad de la Ansiedad	43
2.5 Formulación de Hipótesis	45
2.6 Señalamiento de Variables	46
 CAPITULO III METODOLOGÍA	
3.1 Enfoque Investigativo	47
3.2 Modalidad de la Investigación	47
3.3 Nivel o Tipo de Investigación	48
3.4 Población y Muestra	48
3.5 Operacionalización de Variables	49
3.6 Plan de Recolección de Información	53
3.7 Procesamiento de la Información	54
 CAPITULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
4.1 Análisis e Interpretación de Resultados	55
4.2 Verificación de Hipótesis	80

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones	82
5.2 Recomendaciones	84

CAPITULO VI PROPUESTA

6.1 Datos Informativos	85
6.1. 1 Tema	85
6.1. 2 Institución Ejecutora	85
6.1. 3 Beneficiarios	85
6.1. 4 Ubicación	85
6.1.5 Tiempo Estimado para la ejecución	85
6.1.6 Equipo Técnico Responsable	85
6.2 Antecedentes de la Propuesta	86
6.3 Justificación	87
6.4 Objetivos	88
6.4.1 Objetivo General	88
6.4.2 Objetivos Específicos	88
6.5 Fundamentación Científico – Técnica	89
6.5.1 Introducción	89
6.5.2 Técnicas Cognitivas	90

6.5.3 Técnicas de Relajación	90
6.5.4 Proceso de Intervención	92
6.6 Metodología o Plan de Acción	93
6.6.1 Modelo Operativo	96
6.7 Marco Administrativo	99
6.7.1. Recursos	99
6.7.1.1 Humanos	99
6.7.1.2 Físicos e Institucionales	99
6.7.1.3 Materiales	99
6.7.1.4 De Escritorio	100
6.7.1.5 Otros Recursos	100
6.7.1.6 Presupuesto y Financiamiento	101
 III. MATERIALES DE REFERENCIA	
Bibliografía	102
Anexos	105

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1: Niños con hiperactividad	49
Cuadro N° 2: Causas de ansiedad	51
Cuadro N° 3: Recolección de información	53
Cuadro N° 4: Hiperactividad	55
Cuadro N° 5: Estado ansioso	57
Cuadro N° 6: Tensión	59
Cuadro N° 7: Miedos	61
Cuadro N° 8: Insomnio	62
Cuadro N° 9: Funciones Intelectuales (cognitivas)	64
Cuadro N° 10: Estado de ánimo depresivo	65
Cuadro N° 11: Síntomas somáticos musculares	66
Cuadro N° 12: Síntomas somáticos generales	67
Cuadro N° 13: Síntomas cardiovasculares	68
Cuadro N° 14: Síntomas respiratorios	69
Cuadro N° 15: Síntomas gastrointestinales	70
Cuadro N° 16: Síntomas genitourinarios	71
Cuadro N° 17: Síntomas del sistema nervioso automático	72
Cuadro N° 18: Conducta en el transcurso del test	74
Cuadro N° 19: Cuadro general	75

Cuadro N° 20: Ansiedad en los padres	76
Cuadro N° 21: Ansiedad en las madres	77
Cuadro N° 22: Ansiedad en los padres y madres	78
Cuadro N° 23: Metodología	93
Cuadro N° 24: Técnicas de relajación fase 1	96
Cuadro N° 25: Técnicas de relajación fase 2	97
Cuadro N° 26: Técnicas de relajación fase 3	98

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Categorías fundamentales	14
Gráfico N° 2: Hiperactividad	56
Gráfico N° 3: Estado ansioso	58
Gráfico N° 4: Tensión	60
Gráfico N° 5: Miedos	61
Gráfico N° 6: Insomnio	63
Gráfico N° 7: Funciones intelectuales (Cognitivas)	64
Gráfico N° 8: Estado de ánimo depresivo	65
Gráfico N° 9: Síntomas somáticos musculares	66
Gráfico N° 10: Síntomas somáticos generales	67
Gráfico N° 11: Síntomas cardiovasculares	68
Gráfico N° 12: Síntomas respiratorios	69
Gráfico N° 13: Síntomas gastrointestinales	70
Gráfico N° 14: Síntomas Genitourinarios	72
Gráfico N° 15: Síntomas del sistema nervioso automático	73
Gráfico N° 16: Conducta en el transcurso del test	74
Gráfico N° 17: Grafico general	76
Gráfico N° 18: Ansiedad en los padres	77
Gráfico N° 19: Ansiedad en las madres	78
Gráfico N° 19: Ansiedad en los padres y madres	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Recursos humanos	99
Tabla N° 2: Recursos físicos e institución	99
Tabla N° 3: Materiales	99
Tabla N° 4: Materiales de escritorio	100
Tabla N° 5: Otros recursos.	100
Tabla N° 6: Presupuesto y financiamiento	101

Tema: EL TDA-H EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS, COMO CAUSA DE ANSIEDAD EN LOS PADRES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN DE NIÑOS ESPECIALES SAN MIGUEL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2011.

- Autora: Egda. Jiménez León Yolanda de las Mercedes
- Tutor: Dra. Ana Ruiz
- Fecha: Febrero de 2012

RESUMEN

Este proyecto es un estudio investigativo, el cual tiene como objetivo determinar si el trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA – H) en los niños causa ansiedad en los padres que asisten a la valoración psicológica en la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo en la provincia de Cotopaxi.

Los instrumentos psicológicos que utilizan para la valoración son; la Historia Clínica, el test basado en los criterios diagnósticos del (DSM IV) y la Escala de Conners – revisada (EEC-R) y para la ansiedad se utiliza el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo y la escala de ansiedad de Hamilton. La muestra de investigación consta de 20 padres de familia y 15 niños.

Se observa que los padres presentan ansiedad entre los niveles de ligera, moderada y grave; frente a la existencia al TDA-H.

Se propone la aplicación del modelo Cognitivo Conductual, para reducir los niveles de ansiedad en los padres mediante el modelo de Beck.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, TDA-H, ANSIEDAD.

ABSTRACT

This project is a research, which aims to determine if Attention Deficit Disorder with Hyperactivity (ADD - H) in children causes anxiety in parents attending psychological assessment at the Special Kids Foundation San Miguel de Salcedo in the province of Cotopaxi.

Psychological instruments that are used for valuation, the clinical history, the test based on the diagnostic criteria (DSM IV) and the Conners Scale - Revised (CSS-R) and for anxiety using the State Anxiety Inventory-Trait and Hamilton anxiety scale. The research consists of 20 parents and 15 children. It notes that parents experience anxiety levels between mild, moderate and severe, against the existence to ADHD.

We propose the application of Cognitive Behavioral model for reducing levels of parental anxiety using Beck's model.

INTRODUCCIÓN

En el Ecuador como en el resto del mundo se piensa que la ansiedad es normal en las personas mientras permita seguir el desarrollo en su actividad diaria con normalidad, esta se considera como una patología donde el sujeto comienza a presentar dificultades en sus actividades cotidianas, sean estas físicas como psicológicas, entre muchos factores por los cuales puede emerger la patología por: el exceso de estrés laboral, problemas emocionales-afectivos.

En esta investigación se analiza las respuestas conductuales y cognitivas que presentan los niños con hiperactividad y su incidencia en la inestabilidad emocional-afectiva, como en los niveles de ansiedad generada en los padres.

El TDA-H es una patología que se presenta por numerosos factores, en la cual puede emerger un sin número de complicaciones tanto como para el niño como para su entorno familiar, escolar y social. Siendo mayormente afectados los padres.

Esta realidad carece de estudios investigativos en el país, provincia y Cantón. La atención psicológica que emite este estudio promoverá el desarrollo de la atención en el manejo de la ansiedad, mediante el modelo cognitivo-conductual que permite la racionalización del pensamiento de los padres y su realidad, así el modelo cognitivo de Beck permite la modificación de creencias irracionales a racionales, conjuntamente con el manejo de técnicas de relajación de Jacobson modificada por Wolpe; terapias que se pusieron a consideración de los padres que tienen un niño con hiperactividad.

CAPITULO I

El Problema

1.1 Tema

El TDA-H en niños de 4 a 12 años, como causa de ansiedad en los padres que asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel periodo de Enero a Julio del 2011.

1.2 Planteamiento del Problema

1.2.1 Contextualización

Macro

En el Ecuador no existen estudios generales acerca de la Hiperactividad, sin embargo se han realizado algunos estudios sobre esta problemática así el Dr. BOLAGAY, (2002), a partir de las experiencias como Psicólogo Clínico en el Hospital Baca Ortiz; en su libro "*Psicología Clínica y Psicorrehabilitación Infantil*", refiere que la hiperactividad en nuestro país es más frecuente en niños varones que en niñas mujeres en relación de cuatro por uno. Según estudios realizados, la frecuencia en edad aparece en la primera infancia entre los dos a tres años de edad al iniciar el periodo de la socialización, señala que es detectado tardíamente, suele durar hasta los doce años como menciona el autor; refiere también que son tildados como

“indisciplinados, difíciles, descontrolados, con términos peyorativos, despectivos, hasta llegan a decirles “parece loquito”.

En una publicación de la editorial la HORA Loja (*Domingo, 29 de Agosto de 2010*), sobre los problemas de atención; ESTRELLA, psicóloga clínica, explica que el “TDA-H puede tener varios orígenes así: desequilibrio cerebral o emocional, en ocasiones se puede dar por herencia familiar; a su vez en el reportaje Estrella manifiesta que existe algunas formas en la que la enfermedad se origina y que cada una muestra síntomas diferentes, también menciona que existen tres tipos diferentes como son: el primero la falta de atención caracterizado por el escaso tiempo que el niño pueda concentrarse o mantenerse enfocado en una cosa; el segundo rasgos de hiperactividad por su excesiva actividad motora presentándose este comportamiento en distintos grados; y por último la mezcla de los anteriores”. A demás comenta que los que presentan hiperactividad pueden mostrarse demasiado impulsivos y tener problemas de conducta.

Aunque los trastornos de ansiedad afectan a todas las edades y grupos sociales, hay que destacar el hecho; de que la mayor prevalencia se da en mujeres con edad media de 46 años, pero también las personas adultas expuestas a acontecimientos vitales traumáticos constituyen un grupo de riesgo significativo, Entre las manifestaciones de la ansiedad figuran esencialmente la angustia y las manifestaciones somatizadas de la misma, así como los síntomas psicofisiológicos y vegetativos.

En una publicación del diario la HORA (*Miércoles, 31 de Agosto del 2005*), sobre la ansiedad, indica: que las “mujeres sufren con mayor frecuencia que los hombres ansiedad. Los especialistas que manejan este trastorno, opinan que puede deberse en parte a que el sexo femenino culturalmente expresa más fácilmente las expresiones negativas, pero por otro lado está comprobado que las razones biológicas, en concreto los cambios

hormonales, son definitivos: el síndrome premenstrual por ejemplo, crea en muchas mujeres un estado de tristeza, irritabilidad, ira y ansiedad”.

Si se considera que en nuestro país las mujeres son, las encargadas de la educación de los hijos, siendo ellas propensas a desarrollar cuadros de ansiedad. Al tener un hijo con hiperactividad estas madres por si se constituyen en un grupo de alto riesgo de desarrollar niveles elevados, dado la suma de los factores que inciden en la aparición de este cuadro ansioso con el agravante de criar un hijo hiperactivo.

Meso

MORETA (2011), psicóloga clínica del INFA-Latacunga en una entrevista realizada comenta; que el departamento de Protección de Derechos, (en la cual labora), se subdivide en tres área como son: el de trabajo social, que cuenta con dos trabajadoras sociales; el legal, donde presta ayuda una abogada; y el psicológico, en el que colaboran dos psicólogos clínicos. A su vez refiere que en el presente año el departamento “ha atendido 800 casos de niños, de los cuales 700 infantes han sido remitidos al área de psicología, de esta población un 2% a presentado hiperactividad, una vez realizado la valoración y diagnostico, se ha remitido a la área de psiquiatría del hospital de Latacunga donde son atendidos por la Psiquiatra Flor Criollo quien se encarga de dar el tratamiento que los infantes requieren. Cfr. Entrevista N° 1, en Anexo N° 6, pag.109

Al preguntarle sobre los padres de los niños que presentan hiperactividad Moreta supo decir: que al llegar a consulta, los padres les comenta que no saben qué hacer con sus hijos, debido a que el nivel de obediencia es casi nula, se mueven de un lugar a otro, corre salta y no miden riesgos, son

groseros en el juego, son distraídos cuando se les está hablando. En el área de la de la escolaridad, los padres de estos niños son llamados la atención con frecuencia por parte de los profesores y sus quejas son: traviesos y no dejan hacer las tareas a los demás niños; esto ha llegado a crear en los padres muchos miedos, ansiedad y complicaciones para poder educarlos.

A su vez SINCHIGUANO (2011), psicólogo clínico de la Guardería Colibrí de la ciudad de Latacunga; menciona que la población de niños en la institución es de 75 niños aproximadamente; indica que de esta población el 26% de niños son remitidos al departamento psicológico, por presentar problemas conductuales luego de su valoración menciona que; un 5 % de los niños presentan hiperactividad, (estos datos se obtuvieron de las entrevistas realizadas por el psicólogo clínico Sinchiguano respaldado por los informes realizados en la institución). Después de obtener los datos sobre la hiperactividad del CDI Colibrí. Acerca los padres menciona que se aprecia alguna sintomatología de ansiedad como: síquicos y somáticos. Cfr. Entrevista N° 2, en Anexo N° 6, pag.109

Micro

NARANJO (2011), coordinadora de la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo, comenta que la fundación fue creada en el 2003, sin fines de lucro con la misión y visión de ayuda social, para las personas con capacidades diferentes, sobre todo con dirección más hacia los niños siendo ellos una población vulnerable. Cfr. Entrevista N° 3, en Anexo N° 6, pag.109

La institución se auto financia la mayor parte de sus servicios, brindando su asistencia a las personas del cantón, la provincia y de sus alrededores, en las Especialidades de Psicología Clínica, Neurología, Fisioterapia, Terapia

Ocupacional, Lenguaje, Refuerzo Escolar, Hipo terapia y Psicorehabilitación a niños especiales, brinda la atención a aprecio accesibles para las familias, brinda atención a partir de 4 meses de edad hasta 20 años de edad y a sus acompañantes (padres, parejas y familia), si el caso así lo amerita.

En la institución mencionada existen 16 niños que presentan TDA-H, en edades comprendidas entre 4 a 12 años; cuyos padres adolecen de ansiedad en diferente grado.

1.2.2 Análisis Crítico

La manifestación etimológica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad se halla trillada, sobretodo en el ámbito educativo, debido a ser etiquetado todo problema de conducta en el niño con este trastorno, ignorando que para su diagnóstico se deben considerar varios factores como son: neuropsicológicos y conductuales. Las personas indicadas a dar un diagnóstico son los neurólogos y psicólogos, una vez realizado la valoración respectiva.

En el nivel académico-educativo, los padres que tienen hijos con TDA-H son llamados la atención, frecuentemente por los profesores, quienes regularmente les responsabilizan de forma directa por la conducta de los niños, esto ocurre generalmente por desconocimiento de los docentes de la problemática en sí, de esta manera la temática es abordada unilateralmente. Así el sistema educativo, lejos de ser un aporte a la resolución del problema, lo agrava, al incrementar el grado de ansiedad que presentan los padres, que conviven con esta realidad. Frente a esta realidad algunos docentes sugieren a los progenitores se busquen ayuda profesional. Otras familias son los padres quienes buscan ayuda por propia iniciativa.

1.2.3 Prognosis

Si no se dan alternativas psicoterapéuticas para el manejo de la ansiedad en los padres a causa de la hiperactividad de sus hijos, los niveles de ansiedad se irán intensificando llegando a transformarse en un trastorno, el que afectara a las parejas en su relación conyugal como a sus otros hijos en caso que existieren, a su vez tenderán a rechazar sus obligaciones, por la inestabilidad anímica que llegan a presentarse. Existen casos en los cuales hay mayor protección al hijo hiperactivo y a su vez un descuido a los demás, esto conlleva a generar dificultades en el entorno familiar, y en posterior al entorno social; ya que no se debe olvidar que los progenitores son quienes laboran en diferentes instituciones y al no manejar de una forma adecuada su ansiedad pueden presentarse dificultades laborales y por ende sociales.

1.2.4 Formulación del problema

¿El TDA-H en niños de 4 a 12 años es causa de ansiedad en los padres que asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo en el periodo de Enero a Julio del 2011?

Variable Independiente

Trastorno de hiperactividad

Variable Dependiente

Ansiedad en los padres

1.2.5 Preguntas y Directrices

- 1.- ¿Es el TDA-H en los niños de 4-12 es un factor causal para que aparezca ansiedad en sus padres?
- 2.-¿Existe un nivel elevado de ansiedad en los padres?
- 3.-¿Se puede aplicar un plan psicoterapéutico para disminuir la ansiedad?

1.2.6 Delimitación del objeto de investigación

1.2.6.1 Delimitación del Contenido

Campo: Salud

Área: Psicológica

Aspecto: Niveles de Ansiedad

1.2.6.2 Delimitación Espacial

La investigación se realizara en la provincia de Cotopaxi, cantón Salcedo, Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo.

1.2.6.3 Delimitación Temporal

Se realizo de Enero a Julio a del 2011

1.3 Justificación

La investigación ha surgido de un interés en particular, porque se ha observado características de ansiedad en los padres de los niños que presentan hiperactividad, los cuales asisten a consulta psicológica en la fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo. En vista de que las reacciones de los padres ante el diagnóstico son muchas, y detrás de ellas se ha visto el miedo a una ruptura de las expectativas y valores familiares. Esto puede dar lugar a conductas materna-paterno ansioso-agresivas que pueden ser muy perjudiciales para el menor.

Los niños hiperactivos son problemáticos, poseen un espíritu destructivo, insensible a los castigos, inquietos y nerviosos; requieren de un cuidado sigiloso e integral, al igual que sus padres.

La mayoría de las ocasiones tanto el ambiente familiar, escolar y social exigen a sus progenitores que traten de controlar a su hijo en relación a las conductas. La hiperactividad es multifactorial, esto conlleva a que los padres incrementen su grado de ansiedad, de allí la importancia de esta investigación, que pretende identificar el grado de incidencia de la hiperactividad de los niños sobre los niveles de ansiedad de sus padres.

La presente indagación es factible porque se cuenta con el aval de las autoridades y los elementos humanos: los niños que asisten acompañados de sus padres a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- Determinar como el TDA-H influye en los niveles de ansiedad en los padres de los niños comprendidos entre las edades de 4 a 12 años, que asisten a consulta psicológica en la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo.

1.4.2 Objetivo Especifico

- Establecer el porcentaje de padres que presentan ansiedad como causa del TDA-H en sus hijos y asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo.
- Analizar qué grado de ansiedad presentan los padres de los niños que tienen hiperactividad y asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo.
- Elaborar un programa psicoterapéutico por medio del cual se disminuya los síntomas de un trastorno ansiedad en los padres de los niños con hiperactividad de la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo.

CAPITULO II

Marco Teórico

2.1 Antecedentes Investigativos

En el Ecuador existe información limitada sobre la morbilidad psiquiátrica así como escasez en estudios que exploren los factores principales que se relacionan con su presentación.

El sistema integrado de esquemas, creencias, pensamientos que la persona va construyendo en su vida le permite valorar de formas muy diversas y subjetivas las situaciones que se presentan. A demás, puede decirse que algunos esquemas aprendidos pasaran inactivos durante largo tiempo sin ser usados hasta que haya un evento desencadenante de orden físico, biológico, familiar y social que lo precipite. Este procesamiento cognitivo de la información puede tener varias vías de desarrollo, sean éstas una conformación de creencias racionales o irracionales, que fueron desarrollándose y se desencadenan en un tiempo no determinado.

El Dr. FRERRI (2002), en su investigación *“Estudio de los trastornos ansiosos y/o depresivos como consecuencia de los conflictos familiares en personas casadas mayores de 30 años que reciben atención en el dispensario de Salud N° 14 del IESS de la Ciudad de Quito”*, indica que el “trastorno más frecuente que presentan las personas casadas son las reacciones Depresivas y/o Ansiosa, de los pacientes investigados un 55% presentan marcada ansiedad y un 60% presentan niveles de depresión marcada”. A su vez en la “correlación de los niveles de conflicto Familiar y

Ansiedad Psíquica encontró un 30% con conflicto máximo; 25% con conflicto notable y 35% con conflicto medio”. En relación a los “niveles de conflicto Familiar y Ansiedad Somática es menor con la ansiedad psíquica, pero igual afecta la salud mental del paciente”. En relación del “nivel de conflicto Familiar y Depresión” presentan el 45% un nivel de conflicto moderado; 30% de conflicto leve y un 15% conflicto grave.

FRERRI, concluye en su investigación; “que estadísticamente se comprueba que los niveles de Ansiedad y Depresión son consecuencias directa de la falta de recursos económicos, también contribuye notablemente en desequilibrio emocional de la pareja la falta de comunicación así como la agresividad y el maltrato. A su vez, que predomina la ansiedad Psíquica en los pacientes entrevistados igual la depresión alcanza niveles exagerados, con estos resultados y estos grados de patología no se puede pretender tener familias sanas, equilibradas que opten para un desarrollo de sí mismo, peor aún de la sociedad ”.

Mientras tanto ARRELLANO Y RIOFRIO (2010), en su investigación “*Prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad en el personal administrativo de la Pontificia Universidad católica del Ecuador*”, en los resultados de su estudio “la población estudiada fue de 334 empleados. La población que presento síntomas ansiosos, el 62.4% corresponde al sexo femenino y 37.6% al masculino relación mujer-hombre de 1.65”.

Como se puede apreciar en las investigaciones antes mencionadas existen altos niveles de ansiedad tanto en el ámbito familiar como en el laboral.

2.2 Fundamentación Filosófica

La presente investigación es de tipo crítico propositivo dado que se realizó un estudio sobre el trastorno de ansiedad de los padres a causa de la hiperactividad de sus hijos, el mismo que fue analizado para presentar una posible solución y de esta manera ayudar a sobrellevar la hiperactividad de sus hijos; el manejo y disminución de la ansiedad en sus progenitores.

Debido a que el ser humano es un ser Bio-Sico-Social que se desenvuelve económica y socialmente por lo que se ve afectado en su entorno, sí presenta algún tipo de molestia ya sea física o psicológica.

Esta investigación contribuye a mejorar el sistema de vida de los padres que tienen hijos con hiperactividad, y así sobrelleven un mejor desenvolvimiento en el ámbito familiar y social.

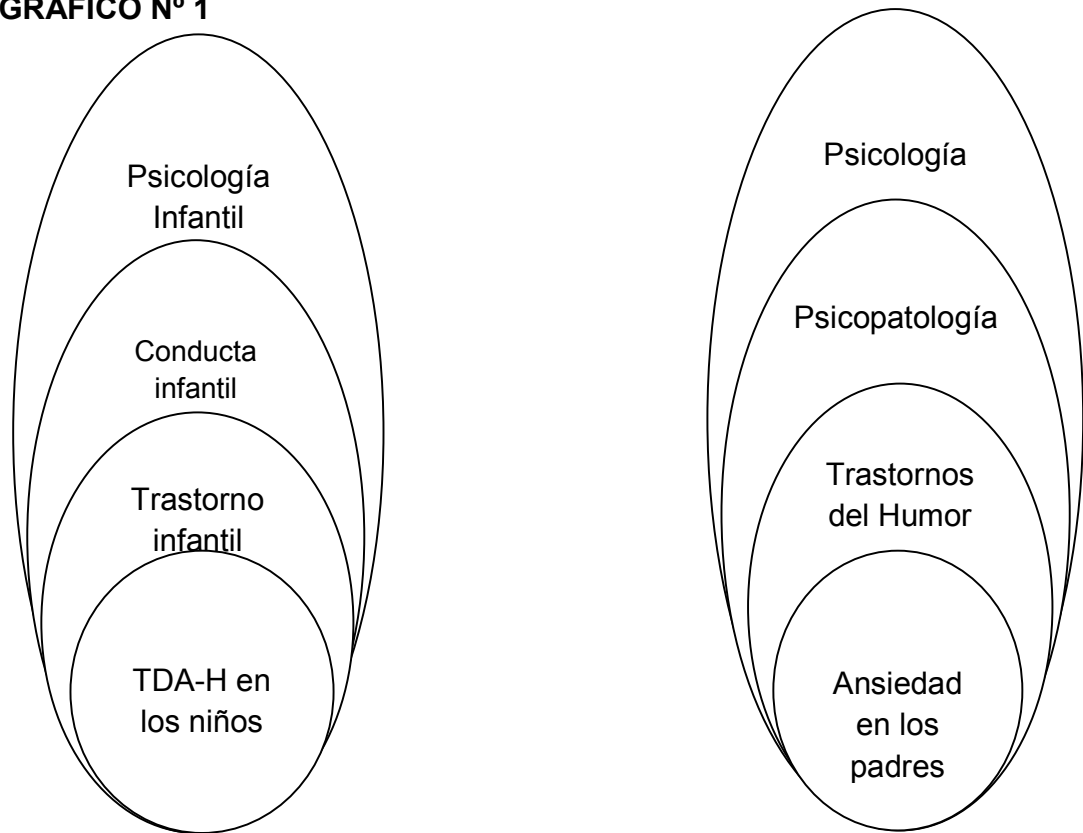
2.3 Fundamentación Psicológica

El presente trabajo de la relación existente entre los niños con hiperactividad y la aparición de ansiedad en sus padres, que se ven afectados. Considerando sus características principales de esta como son; la inquietud, preocupación, incertidumbre, etc; donde la psicología es de gran importancia mediante la aplicación de técnicas psicológicas para su tratamiento.

La corriente cognitiva-conductual tiene por objetivo modificar errores de razonamiento o modelos mentales que están alterando el funcionamiento normal de las personas mediante técnicas que ayudaran a cambiar conductas racionalizando los problemas. Por lo que mediante esta corriente psicológica se corregirá los esquemas mentales y se modificarán las conductas que están alterando su funcionamiento, proporcionando de esta forma un alivio sintomático y una estabilidad física, psicológica y social.

2.4 Categorías Fundamentales

GRAFICO N° 1



VARIABLE INDEPENDIENTE



VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE IDEPENDIENTE.- TDA-H EN LOS NIÑOS

2.4.1 Psicología Infantil

La psicología infantil se encarga del estudio del comportamiento de los bebés y los niños, desde su concepción, nacimiento hasta su adolescencia. Es así que esta rama de la psicología se centra en el desarrollo físico, motor, cognitivo, perceptivo, afectivo y social.

La psicología infantil atiende dos variables que pueden inducir en el desarrollo del niño:

- El factor ambiental, como la influencia de sus padres o de sus amigos, dándose en la descripción de la personalidad y la percepción del desarrollo (Sigmund Freud), y en los conceptos del saber cognitivo (Jean Piaget).

Para la teoría freudiana, el desarrollo de una personalidad sana es imprescindible para satisfacer las necesidades instintivas del niño. Freud afirma que las tres etapas estructurales de la personalidad son; el ELLO (la fuente de todos los instintos), el SUPER-YO (representan las reglas sociales y morales) y el YO (la fase intermedia entre el ello y el súper-yo).

- Piaget, por su parte, se interesa en la evolución de las estructuras mentales y como se adapta el niño a su ambiente, que aparece desde el nacimiento y que permite el aprendizaje sin necesidad de estímulos externos necesariamente, sostiene que el conocimiento se desarrolla en etapas universales.
- El factor biológico, determinado por la genética.

2.4.2 Conducta Infantil

Existen múltiples conceptualizaciones de conducta en diferentes enfoques psicológicos, que incluye todas aquellas expresiones del sujeto tanto internas como externas.

RUBINSTEIN (1967), analiza la conducta como una actividad organizada que permite la relación individuo-medio. En su conceptualización prevalecen las expresiones "actividad organizada" y "enlace"; la primera proposición sugiere que la conducta es una estructura instituida por diversas categorías establecidas en cierto orden, con una intención deliberadamente consciente; la segunda propone un elemento mediador entre el sujeto y su medio donde exhorta a una interrelación establecida entre lo interno y lo externo. Sin embargo, analizando en profundidad su teoría puede observarse que reduce la conducta a la actividad del sujeto, con todas las limitaciones metodológicas que el concepto actividad acarrea.

VIGOTSKY (1960), describe todo el desarrollo desde la ontogénesis, sugiriendo que los actos reflejos son la única propiedad objetivamente definible cuando el niño nace y ulteriormente se irán perfeccionando hasta conseguir las primeras adquisiciones conductuales mediante las leyes del condicionamiento. Detalla, además, que la estructura de la conducta queda contextualizada inmediatamente por las prácticas que realiza activamente el niño junto con los adultos que regulan la conducta del pequeño, constituyendo con la ayuda de medios fabricados culturalmente un espacio que canaliza su desarrollo espontáneo. En esta descripción Vigotsky introduce expresiones que, según su criterio, participan de forma dinámica durante este proceso, términos tales como: conciencia, lenguaje, inteligencia y procesos cognitivos, lo que induce a pensar en la intención de interrelacionar los procesos psicológicos en el momento de establecer un intercambio entre el sujeto y el medio exterior.

En un intento integrativo puede resumirse que la conducta es una expresión individualizada de lo instintivo, lo inconsciente y lo personalógico en una integración interdependiente y relativamente autónoma que a su vez desempeña un papel inductor.

2.4.3 Trastornos Infantiles

Manifiesta BOLAGAY (2002), en su libro "*Psicología Clínica y Psicorrehabilitación Infantil*", que en la infancia existen variedad de trastornos que tienen que ver con las emociones, la conducta y el comportamiento, el desarrollo del lenguaje, la motricidad, la socialización la inteligencia el rendimiento escolar, dificultades subsecuentes a trastornos neurológicos como pueden ser la meningitis encefalitis, parálisis cerebral, los que refieren a los hábitos que actualmente se denominan trastorno somatomorfos, etc.

Se debe diferenciar que los niños no está definida la personalidad, pues está en constante proceso de evolución, por el hecho de estar recién estructurando su comportamiento, por lo tanto su personalidad evoluciona a partir de los dieciocho años de edad.

2.4.4 TDA-H en los Niños

Definen SAFER y ALLEN en (1979), al " trastorno del desarrollo concebido como retraso en el desarrollo", que constituye una pauta de conducta persistente, caracterizada por inquietud y falta de atención excesivas y que se manifiesta en situaciones que requieren inhibición motora.

MUÑIZ (2007), en su libro "*Bitácora TDAH*", define el TDA-H como "Trastorno por déficit por hiperactividad", asiendo una diferencia entre

hiperactividad que según refiere; “es aquella que se da desde cuando levanta en la mañana está en actividad constante, llevando a cabo acciones consientes, intencionadas y planeadas”; por el contrario dice; “que la hiperactividad presenta movimientos permanentes sin intención alguna. Al ser un término poco conocido aun, se hablara como hiperactividad, siendo característica del trastorno la falta de atención no solo en un momento, sino un deterioro constante en la organización y el manejo de la conducta”.

Indica que aparece en la primera infancia entre los dos a tres años de edad, pero es detectado tardíamente, al iniciar el periodo de la sociabilización en los centros infantiles, es observada esta conducta por los maestros quienes remiten a los niños a centros especializados entre los cuatro y cinco años de edad. También es posible observar esta conducta tempranamente durante el periodo de embarazo, cuando las madres han mencionado “que se movía mucho” y por ello no conciliaban bien el sueño y durante el día se dificultaban sus labores diarias.

Los niños con TDA-H, tienen dificultades para permanecer quietos, sentados, suelen responder precipitadamente incluso antes de haber finalizado la formulación de las preguntas, además se muestran impacientes y no son capaces de esperar su turno en las actividades en las que participan más individuos. Interrumpen las actividades o tareas de los compañeros y miembros de la familia. Pueden fácilmente sufrir accidentes y caídas debido a que sus conductas reflejan una escasa conciencia del peligro. Son desobedientes, parece que no oyen órdenes de los adultos por tanto, no cumplen con sus instrucciones. Plantean problemas de disciplina por incumplir o saltarse las normas establecidas. Su relación con los adultos se caracteriza por desinhibición, suelen tener problemas de relación social y pueden quedar aislados del grupo, muestran de déficits cognitivos y son frecuentes los retrasos en habilidades motoras y del lenguaje, así como las

conductas antisociales y la carencia de autoestima. Es frecuente que los problemas conductuales acompañen la hiperactividad.

BOLAGAY, menciona que este trastorno “es más frecuente en niños varones que en mujeres, en relación de cuatro por uno”. En cuanto a la frecuencia en evolución menciona “que suele durar hasta los doce años de edad o inicios de la pubertad, es decir toda la infancia y hasta la adolescencia”, no obstante según estudios realizado recientemente mencionan que se mantiene por el resto de la vida, siendo en los adultos una de las características él no permanecer en un solo trabajo, ni poder conservar una relación por un tiempo prolongado.

2.4.4.1 Epidemiología

Las causa del TDA-H son múltiples, e influyen diversos factores; sin embargo, aunque ningún factor por si solo explica el origen del trastorno. Estas son algunas d las causas:

2.4.4.1.1 Aspectos Genéticos

FERNÁNDEZ (2005), en el libro “*Trastornos por déficit de atención y/o Hiperactividad (TDAH)*”, menciona sobre los eestudios de análisis familiar donde revelan que “los padres de hijos con TDAH tienen un riesgo de 2 a 8 veces más que la población general de sufrir también este trastorno. Se ha encontrado que un tercio de la población con TDA-H tiene un familiar con este trastorno. Los hermanos de los niños con hiperactividad tienen un riesgo dos veces mayor de padecerlo que el resto de la población”. Del mismo modo, “los familiares de niños con TDAH tienen una mayor prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos como la personalidad antisocial, los trastornos

del estado de ánimo, el trastorno disocial, los trastornos obsesivo-compulsivos, los trastornos por ansiedad y el abuso de sustancias”. Esta circunstancia se ha puesto en evidencia de forma contundente al estudiar a los padres biológicos de niños adoptados que sufren este trastorno; la incidencia de patrones psicopatológicos es claramente superior en los padres biológicos que en los adoptivos. Por este motivo se han propuesto múltiples teorías genéticas que intentan justificar una transmisión asociada o simultánea del TDAH con otras patologías psiquiátricas.

Aunque para explicar genéticamente esta patología se ha apuntado la presencia de un patrón de herencia monogénico en algún estudio, por ejemplo la asociación con carácter autosómico dominante ligado al cromosoma 20 (estudio de Hess y colaboradores en 1995), los estudios de segregación familiar más recientes señalan un patrón poligénico como base genética del TDAH.

Otra teoría de base genética apuntada por ODELL y colaboradores (1997), señala la presencia de dos alelos en el complejo principal de histocompatibilidad (el alelo nulo del gen C4B y el alelo beta-1 del gen DR), relacionados con la formación de sustancias inmunológicas que se han identificado en el paciente con TDAH con una frecuencia 8 veces mayor que en la población sana.

2.4.4.1.2 Aspectos Neurológicos

Apoyándonos en la misma teoría dopaminérgica, se diría que cualquier alteración lesiva de las vías frontoestriatales puede justificar una situación clínica similar.

FERNÁNDEZ, refiere que “la alteración de base infecciosa, traumática o isquémico-hemorrágica de las vías dopaminérgicas, especialmente de los lóbulos frontales, se han asociado históricamente al TDAH”. La presencia de pacientes inquietos que han sufrido TCE severos fue apuntada a principios del pasado siglo por MEYER. Igualmente, su posible relación con infecciones del sistema nervioso central fue ya señalada por HOMAN en 1922 y BENDER en 1942. Esta percepción se mantiene en la práctica neuropediátrica habitual en nuestros días.

A su vez FERNÁNDEZ, menciona que “la prematuridad y el bajo peso al nacer se han asociado con frecuencias entre el 20 y el 30% a hiperactividad y déficit de atención. La presencia de dificultades escolares supera el 50% de los casos en niños con peso inferior a 1000gr”. Estos hallazgos probablemente ponen de manifiesto la lesión selectiva de ganglios basales y lóbulos frontales, aunque otros factores como las complicaciones postnatales y los tratamientos empleados en estos niños pueden posteriormente contribuir a la sintomatología.

Del mismo modo, la exposición mantenida a toxinas cerebrales como el tabaco, el plomo, el alcohol o la cocaína pueden favorecer, e incluso justificar, la sintomatología a estudio.

El síndrome de alcohol fetal asocia rasgos físicos peculiares, retraso mental o nivel cognitivo medio-bajo, y con mucha frecuencia, síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad.

Esta relación clínica se ha observado también en madres fumadoras o con exposición al humo del tabaco durante la gestación. La relación entre el consumo de tabaco durante el embarazo y la mayor prevalencia de trastornos comportamentales o alteraciones del desarrollo cognitivo en el niño se ha reflejado con frecuencia en la literatura médica con independencia de la mayor frecuencia de bajo peso o la mayor predisposición a

complicaciones perinatales en el hijo de madre fumadora. A este factor, algunos autores suman un componente adicional; la madre que fuma durante el embarazo a pesar de conocer los efectos nocivos para el niño probablemente tenga una falta de autocontrol o una “tendencia compulsiva” por el tabaco, rasgos que estos autores asocian a la propia hiperactividad.

Numerosos estudios han relacionado la exposición pre o postnatal al plomo como una causa posible del TDAH. Esta exposición puede preceder la sintomatología característica de este trastorno, así como otros déficits cognitivos.

2.4.4.1.3 Aspectos Médicos

A los factores genéticos y neurológicos se suman numerosos factores no estrictamente neuropatológicos que pueden explicar la hiperactividad y el déficit de atención.

Según FERNÁNDEZ, “El TDAH se ha relacionado con la resistencia generalizada a la hormona tiroidea. El 50% de los pacientes con esta resistencia muestran síntomas compatibles con el TDAH. Esta alteración se origina en la mutación autosómica dominante del receptor humano para la hormona, localizado en el cromosoma 3. Se propone como explicación etiopatogénica la asociación de alteraciones cerebrales acontecidas durante el neurodesarrollo fetal en estos niños”. Esta teoría se apoya además en la presencia de alteraciones del lóbulo temporal o de la cisura de Silvio en pacientes con resistencia a la hormona tiroidea. Sin embargo, la prevalencia de esta patología es tan baja, que escasamente puede justificar el propio TDAH, y aún menos la sistematización de estudios de resistencia a la hormona en esta población.

Igualmente se ha observado una mayor prevalencia de TDAH en niños con desnutrición grave durante los primeros meses de vida. En este grupo, más del 50% de los niños mostrarán hiperactividad y déficit de atención incluso en edades avanzadas afirma Fernández. El origen de esta asociación se sitúa en la necesidad de un correcto aporte cualitativo y cuantitativo en la dieta del lactante para el buen desarrollo del sistema nervioso central, aunque de nuevo puedan añadirse factores ambientales y sociales a esta teoría.

2.4.4.2 Fisiopatología

2.4.4.2.1 Estudios Neuropsicológicos

Numerosos aspectos psicosociales contribuyen, sin lugar a dudas, a incrementar o favorecer la sintomatología del niño hiperactivo. Diferentes estudios señalan a la mala relación entre los padres, el bajo nivel socioeconómico, el nivel cultural de los padres, las familias numerosas como factores de riesgo para la aparición de trastornos del comportamiento, incluido el TDAH.

Todos los estudios cognitivos han relacionado las características clínicas de niños hiperactivos con la presencia de un autocontrol deficitario, dificultades en la codificación de la información y funciones corticales pobres en el ámbito ejecutivo.

La primera teoría es una de las más defendidas. En ella se justifica la sintomatología por un déficit en la inhibición de respuestas, es decir una dificultad para mantener las respuestas impulsivas bajo un control adecuado. Sin embargo, los estudios neuropsicológicos de Narbona, revelan que al “déficit anterior se suma la dificultad en otras áreas cognitivas. No sólo está modificado de forma anormal el autocontrol, sino otras tareas corticales como

la organización, el lenguaje, la ejecución de tareas de forma simultánea, la traducción y memorización de la información recibida”.

Otros hallazgos apuntan hacia el llamado síndrome del hemisferio derecho. Este síndrome clínico, descrito inicialmente por VOELLER (1986), señalaría al hemisferio derecho disfuncional como responsable de un déficit de atención, de la integración visuoespacial y del procesamiento de información afectiva. Podrían justificar la presencia de dificultades de aprendizaje, memoria, concentración y organización en niños sanos a priori. Este síndrome nos apunta una disfunción, y no una verdadera lesión; sin embargo, se vería apoyada por las anomalías anatómicas difusas del hemisferio derecho encontradas en algunos pacientes con TDAH. La psicometría en niños con un síndrome de hemisferio derecho señala una diferencia mayor de 30-40 puntos entre el CI verbal, significativamente mayor, y el CI manipulativo.

El defecto en las funciones corticales, predominantemente del hemisferio derecho o izquierdo, es una expresión clínica más que una base etiopatogénica, aunque indudablemente justifica una sintomatología propia del TDAH.

2.4.4.2.2 Estudios Neuroquímicos

Diferentes hipótesis se han propuesto para explicar el TDAH. Las teorías más aceptadas involucran a ciertos neurotransmisores que en este trastorno son deficientes como; la noradrenalina, o el caso específico de la dopamina, misma que tiene dos funciones: en el circuito frontoestriado o frontohipotalámico estimula y facilita los periodos de concentración; asimismo, en los circuitos internos de los ganglios basales evita la

hiperactividad, pero los niños con TDA-H no fabrican suficientes sustancias claves del cerebro que son responsables de organizar el pensamiento.

2.4.4.3 Características Clínicas

Los signos y síntomas principales del TDA-H incluyen impulsividad y baja tolerancia a la frustración con labilidad emocional. Estos niños presentan, con frecuencia, trastornos del sueño durante el primer año de vida. Un aspecto importante a considerar es cuando se trata de una conducta normal o patológica. Los síntomas que presentan estos pacientes son difíciles de cuantificar y de percibir pues no es lo mismo un niño que habita en un ambiente con espacio reducido que aquel que vive en un ámbito rural.

Los niños con DAH suelen ser hiperactivos, pero en una relación persona a persona pueden transitoriamente no presentarse como tales. Por este motivo, también tienen valor para el diagnóstico los informes de la maestra o de personas que los observan en situaciones grupales.

2.4.4.4 Criterios Diagnósticos Según el DSM IV y el CI 10

Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador:

Criterios para el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

A. Existen 1 o 2:

1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención:

(a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

(b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.

(c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.

(d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).

(e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.

(f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).

(g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).

(h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

(i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

(a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento

(b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

(c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

(d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

(e) A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.

(f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad

(g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

(h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.

(i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico,

y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01).

Si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00).

Si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses.

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01).

Si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses.

VARIABLE INDEPENDIENTE: CAUSAS DE ANSIEDAD EN LOS PADRES

2.4.5 Psicología

MORRIS y MAISTO (2009) en su libro "*Psicología*" definen a la psicología como; "la ciencia de la conducta y los procesos mentales". Trata de describir y explicar todos los aspectos del pensamiento, de los sentimientos, de las percepciones y de las acciones humanas. Por ser una ciencia, la Psicología se basa en el método científico para encontrar respuestas, obtiene datos a partir de la observación cuidadosa y sistemática; desarrolla teorías que intentan explicar lo que han observado; hacer nuevas predicciones basadas en esas teorías y luego prueban sistemáticamente esas predicciones a través de observaciones adicionales y experimentos para determinar si son correctas.

Etimológicamente, Psicología, proviene del griego psique: alma y logos: tratado, ciencia. Literalmente significaría ciencia del alma; sin embargo, contemporáneamente se le conceptualiza a la Psicología como una parte de las Ciencias Humanas o Sociales que estudia:

- El comportamiento de los organismos individuales en interacción con su ambiente.
- Los procesos mentales de los individuos.
- Los procesos de comunicación desde lo individual a lo microsocioal.

La psicología es el estudio científico de la conducta y la experiencia de como los seres humanos y los animales sienten, piensan, aprenden, y conocen para adaptarse al medio que les rodea.

2.4. 6 Psicopatología

Según el A.P.A (2006), “La psicopatología es el estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales. Puede desarrollarse según distintos enfoques o modelos, como el biomédico, el psicodinámico, el socio-biológico y el conductual, entre otros”.

De acuerdo al modelo psicodinámico, por ejemplo, los procesos psicológicos son la causa principal de los problemas mentales y psicosomáticos.

La perspectiva biomédica trata a los trastornos mentales como cualquier otra enfermedad, al considerar que las alteraciones psicopatológicas se producen por anormalidades biológicas subyacentes (genéticas, bioquímicas o neurológicas). Por lo tanto, el tratamiento debe centrarse en la corrección de tales anormalidades orgánicas.

En este sentido, un comportamiento anormal es una enfermedad producida por el funcionamiento patológico de alguna parte del organismo. Se encuentran vinculados a alteraciones del cerebro, que pueden ser anatómicas (el tamaño o la forma de ciertas regiones cerebrales fueron de los cánones normales) o bioquímicas (cuando los elementos bioquímicos que contribuyen al funcionamiento neuronal tienen alterada su función).

A.P.A. menciona que la “psicopatología considera que los trastornos mentales orgánicos son aquellos que tienen causas físicas evidentes, como el Alzheimer, mientras que los trastornos mentales funcionales son los patrones de conducta anormales sin claros indicios de alteraciones orgánicas cerebrales”.

Por último, cabe destacar que el modelo conductual de la psicopatología no establece diferencias entre las conductas patológicas y las conductas normales, ya que ambas son el resultado del aprendizaje a partir del

ambiente. Por lo tanto, se le otorga una gran importancia a las influencias ambientales en lugar de las biológicas o genéticas. El tratamiento en este modelo consiste en la modificación de la conducta tanto manifiesta como inferida.

2.4.7 Trastorno del Humor

LÓPEZ y ALIÑO (1999), indican que “a finales del XVIII Weygandt estableció la distinción entre Geisteskrankheiten (del alemán Geist, “espíritu”, y Krankheit, “enfermedad”) y Gemütskranheite (del alemán Gemüt, “humor”, “ánimo”), es decir, entre enfermedades mentales y enfermedades anímicas o del humor. El término ánimo o humor se refiere a algo muy amplio, que incluye al conocimiento y la voluntad (Hoffmeister), a la totalidad de las sensaciones anímicas y pensamientos, y a la sede de las sensaciones anímicas y pensamientos internos (Grebe)”.

Para poder hablar de la patología de los sentimientos y del humor se hablara sobre las definiciones de los términos relacionados.

Como primera aproximación mencionan LÓPEZ y ALIÑO, que el sentimiento, es esto lo que no es instinto, lo que no es pensamiento, lo que no es percepción; en si lo que no es una vida psíquica objetivable. En contraposición a la percepción y al pensamiento, que están siempre dirigidos a la captación del mundo exterior, los sentimientos se presentan para designar una manera de estar consigo mismo.

El estado de ánimo y humor, son sinónimos entre sí. Son sentimientos sostenidos y persistentes, experimentados de forma subjetiva y observada por los otros. Pero su ámbito semántico es más reducido que el de los sentimientos. En un momento determinado se pueden albergar varios

sentimientos, incluso contrapuestos, pero en cada momento se tiene un estado de ánimo o se está de un humor determinado.

La palabra emoción, delimita estado de ánimo de una cierta agudeza, producidos casi siempre por un estímulo sensorial exterior y acompañado de un fisiológico manifiesto.

La palabra afecto, es casi sinónima de palabra emoción. En la emoción como señala su etiología, se pone el acento en la respuesta, en el afecto, en el énfasis está en la impresión que produce. El afecto es el término preferido por algunos psiquiatras, para los cuales los afectos son síntomas importantes para el diagnóstico clínico y para configurar un grupo de trastornos, los trastornos afectivos. El (CIE 10, DSM -V) definen trastornos del humor para referirse a la vida sentimental.

2.4.8 Ansiedad

- El término ansiedad, proviene del latín "anxietas", congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico.

- Angustias, así como "angor", "angina", provienen de una misma raíz griega o latina, y significan constricción, sofocación, estrechez u opresión, y se refieren indudablemente a la sensación de opresión precordial y epigástrica con desasosiego que la caracteriza. La angustia es una manifestación emocional caracterizada por un temor a lo desconocido

o a lo amenazante. Este temor se contrapone al miedo, que es un temor a algo concreto y definido (objeto o situación). Según su origen, la angustia puede presentarse de diferentes maneras. Existe una angustia que puede ser considerada normal, pues aparece frente a diversos estímulos estresantes, que implican una amenaza real e imponen un desafío. Si, por el contrario, la valoración de una amenaza es errónea o distorsionada o el estímulo es imaginario, se genera una angustia que tiende a persistir, transformándose en anormal o patológica. Es decir que, la angustia normal se basa en preocupaciones presentes o del futuro inmediato y desaparece al resolver los problemas la angustia patológica, antes llamada neurótica, es de medida y persistente, planeando un futuro incierto o amenazante y va restringiendo la autonomía y desarrollo personal de quien la sufre. El existencialismo hizo profundos análisis filosóficos acerca de la denominada angustia existencial, que tiene su origen en el conflicto existencial del hombre frente a su ubicación en el mundo y a su finitud.

2.4.8.1 Particularidades de la Ansiedad

MESIAS y ALONSO, definen que “la ansiedad es una emoción normal que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno. Habría que diferenciar entre miedo (el sujeto conoce el objeto externo y delimitado que le amenaza y se prepara para responder) y ansiedad (el sujeto desconoce el objeto, siendo la amenaza interna y existiendo una dificultad en la elaboración de la respuesta)”. La ansiedad es anormal cuando es desproporcionada y demasiado prolongada para el estímulo desencadenante.

2.4.8.2 Síntomas de la Ansiedad

1.- Síntomas Psíquicos

Existen predominio de síntomas tales como:

- Humor ansioso
- Tensión
- Miedos
- Insomnio
- Disminución en sus funciones intelectuales
- Dificultad para concentrarse
- Humor depresivo

2.- Síntomas Somáticos

- Musculares
- Cardiovasculares
- Respiratorios
- Gastrointestinales
- Genitourinarios
- Síntomas del sistema central autónomo

2.4.8.3 Definiciones de Ansiedad según algunos autores:

- Lang (2002): es una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros.

- Beck (1985) refiere que es la percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas.

- Kiriadou y Sutcliffe (1987): "una respuesta con efectos negativos (tales como cólera, ansiedad, depresión) acompañada de cambios fisiológicos potencialmente patógenos (descargas hormonales, incremento de la tasa cardiaca).

- Lazarus (1976) La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

2.4.8.4 Enfoques Teóricos sobre la Etiología de la Ansiedad.

Existen distintos cuadros clínicos en los que la ansiedad es el síntoma fundamental. Entre ellos estaría el trastorno por crisis de angustia, en el que la ansiedad se presenta de forma episódica como palpitaciones, sensación de ahogo, inestabilidad, temblores o miedo a morir; el trastorno de ansiedad generalizada, existiendo un estado permanente de angustia; el trastorno fóbico, con miedos específicos o inespecíficos; el trastorno obsesivo-compulsivo, con ideas "intrusitas" y desagradables que pueden acompañarse de actos rituales que disminuyen la angustia de la obsesión (lavarse muchas veces por miedo a contagiarse, comprobar las puertas o los enchufes, dudas continuas); las reacciones de estrés agudo o postraumático; y los trastornos de adaptación a situaciones vitales adversas.

A continuación se mencionaran algunos enfoques sobre la ansiedad:

1. La ansiedad es la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, los síntomas en estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirán en síntomas psicológicos de ansiedad.

2. Teoría Psicodinámica. El creador es Freud. "Dijo que la angustia es más un proceso biológico (fisiológico) insatisfecho (respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual (libido) para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del súper yo y de los instintos prohibidos (ello) donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad".

3. Teorías Conductistas. El conductismo se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno.

4. Teorías Cognitivistas. Considera la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados.

2.4.8.5 Pautas Diagnosticas Según el CI 10

F40.2 Fobias específicas

Fobias restringidas a situaciones muy específicas tales como a la proximidad de animales determinados, las alturas, los truenos, la oscuridad, a viajar en avión, a los espacios cerrados, a tener que utilizar urinarios públicos, a ingerir ciertos alimentos, a acudir al dentista, a la visión de sangre o de heridas o al contagio de enfermedades concretas. Aunque la situación desencadenante sea muy específica y concreta, su presencia puede producir pánico como en la agorafobia y en las fobias sociales. Las fobias específicas suelen presentarse por primera vez en la infancia o al comienzo de la vida adulta y, si no son tratadas, pueden persistir durante décadas. El grado de incapacidad que producen depende de lo fácil que sea para el enfermo evitar la situación fóbica. El temor a la situación fóbica tiende a ser estable, al contrario de lo que sucede en la agorafobia. Son ejemplos de objetos fóbicos el temor a las radiaciones, a las infecciones venéreas y más recientemente al sida.

Pautas para el diagnóstico

- a) Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como, por ejemplo, ideas delirantes u obsesivas.
- b) Esta ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas específicos.

c) Estas situaciones son evitadas, en la medida de lo posible.

Incluye:

Zoofobias.

Claustrofobia.

Acrofobia.

Fobia a los exámenes.

Fobia simple.

F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica

F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación

Incluye:

Fobia sin especificación.

Estado fóbico sin especificar.

F41 Otros trastornos de ansiedad

El síntoma principal de estos trastornos es la presencia de una ansiedad, que no se limita a ninguna situación ambiental en particular. También pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, con tal de que éstos sean claramente secundarios o menos graves.

F41.0 Trastorno de Pánico (ansiedad paroxística episódica)

Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. Cada crisis suele durar sólo unos minutos, pero también puede persistir más tiempo. Tanto la frecuencia como el curso del trastorno, que predomina en mujeres, son bastante variables. A menudo el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que los padecen terminan por salir, escapar, de donde se encuentran. Si esto tiene lugar en una situación concreta, por ejemplo, en un autobús o en una multitud, como consecuencia el enfermo puede en el futuro tratar de evitar esa situación. Del mismo modo, frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar sólo o a ir a sitios públicos. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico.

Pautas para el diagnóstico:

Las crisis de pánico que se presentan en una situación fóbica consolidada se consideran expresión de la gravedad de la fobia y ésta tiene preferencia para el diagnóstico. El trastorno de pánico es el diagnóstico principal sólo en ausencia de cualquiera de las fobias de F40.

Para un diagnóstico definitivo deben de presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes:

a) En circunstancias en las que no hay un peligro objetivo.

b) No deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles.

c) En el período entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.

Incluye:

Ataques de pánico.

Estados de pánico.

F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y sentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

Pautas para el diagnóstico:

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.

La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo (F32.-), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno de pánico (F41.0) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

Incluye:

Estado de ansiedad.

Neurosis de ansiedad. Reacción de ansiedad.

Excluye: Neurastenia (F48.0).

F41.2 Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo

Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría F43.2, trastornos de adaptación.

Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas comparativamente leves se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos.

Incluye: Depresión ansiosa (leve o no persistente).

Excluye: Depresión ansiosa persistente (distimia F34.1).

F41.3 Otros Trastornos Mixtos de Ansiedad

Trastornos en los que se satisfagan las pautas de trastorno de ansiedad generalizada (F41.1), y que tengan además características destacadas (a menudo de corta duración) de otros trastornos de F40-F48, aunque no se satisfagan las pautas completas de este trastorno adicional. Los ejemplos más frecuentes son: trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-); trastornos disociativos (F44.-); trastornos de somatización (F45.0); trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1) y trastorno hipocondriaco (F45.2). Si los síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno aparecen en estrecha asociación con cambios significativos de la vida o acontecimientos vitales estresantes entonces se utiliza la categoría F43.2, trastornos de adaptación.

F41.8 Otros Trastornos de Ansiedad Especificados

Incluye: Ansiedad histérica.

F41.9 Trastorno de Ansiedad sin Especificación

Incluye: Ansiedad sin especificación.

2.4.8.6 Intensidad de la Ansiedad

De acuerdo a la Escala de Ansiedad de Hamilton, la intensidad en la que manifiesta los síntomas psíquicos y somáticos pueden clasificar en: Ausente, Leve, Media, Fuerte, intensidad máxima.

- Intensidad ausente.- Existe un ausente total o parcialmente de la ansiedad; es poco frecuente en el ser humano ya que siempre todo cambio genera un pequeño grado de ansiedad.
- Intensidad leve.- Este hasta un cierto punto es un grado normal que presenta la persona, aquí se puede apreciar algunos síntomas de ansiedad psíquica tales como pueden ser: incertidumbre, inseguridad, dificultad para relajarse, nerviosismo, dificultad de concentración, abatimiento, siendo poco frecuentes y casi inapreciables los síntomas somáticos, pueden tratarse en base a psicoterapia.
- Intensidad media.- En este grado de ansiedad se manifiestan síntomas psíquicos y somáticos como podrían ser: irritabilidad, miedo al contacto social siendo estos síntomas mayormente apreciables, pero no incapacitantes pudiendo ser reversibles con psicoterapia y según el caso se puede utilizar apoyo farmacológico.
- Intensidad fuerte.- Es un grado mucho más alto de ansiedad donde se intensifica los síntomas tanto a nivel psíquico como: tensión corporal, incapacidad de quedarse quieto en un lugar, miedo a situaciones nuevas, llanto fácil, miedo a quedarse solo o al contacto social, dificultad para conciliar el sueño, gran dificultad de concentración, sensación de desamparo tristeza, falta de interés a realizar las cosas que antes disfrutaba. A nivel somático se puede presentar rigidez muscular, visión borrosa, taquicardia, dificultades respiratorias, síntomas que influyan negativamente en el desempeño del individuo, requieren tratamiento psicoterapéutico y apoyo farmacológico.

- Intensidad máxima.- Se manifiesta una combinación de síntomas tanto psíquicos como somáticos en una intensidad demasiado fuerte para el individuo, influyendo en casi todos los ámbitos en el cual se desenvuelva, ya sea personal, familiar, laboral y social. Aquí se evidencia la mayoría o casi todos los síntomas ansiosos psíquicos y somáticos, el tratamiento es farmacológico y psicoterapia.

2.5 Formulación de hipótesis

2.5.1 General

El TDA-H puede producir ansiedad en los padres de los niños comprendidos entre las edades de 4 a 12 años, que asisten a consulta psicológica en la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo.

2.5.1.1 Particulares

- El 80% de los progenitores presentan ansiedad.
- El 25% de los padres de familia presentan un nivel elevado de ansiedad.

Unidades de Observación

- ✓ Padres de los niños que presentan TDA-H y asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo.

2.6 Señalamiento de las Variables de la Hipótesis

Variable Independiente

Niños con Hiperactividad

Variable Dependiente

Ansiedad en los padres

CAPITULO III

Metodología

3.1 Enfoque

Esta investigación es de enfoque critico propositivo de carácter cuantitativo-cualitativo.

Critico propositivo porque se analizo, observo la realidad y se propuso alternativas de solución para disminuir la ansiedad y de esa manera la calidad de vida.

Cuantitativo porque se recabo información que fue sometido a un análisis matemático. Cualitativo porque los resultados en porcentajes pasaron a ser analizados con soporte del Marco Teórico.

3.2 Modalidad básica de la Investigación

Esta investigación se lo realizo de forma articulada y sistemática, utilizando la información proveniente tanto de fuentes bibliográficas como de la investigación de campo a través de las entrevistas y cuestionario de acuerdo a las necesidades de la investigación.

En la investigación bibliográfica se desarrollo el recopilado en forma predominante la información obtenida en libros, revistas, internet y documentos en general; por tanto se analizo y evaluó tanto de la hiperactividad de los niños como la ansiedad de los padres.

Para la investigación de campo se utilizo la historia clínica (anexo 1) que es una herramienta psicológica de ayuda para diagnosticar patologías y alteración de las funciones y así llegar al diagnóstico de los niños que presentan hiperactividad. Con el mismo objetivo se utilizaron la Escala de Conners-revisada (EEC-R), (anexo 2) el test basado en los criterios diagnósticos del (DSM IV), (anexo 3).

A su vez el test de Hamilton (anexo 4) e Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (anexo 5), para determinar la ansiedad que presentan los padres.

3.3 Nivel o tipo de Investigación

El tipo de investigación que se desarrollo según el nivel fue exploratorio, el que nos permitió una metodología más flexible, da mayor amplitud y dispersión a la investigación.

En el que se generaron hipótesis y permitió reconocer variables de interés investigativo ayudando a reducir el problema investigado.

3.4 Población y Muestra

Esta investigación no requiere de un muestreo debido a que la población fue de 20 personas que son padres de 16 niños hiperactivos comprendidos entre las edades de 4 a 12 años, que asisten a consulta psicológica en la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo.

3.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable Dependiente: Niños con hiperactividad

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
El déficit de la atención con hiperactividad es un síndrome conductual que se manifiesta por alteraciones en la atención, motricidad e impulsividad	Trastorno motriz:	Actúa antes de pensar. Cambia de una actividad a otra no puede organizarse en el trabajo. Necesita control y supervisión constante. La llaman mucho la atención en casa. No espera un turno para jugar.	¿Cuáles son los signos y síntomas del trastorno motriz?	Aplicación de Reactivos y la Entrevista	Historia Clínica Cuestionario de Conner Déficit de Atención con Hiperactividad (DSM-V)
	Trastorno de atención:	No puede concluir una tarea que inicia. Parece no escuchar se distrae con facilidad. No se concentra en la realización de tareas. Cuando la atención es demasiada exigente no se concentra. No se concentración en la realización de ningún tipo de juego.	¿Cuáles son las características del trastorno de atención?	Aplicación de Reactivos y la Entrevista	Historia Clínica Cuestionario de Conner Déficit de Atención con Hiperactividad (DSM-V)

Elaboración: Jiménez Y.

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
	Trastorno en el impulsividad:	<p>Se mueve demasiado. Corre mucho. No está quieto en un solo puesto. Mucho movimiento durante el sueño. Parece que está siempre en marcha. Le cuesta mucho permanecer sentado en un solo sitio.</p>	¿Cómo es el comportamiento de estos niños?	Aplicación de Reactivos y la Entrevista	Historia Clínica Cuestionario de Conner Déficit de Atención con Hiperactividad (DSM-V)

CUADRO N° 1

Elaboración: Jiménez Y.

Variable Independiente: Causas de ansiedad

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
<p>La ansiedad puede definirse como la manifestación de un estado emocional en el que el individuo se siente y se describe como inquieto, nervioso, tenso, atemorizado o excesivamente preocupado por temas concretos o incluso indefinidos.</p>	1.- Leve	<p>Sentimientos de tristeza. Animo disminuido en cuanto a su futuro. Cree tener mayor fracaso que los demás. Baja autoestima. Empezar a perder el interés por las cosas. Negativismo. Irritabilidad. Disminución de la concentración.</p>	<p>¿Cómo se ha sentido en las últimas semanas?</p>	<p>Aplicación de Reactivos y la Entrevista</p>	<p>Historia clínica Escala de Ansiedad de Hamilton y Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo</p>
	2.-Modera	<p>Sentimientos de fracaso e incapacidad de realizar las cosas. Futuro incierto. Sentimientos de vacíos y culpabilidad. Deseos de huir de su realidad. Baja autoestima. Insomnio. Agotamiento físico. Pérdida de peso. Disminución de la libido y del apetito.</p>	<p>¿Cuáles son las características de las personas que presentan ansiedad?</p>	<p>Aplicación de Reactivos y la Entrevista</p>	<p>Historia clínica Escala de Ansiedad de Hamilton y Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo</p>

Elaboración: Jiménez Y.

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TECNICAS E INST.	INSTRUMENTOS
	3.- Grave	Ideas auto de derrotistas. Baja autoestima. Sentimientos de culpa y de castigo. Ideas auto líticas. Llanto fácil. Animo disminuido. Sentimiento de minusvalía. Insomnio. Perdida del libido y del apetito.	¿Cuáles son los signos y síntomas de una persona con ansiedad grave?	Aplicación de Reactivos y la Entrevista	Historia clínica Escala de Ansiedad de Hamilton y Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo

CUADRO N° 2

Elaboración: Jiménez Y.

3.6 Plan de Recolección de información

PREGUNTAS BASICAS	EXPLICACION
1. ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación
2. ¿De qué personas u objetos?	Padres de familia
3. ¿Sobre qué aspectos?	La hiperactividad y causas de ansiedad en los padres
4. ¿Quién? ¿Quiénes?	Tutora: Dra. Ana Ruiz Investigadora: Yolanda Jiménez
5. ¿Cuándo?	Enero – Julio del 2011
6. ¿Dónde?	Fundación de niños Especiales San Miguel de Salcedo.
7. ¿Cuántas veces?	Una sola vez
8. ¿Qué técnicas de recolección?	Historia Clínica y Test
9. ¿Con qué?	Instrumento: Historia Clínica, Cuestionario de Conner, entrevista y test de ansiedad de Hamilton y Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, Déficit de Atención con Hiperactividad (DSM-V)
10. ¿En qué situación?	Cuando asisten a la fundación con sus hijos

CUADRO N° 3

Elaboración: Jiménez Y.

3.7 Procesamiento de la información

La información obtenida se analizó siguiendo estos procedimientos:

- Revisión crítica de la información recogida, limpiar información defectuosa o inválida
- Repetir la recolección de datos en ciertos casos, para corregir fallas.
- Tabular la información según la variable y la hipótesis.
- Se hizo un estudio estadístico y presentar los resultados.
- Análisis e interpretación de resultados.

CAPITULO IV

Análisis e Interpretación de Resultados

4.1 Análisis e Interpretación

4.1.1 Déficit de Atención con Hiperactividad (DSM-V)

HIPERACTIVIDAD

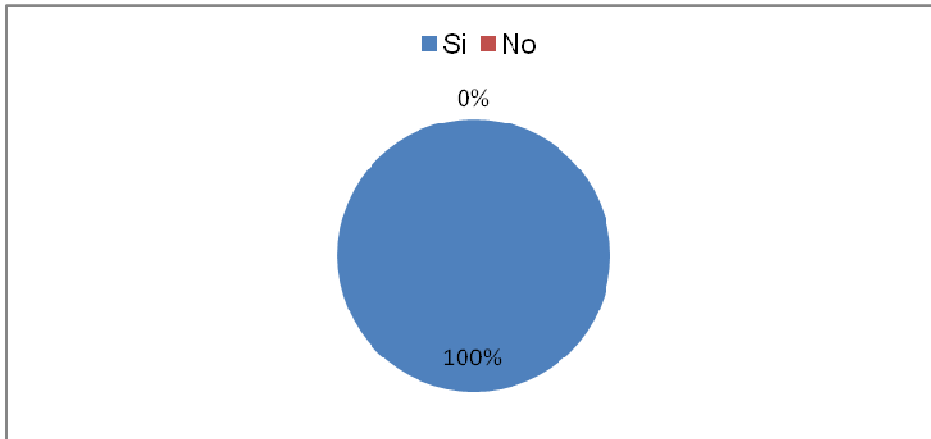
- a) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

	SI	NO	TOTAL
Nº	16	0	16
%	100	0	100

CUADRO Nº 4 Elaboración: Jiménez Y.

Análisis: Según el cuadro 4 se observa que el que el 100% de los niños con TDAH, a menudo abandonan sus asientos en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

GRÁFICO 2



Elaboración: Jiménez Y.

Interpretación: En el gráfico 2 se observa que los 16 niños con TDA-H, a menudo abandonan sus asientos en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado, siendo una de las principales características de este trastorno y de gran dificultad para sus profesores, por estar de un lugar a otro, cambian de una actividad a otra por ello distraen a sus compañeros; en el caso de los padres requieren mayor atención porque puede llegar a permanecer en sitios peligrosos y altos, sobre muebles, ventanas, pasamanos, balcones, terrazas, dada su intranquilidad pueden llegar a tener accidentes de consideración ya que muchas ocasiones no miden peligros, creando en los padres cierta angustia de lo que les puede pasar a sus hijos.

4.1.2 Escala de Hamilton para la Ansiedad

ÍTEM 1.

-Estado ansioso:

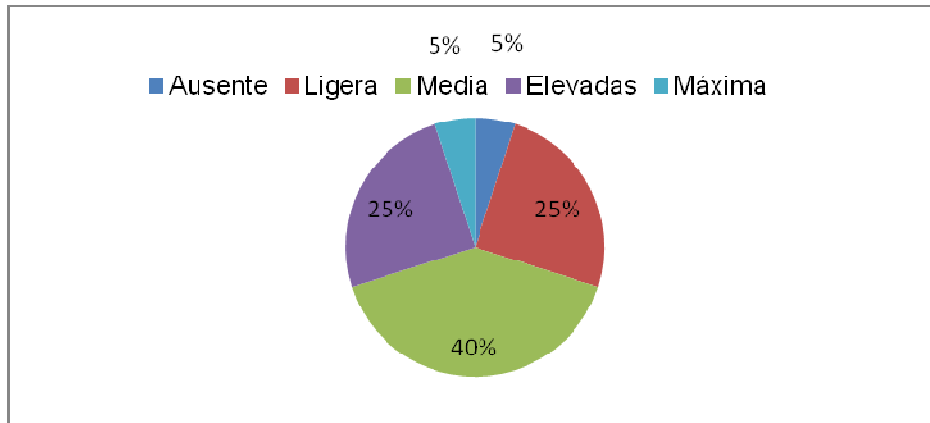
	Ausente	Ligera	Media	Elevada	Máxima	TOTAL
Nº	1	5	8	5	1	20
%	5	25	40	25	5	100

CUADRO Nº 5

Elaboración: Jiménez Y.

Análisis: Según el cuadro 5, se observa que de los 20 padres de familia de los niños evaluados con TDA-H, que son el 100 % de la población en estudio, el 40% presenta un estado ansioso de media, un 25% a experimentado expectativas de catástrofe presentando un estado de ansiedad elevada, el otro 25% presenta un estado ansioso ligero, un 5% presenta un estado de ansioso máximo, mostrando; inquietud, expectativas de catástrofe. Aprensión e irritabilidad, a su vez que el otro 5% no presenta ninguno de estos signos.

GRÁFICO 3



Elaboración: Jiménez Y.

Interpretación: En el gráfico 3, un 40% de los padres de familia de los niños que tienen TDA-H, han sentido ocasionalmente una ligera inquietud, expectativa de catástrofe, aprensión e irritabilidad, mientras que un 25% manifiestan que esto se presentaba mayor frecuencia e intensidad y 5% presentaba estos signos la mayor parte del tiempo, evidenciando se que en su totalidad los padres comienzan a manifestarse psicológicamente su malestar ante la situación de manejo y educación de sus hijos, sobretodo el sentirse impotentes de controlar sus conductas.

ÍTEM 2.

-Tensión:

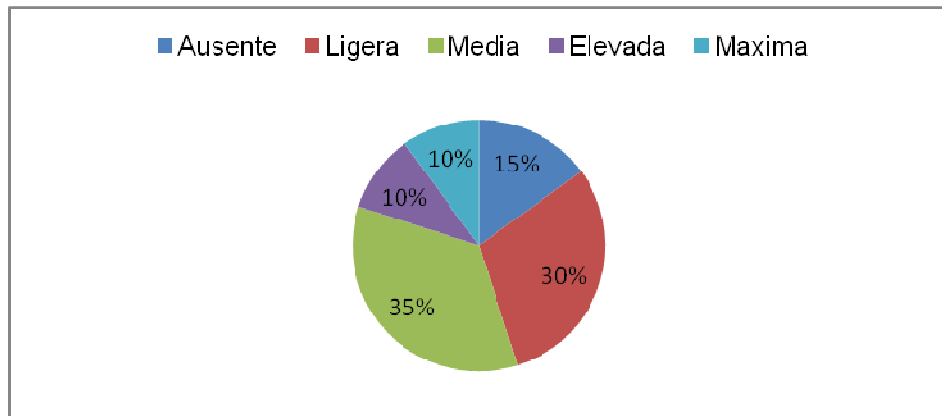
	Ausente	Ligera	Media	Elevada	Máxima	TOTAL
Nº	3	6	7	2	2	20
%	15	30	35	10	10	100

CUADRO Nº 6

Elaboración: Jiménez Y.

Análisis: Según el cuadro 6, dentro del grupo de estudio en relación a los padres de familia de niños con TDA-H, el 30% manifiesta presentar una ligera sensaciones de tensión y fatiga, un 35% mencionan a ver sentido además fatiga, mientras que un 10% expresaron que además avían sentido la imposibilidad de estar quietos presentando la imposibilidad de estar quietos con reacciones de sobresalto y llanto fácil , el otro 10% manifestó que a demás de los anteriores signos presentaron temblores por las sensaciones de incapacidad para esperar, y un 15% manifestó haber controlado los anteriores signos y síntomas mencionados.

GRÁFICO 4



Elaboración: Jiménez Y.

Interpretación: Según el gráfico 4, se evidencia según los resultados que un 30% de los progenitores de los niños que presentan TDA-H, mencionan haber presentado una sensación de tensión y fatiga, un 35% indican además presentar imposibilidad de estar quietos, reacciones de sobresalto en ocasiones con llanto fácil y el 20% a presentado además temblores cuando sus hijos están de un lugar a otro o a su vez al cruzar las calles o están en las terrazas, tomando en consideración que los niños con este trastorno en la mayoría de las veces no miden peligros, por ello la sensación de incapacidad de educar y disciplinar a sus hijos; evidenciándose esto que en su totalidad los progenitores comienzan a manifestar físicamente su malestar psicológico ante la situación que causa estrés en ellos.

ÍTEM 3.

-Miedos:

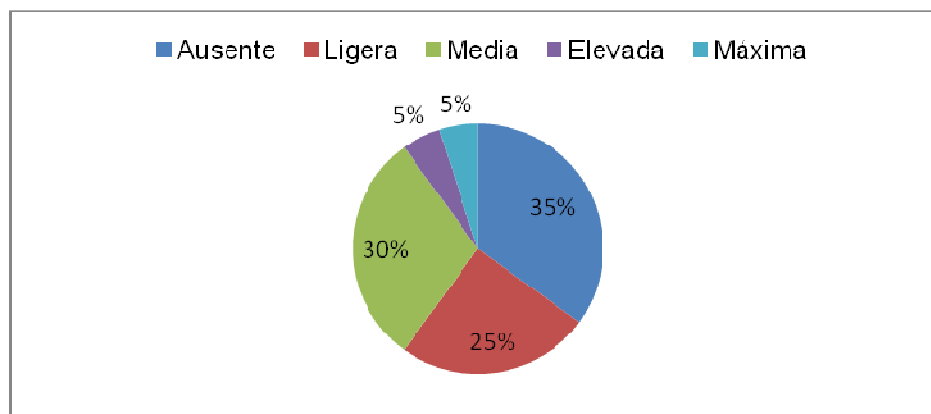
	Ausente	Ligera	Media	Elevada	Máxima	TOTAL
Nº	7	5	6	1	1	20
%	35	25	30	5	5	100

CUADRO N° 7

Elaboración: Jiménez Y.

Análisis: Según el cuadro 7, del 100% de los padres entrevistados un 35% expresan no sentir miedos, un 30% dicen que sienten en media intensidad, un 25% refiere que esto es ligero pero sin molestia, mientras que un 5% menciona presentar en una elevada intensidad, a su vez que un 5% en máxima.

GRÁFICO 5



Elaboración: Jiménez Y.

Interpretación: Según el gráfico 5, se evidencia de la población en estudio, el 30% presenta un estado de miedo de media, el mismo que conlleva a tener miedo a lo desconocido por no saber cómo reaccionaría su hijo ante algo nuevo esto lleva a estar intranquilo, temen quedarse solos con un grupo desconocido, a la muchedumbre o a la circulación vehicular; ya que los niños no miden peligros y se distraen con facilidad, a su vez el 25% de padres de familia presentan un estado de miedo ligera en cuanto a cómo reaccionaría sus hijos, mientras tanto un 10% de los padres se encuentran con una miedo elevada-máxima debido a que sus hijos se distraen con facilidad y se podrían perder con la muchedumbre, y al no medir peligros pueden sufrir un accidente siendo este cuadro de atención inmediata por sus posibles consecuencias.

ÍTEM 4.

-Insomnio:

	Ausente	Ligera	Media	Elevada	Máxima	TOTAL
Nº	4	6	5	4	1	20
%	20	30	25	20	5	100

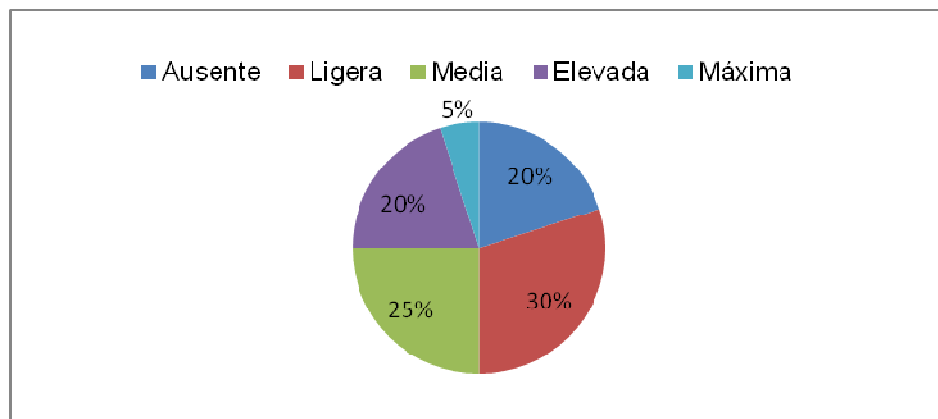
CUADRO N°8

Elaboración: Jiménez Y.

Análisis: Según el cuadro 8, de los 20 padres de familia de los niños con TDA-H entrevistados que son el 100 % de la población en estudio, un 30% manifiesta presentar insomnio ocasionalmente, un 25% periódicamente, 20%

frecuentemente, un 5% siempre y un 20% de los entrevistados no presenta insomnio.

GRÁFICO 6



Elaboración: Jiménez Y.

Interpretación: Según el gráfico 6, se evidencia según los resultados, que los padres de los niños evaluados con TDA-H, presentan dificultades en relación al sueño, por lo que se puede analizar que se somatiza las dificultades que pueden presentar los niños en cuanto a su educación, conducta y atención, características del trastorno, dado a su excesiva actividad motora los padres se levantan constantemente a ver que su hijo este abrigado y no esté atravesado en la cama.

ÍTEM 5.

-Funciones Intelectuales (Cognitivas):

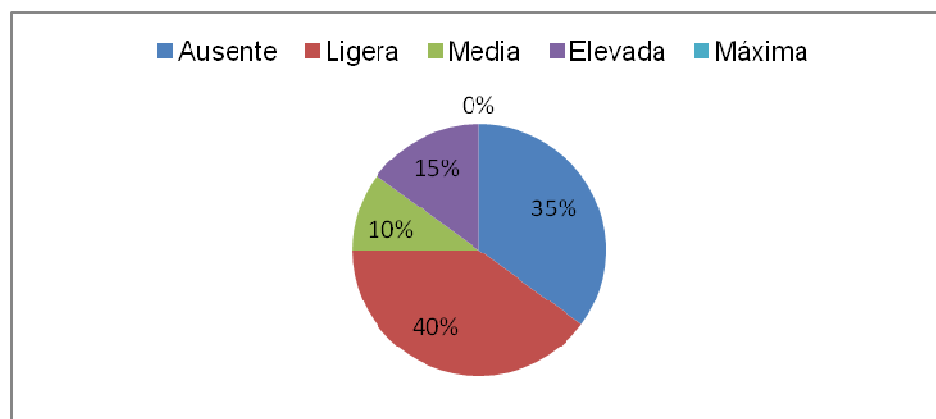
	Ausente	Ligera	Media	Elevada	Máxima	TOTAL
Nº	7	8	2	3	0	20
%	35	40	10	15	0	100

CUADRO Nº 9

Elaboración: Jiménez Y.

Análisis: Según el cuadro 9, se observa que un 40% presenta una ligera dificultad en cuanto a las funciones intelectuales, mientras que el 35% no presenta dificultad en cuanto a esta área, un 15% de manera elevada y un 10% en forma media.

GRÁFICO 7



Elaboración: Jiménez Y.

Interpretación: Según el gráfico 7, en lo que se refiere a las funciones intelectivas se puede constatar que un 10% presenta dificultades de

concentración, un 15% menciona además tener falta de memoria en lo que se encuentran realizando; ya que siempre están en la expectativa de que es lo que está haciendo el infante y sus consecuencias, para que no le pase un accidente de consideración.

ÍTEM 6.

-Estado de ánimo depresivo:

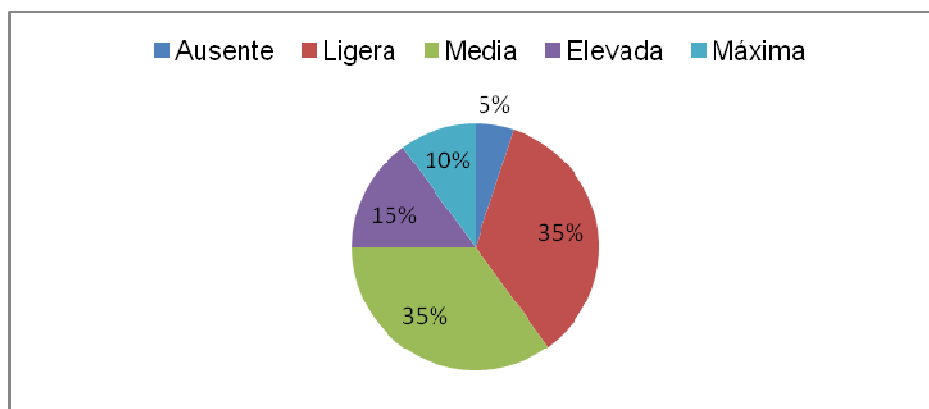
	Ausente	Ligera	Media	Elevada	Máxima	TOTAL
Nº	1	7	7	3	2	20
%	5	35	35	15	10	100

CUADRO N° 10

Elaboración: Jiménez Y.

Análisis: Según el cuadro 10, del 10% de los padres evaluados un 35% expresa haber presentado un estado de ánimo deprimido ligero, un 35% dicen que lo presentan en media intensidad, un 15% elevada, un 10% refieren presentar una máxima, y un 5% no lo presenta.

GRÁFICO 8



Elaboración: Jiménez Y.

Interpretación: Según el grafico 8, se interpreta que en su gran mayoría los padres de los niños con TDA-H, presentan un estado de ánimo depresivo. Se puede evidenciar el malestar psicológico en los padres y provocando en ellos mucha incomodidad para poderse desenvolverse en su quehacer diario.

ÍTEM 7.

-Síntomas somáticos musculares:

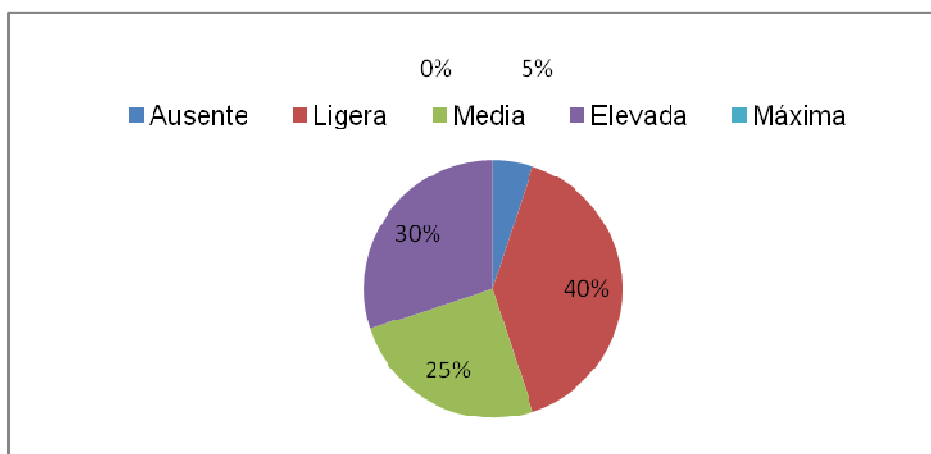
	Ausente	Ligera	Media	Elevada	Máxima	TOTAL
Nº	1	8	5	6	0	20
%	5	40	25	30	0	100

CUADRO Nº 11

Elaboración: Jiménez Y.

Análisis: Según el cuadro 11, de la parte investigada con respecto a presentar síntomas somáticos musculares; un 40% menciona sentir estos en forma ligera, un 30% refiere sentirlos en forma elevada, un 25% de forma media y un 5% indican no sentir estos tipos de molestia.

GRÁFICO 9



Elaboración: Jiménez Y.

Interpretación: Según el grafico 9, la manifestación de síntomas somáticos musculares en los padres de los niños con TDA-H, causan molestias, tensión o rigidez muscular por ende incomodidad cuando realizan sus actividades cotidianas, lo cual se puede evidenciar el predominio del 30% como elevado, medio un 25%, un 40% como ligero.

ÍTEM 8.

-Síntomas somáticos generales:

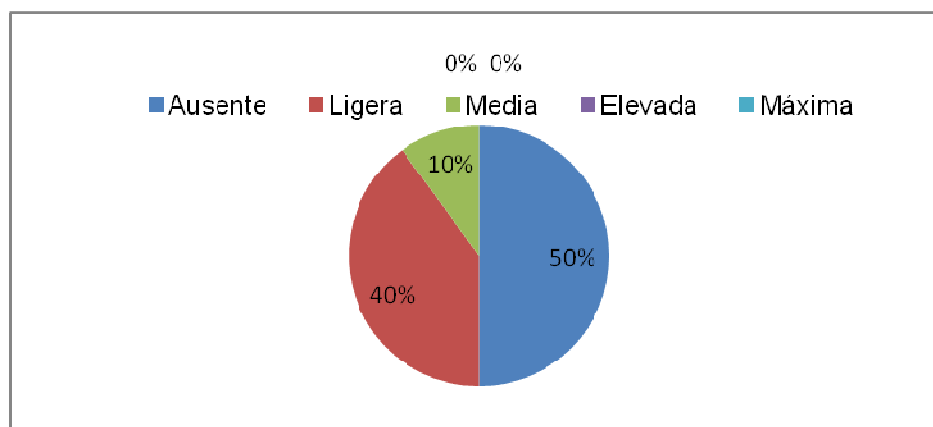
	Ausente	Ligera	Media	Elevada	Máxima	TOTAL
Nº	10	8	2	0	0	20
%	50	40	10	0	0	100

CUADRO Nº 12

Elaboración: Jiménez Y.

Análisis: Según el cuadro 12, dentro del grupo de padres, un 50% manifiesta no presentar síntomas somáticos generales, un 40% menciona haberlo sentido de forma ligera y un 10% de forma media.

GRÁFICO 10



Elaboración: Jiménez Y.

Interpretación: Según el grafico 10, se puede evidenciar en base a los resultados obtenidos, que la mitad de los padres han presentado síntomas somáticos generales de una forma ligera a media, siendo un punto a tomarse en consideración por sus posibles repercusiones en los mismos y su entorno.

ÍTEM 9.

-Síntomas cardiovasculares:

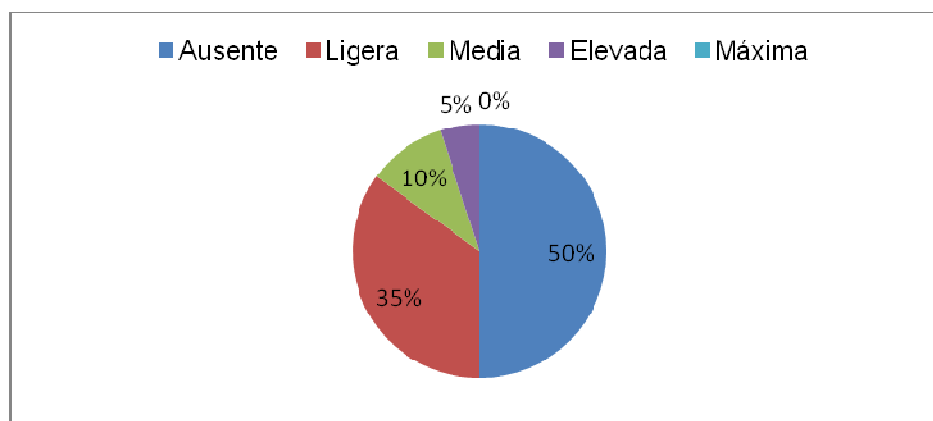
	Ausente	Ligera	Media	Elevada	Máxima	TOTAL
Nº	10	7	2	1	0	20
%	50	35	10	5	0	100

CUADRO N° 13

Elaboración: Jiménez Y.

Análisis: Según el cuadro 13, los datos arrojan que un 50% no presentan síntomas cardiovasculares, un 35% mencionan sentir de forma ligera, un 10% de forma media, un 5% de forma elevada.

GRÁFICO 11



Elaboración: Jiménez Y.

Interpretación: Según el gráfico 11, se puede observar, que los síntomas cardiovasculares presentan de una forma ligera un 35% del grupo evaluado, el 10% de forma media y el 5% de manera elevada.

Ítem 10.

-Síntomas respiratorios:

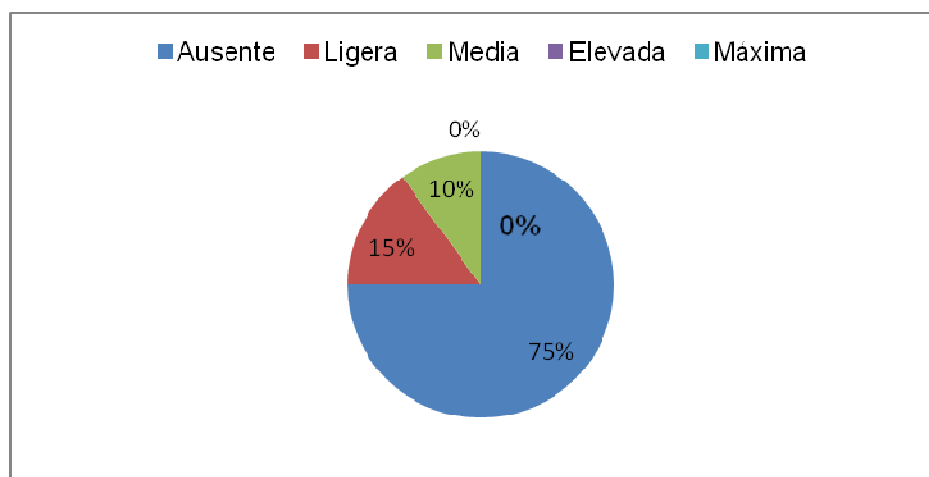
	Ausente	Ligera	Media	Elevada	Máxima	TOTAL
Nº	15	3	2	0	0	20
%	75	15	10	0	0	100

CUADRO Nº 14

Elaboración: Jiménez Y.

Análisis: según el cuadro 14, de los 20 padres de niños con TDA-H evaluados, un 75% no presenta síntomas respiratorios, mientras un 15% manifiestan sentirlo de forma ligera y un 10% elevada.

GRÁFICO 12



Elaboración: Jiménez Y.

Interpretación: Según el gráfico 12, en lo que se refiere a síntomas respiratorios como son: sensación de ahogo o falta de aire, suspiros, un 15% presenta una ligera dificultad, un 10% sienten este tipo de dificultad en forma media.

Ítem 11.

-Síntomas gastrointestinales:

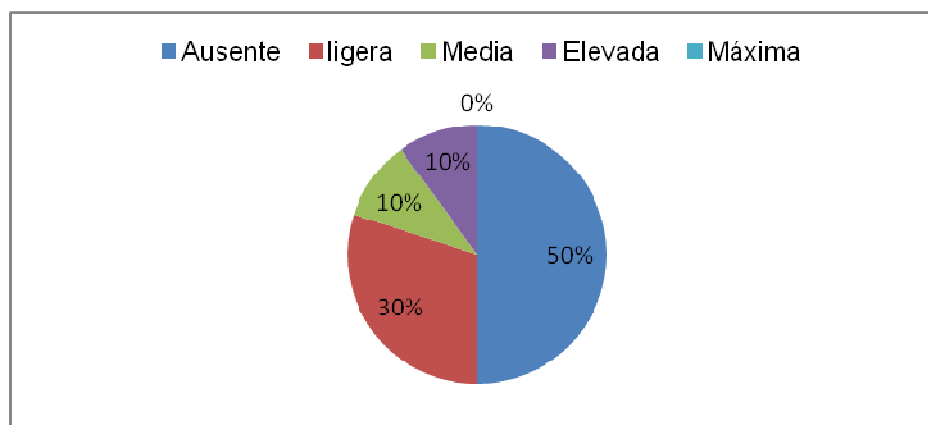
	Ausente	Ligera	Media	Elevada	Máxima	TOTAL
Nº	10	6	2	2	0	20
%	50	30	10	10	0	100

CUADRO Nº 15

Elaboración: Jiménez Y.

Análisis: Según el cuadro 15, los datos arrojan que un 50% de los padres entrevistados no presentan síntomas gastrointestinales, un 30% menciona presentar en forma ligera, un 10% en forma media, y un 10% en forma elevada.

GRÁFICO 13



Elaboración: Jiménez Y.

Interpretación: Según el gráfico 13, se puede observar que un 30% presentan síntomas gastrointestinales en forma ligera, tomando en consideración que a lo largo de la vida del ser humano puede presentar molestias estomacales, dispepsias, espasmos abdominales, pero es preocupante cuando este se intensifica o incrementa o puede ir acompañado de otros síntomas que sean causados por algo en particular de su vida, siendo así que un 10% menciona presentar estos síntomas de forma media y un 10% de forma elevada.

ÍTEM 12.

-Síntomas genitourinarios:

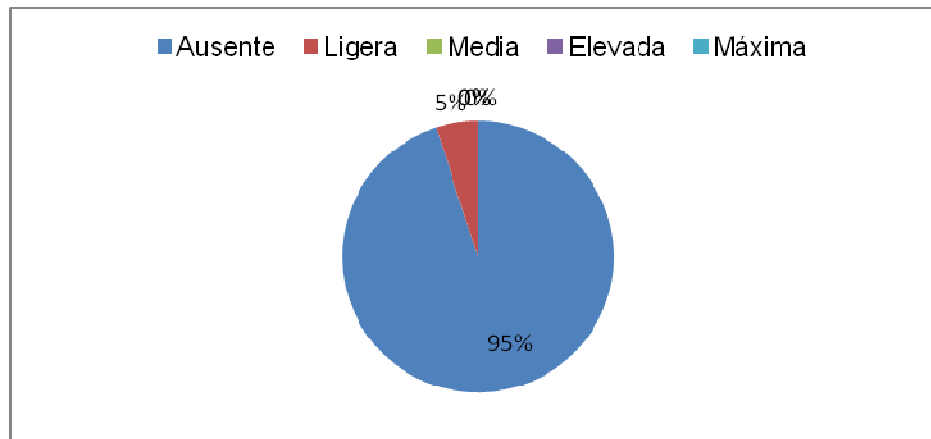
	Ausente	Ligera	Media	Elevada	Máxima	TOTAL
Nº	19	1	0	0	0	20
%	95	5	0	0	0	100

CUADRO Nº 16

Elaboración: Jiménez Y.

Análisis: Según el cuadro 16, del 100% de los padres entrevistados en lo referente a presentar síntomas genitourinarios, un 95% refiere no presentar dificultad, y un 5% menciona presentarlo de forma ligera.

GRÁFICO 14



Elaboración: Jiménez Y.

Interpretación: Según el gráfico 14, podemos observar que el 95% de los padres de los niños con TDA-H no presentan dificultades en la área genitourinaria, mientras que un 5% presenta de forma ligera.

ÍTEM 13.

-Síntomas del sistema nervioso autónomo:

	Ausente	Ligera	Media	Elevada	Máxima	TOTAL
Nº	3	10	3	3	1	20
%	15	50	15	15	5	100

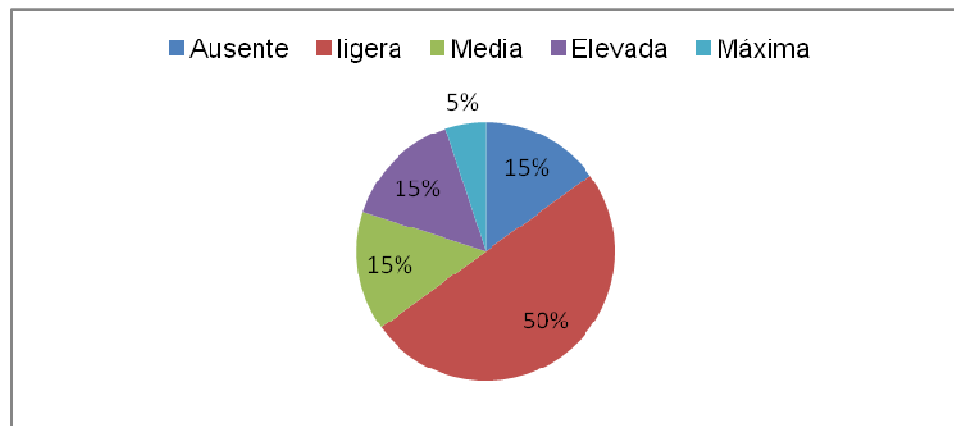
CUADRO Nº 17

Elaboración: Jiménez Y.

Análisis: Según el cuadro 17, se puede observar que un 50% presenta dificultad de forma ligera en lo relacionado con el sistema nervioso

autónomo, un 15% de forma ligera, el otro 15% de forma elevada, mientras un 15% no lo presenta, y un 5% manifiesta presentar los síntomas de forma máxima.

GRÁFICO 15



Elaboración: Jiménez Y.

Interpretación: Según el gráfico 15, se puede observar que los padres de los niños con TDA-H, presentan dificultades en cuanto al sistema nervioso autónomo se refiere, presentando hiperhidrosis, y cefaleas muy a menudo.

ÍTEM 14.

-Conducta en el transcurso del test:

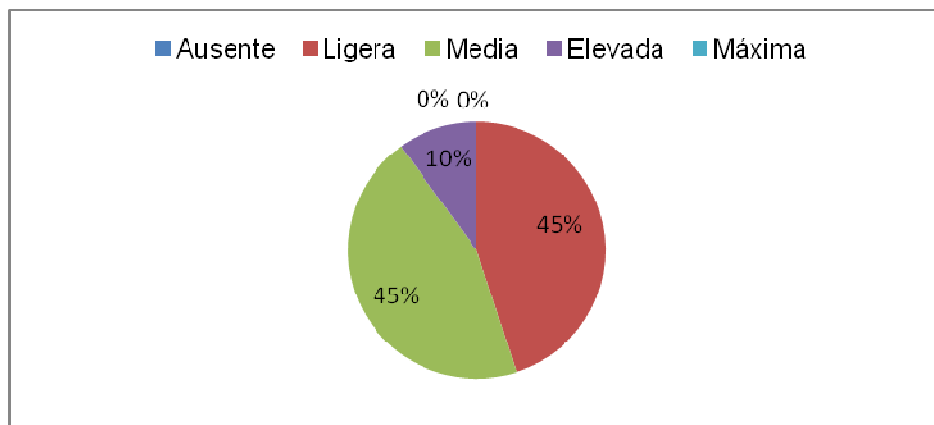
	Ausente	Ligera	Media	Elevada	Máxima	TOTAL
Nº	0	9	9	2	0	20
%	0	45	45	10	0	100

CUADRO Nº 18

Elaboración: Jiménez Y.

Análisis: Según el cuadro 18, del 100% de los padres entrevistados, el 45% una agitación e inquietud motora de forma ligera, un 45% de forma media, y un 10% de forma elevada con un aumento del tono muscular.

GRÁFICO 16



Elaboración: Jiménez Y.

Interpretación: según el gráfico 16, se puede evidenciar los resultados obtenidos y las conductas presentadas a lo largo de la evaluación en cada uno de los padres de los niños con TDA-H, dado que los progenitores presentan tendencias al abatimiento en cuanto a los signos y síntomas que presentan sus hijos.

4.1.2 Cuadro General

Respuesta de los progenitores de los niños con TDA-H, a la Escala de Ansiedad de Hamilton.

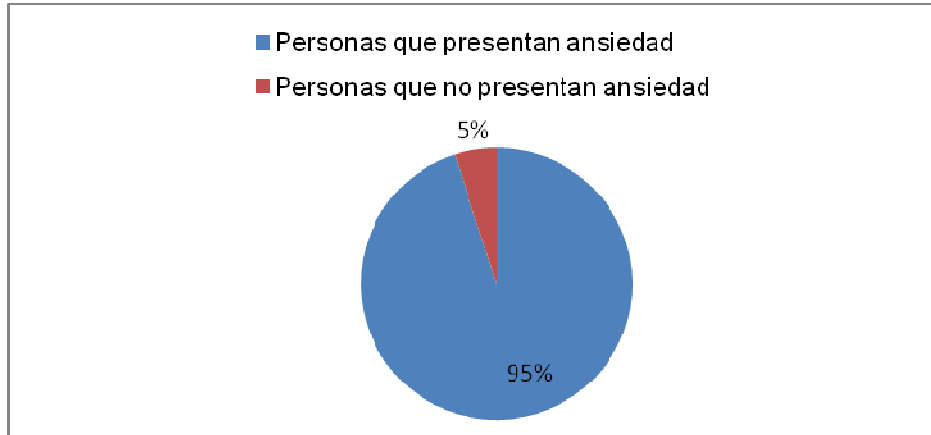
ÍTEMS	Nº	%
Estado Ansioso	19	95
Tensión	17	85
Miedos	13	65
Insomnio	16	80
Funciones Intelectuales	13	65
Animo Depresivo	19	95
Síntomas Somáticos Musculares	19	95
Síntomas Somáticos Generales	10	50
Síntomas Cardiovasculares	10	50
Síntomas Respiratorios	5	25
Síntomas Gastrointestinales	10	50
Síntomas Genitourinarios	1	5
Síntomas del Sistema Nervioso Autónomo	17	85

CUADRO Nº 19

Elaboración: Jiménez Y.

Análisis: En el cuadro 19, se refleja en número de padres que presentan dificultades en cada uno de los ítems, y su porcentaje es extraído del gran total de los progenitores evaluados.

GRÁFICO 17



Elaboración: Jiménez Y.

Interpretación: En el gráfico 17 se puede observar que el 95% de los progenitores presentan ansiedad.

4.1.3 Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

1. Presencia de ansiedad en los padres

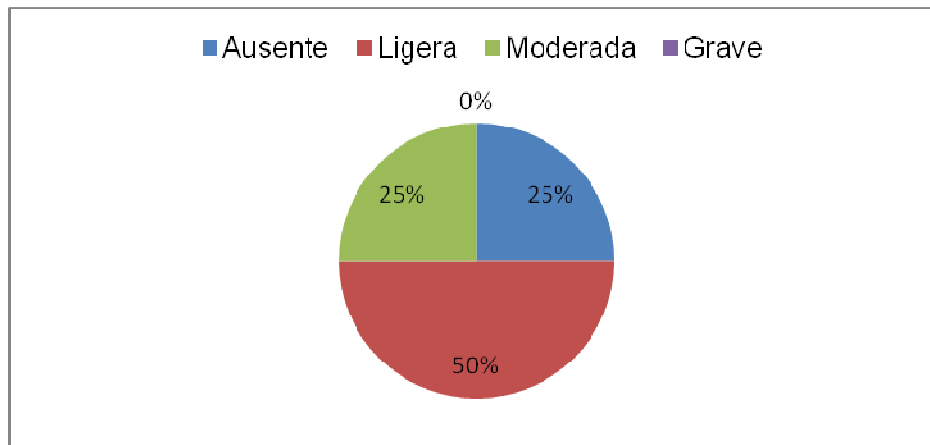
	Ausente	Ligera	Moderada	Grave	TOTAL
Nº	1	2	1	0	4
%	25	50	25	0	100

CUADRO Nº 20

Elaboración: Jiménez Y.

Análisis: En cuadro 20, se evidencia que los padres son los que presentan la ansiedad en un 50% de manera ligera y 25% moderado.

GRÁFICO 18



Elaboración: Jiménez Y.

Interpretación: En el gráfico 18 se evidencia según los resultados obtenidos que los padres manifiestan síntomas de ansiedad de manera ligera y moderada.

2. Presencia de ansiedad en las madres

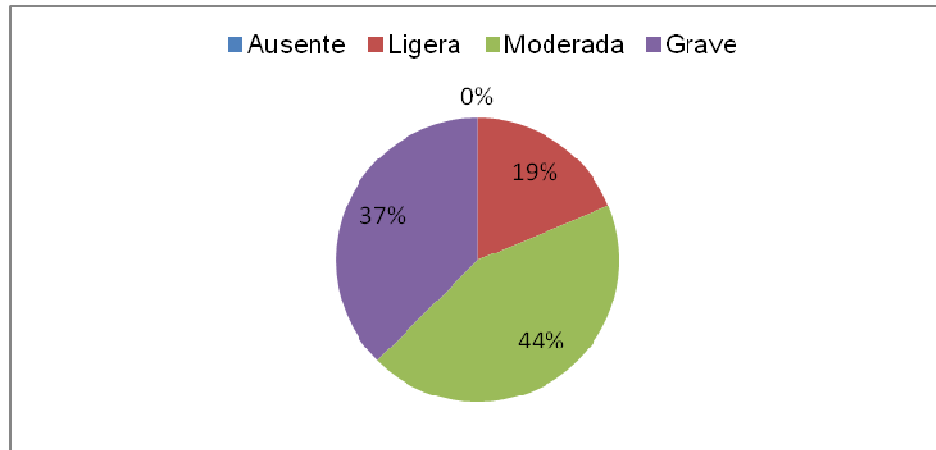
	Ausente	Ligera	Moderada	Grave	TOTAL
Nº	0	3	7	6	16
%	0	19	44	37	100

CUADRO Nº 21

Elaboración: Jiménez Y.

Análisis: En el cuadro 21, de las madres evaluadas el 19% presentan ansiedad de manera ligera, mientras tanto el 44% muestran una ansiedad moderada y a su vez el 37% presenta una ansiedad grave.

GRÁFICO 19



Elaboración: Jiménez Y.

Análisis: En el gráfico 19, se observa según los resultados obtenidos que de las 16 madres evaluadas, el 19% presenta ligera ansiedad, en tanto que el 44% presenta ansiedad moderada, a su vez el 37% de madres presenta una ansiedad grave, siendo este grupo de alto riesgo e intervención inmediata.

3. Presencia de ansiedad en padres y madres

	Ausente	Ligera	Moderada	Grave	TOTAL
Nº	1	5	8	6	16
%	5	25	40	30	100

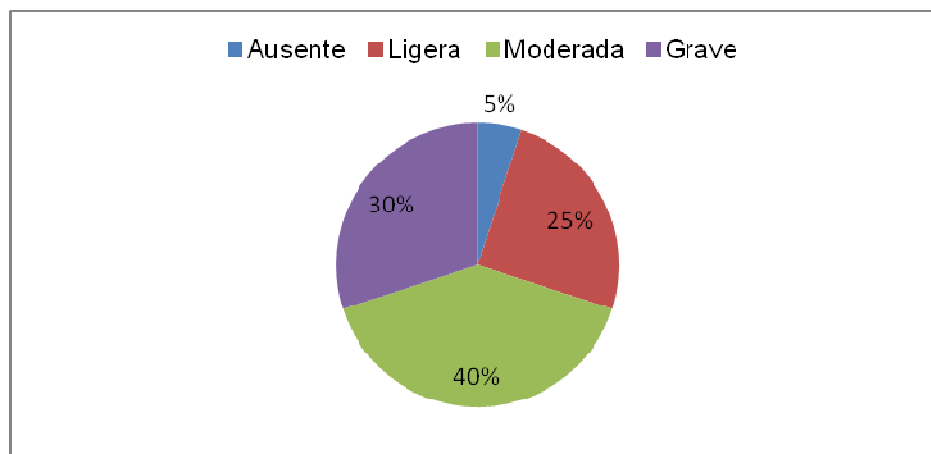
CUADRO Nº 22

Elaboración: Jiménez Y.

Análisis: En cuadro 22, los datos arrojan que el 25% de los progenitores de los niños con TDA-H presentan ansiedad ligera, el 40% muestra una

ansiedad moderada, en tanto que el 30% de los padres de familia presentan una ansiedad grave.

GRÁFICO 20



Elaboración: Jiménez Y.

Interpretación: En gráfico 20, según los datos obtenidos se puede evidenciar que casi la mayoría de los padres de los niños que tienen hiperactividad, presentan ansiedad, existiendo un grupo del 30% de progenitores que se encuentran en alto riesgo, requiriendo intervención inmediata.

4.2. Verificación de Hipótesis

4.2.1 Hipótesis

El TDA-H produce ansiedad en los padres de los niños comprendidos entre las edades de 4 a 12 años, que asisten a consulta psicológica en la Fundación de Niños Especiales San Miguel.

4.2.2 Verificación

Se acepta la hipótesis ya que mediante los resultados obtenidos en la escala de Hamilton para la Ansiedad, en el ítem 1. Una vez obtenido los datos e información necesaria se comprobó que el 95% de los progenitores presentan ansiedad, como se puede apreciar en el cuadro 19, encontrándose subdividido este valor en los siguientes porcentajes: el 25% de los padres de los niños con TDA-H presentan una ansiedad ligera; un 40% presenta de una forma moderada; el 25% de los progenitores muestran de manera elevada y un 5% de manera máxima, corroborando estos datos con el inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, en el cuadro 22, donde el 25% de los progenitores presentan ligera ansiedad, el 40% moderada ansiedad y el 30% un estado ansioso grave, siendo estos últimos datos a tomar en consideración por las complicaciones que se presentan para cada uno de los padres ya sea en su entorno familiar, laboral y social, por lo que necesitan una intervención psicológica y psiquiátrica de manera inmediata, dado que se en cuentan en una situación de riesgo.

Con respecto a que si el 80% de los progenitores presentan ansiedad; la hipótesis es rechazada, demostrándose en el cuadro 19, que el 95% de los padres presentan ansiedad.

El 25% de los padres de familia presentan un nivel elevado de ansiedad en la cual; la hipótesis es aceptada, ya que se puede determinar mediante la escala de Hamilton para la Ansiedad en el ítem 1; donde se puede apreciar los resultados demostrándose así, que el TDA-H desarrolla en los padres ansiedad.

CAPITULO V

Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones:

Al finalizar el trabajo investigativo se puede concluir lo siguiente:

Los progenitores de los niños con TDA-H presentaron tener un 95% de ansiedad, distribuidos en los siguientes porcentajes: un 40% de los padres tienen una ansiedad moderada; el 25% de los progenitores mostraron ansiedad elevada y un 5% una ansiedad máxima, siendo una población en riesgo y de mucha consideración por la somatización y comorbilidad que pudiera existir con otra patología.

Cada uno de los ítems que maneja la escala de ansiedad están íntimamente relacionadas ya que la una conlleva a la otra sintomatología, es así, que se puede evidenciar que los padres presentan insomnio en los resultados obtenidos en la población en estudio arrojaron los siguientes resultados un 30% de forma ligera, 25% intensidad media, 20% intensidad elevada y 5% intensidad máxima, como se puede observar existe un gran porcentaje de padres que presentan insomnio, lo cual al no poder descansar de forma adecuada presentan tensión muscular, un 30% de tensión muscular leve, 35% tensión muscular media y el 20% con una tensión elevada a máxima, lo que no les permite desenvolverse de una manera adecuada en las labores cotidianas que realizan los padres.

Por lo antes mencionado se hace necesario trabajar en una terapia que llegue a manejar y disminuir cada una de las sintomatologías de la ansiedad, de una forma integral.

5.2 Recomendaciones

El 40% de los padres al encontrarse con una ansiedad de intensidad media debido a las conductas de los niños con TDA-H, requieren una inmediata intervención psicoterapéutica, con el fin de disminuir la ansiedad que presentan, y no se vean afectadas en las áreas familiares, laborales y sociales.

Mientras el 30% de los progenitores requiere una interconsulta psiquiátrica y psicológica de forma urgente, para estabilizar los síntomas somáticos y tener resultados de forma inmediata.

Crear un espacio con los profesionales, dirigido a los padres que tengan niños con TDA-H, con el fin de sociabilizar cada una de las dificultades y posibles soluciones en la forma de educar a sus niños, considerando que la hiperactividad es un trastorno infantil que puede mantenerse hasta la vida adulta.

CAPITULO VI

Propuesta

6.1 Datos informativos

6.1.1 Tema:

Aplicación del modelo Cognitivo Conductual para reducir los niveles de ansiedad en los padres de los niños con TDA-H, que asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo en el periodo comprendido Marzo-Agosto 2011.

6.1.2 Institución ejecutora:

Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo.

6.1.3 Beneficiarios:

Directos: Padres de los niños con TDA-H que asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo.

Indirectos: Familiares de los pacientes, empleadores y sociedad.

6.1.4 Ubicación:

Instalaciones de la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo.

6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución:

5 Meses

6.1.6 Equipo técnico responsable:

- Dra. Mónica Aguilar
- Egda. Yolanda Jiménez, de Psicología Clínica.

6.2 Antecedentes de la propuesta

Se comprobó que el TDA-H de los niños, produce ansiedad en los padres presentándose, en la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, que un 40% de ansiedad moderada; presentes los síntomas psíquicos y somáticos como son: irritabilidad, miedo al contacto social siendo estos síntomas mayormente apreciables, pero no incapacitantes; el 25% ansiedad elevada, presentan los síntomas tanto a nivel psíquico como: tensión corporal, incapacidad de quedarse quieto en un lugar, miedo a situaciones nuevas, llanto fácil, dificultad para conciliar el sueño, gran dificultad de concentración, sensación de desamparo, tristeza,

falta de interés a realizar las cosas que antes disfrutaba. A nivel somático se puede presentar rigidez muscular, visión borrosa, taquicardia, dificultades respiratorias, síntomas que influyan negativamente en el desempeño del individuo, requieren tratamiento psicoterapéutico y apoyo farmacológico y un 5% con una ansiedad máxima, se manifiesta una combinación de síntomas tanto psíquicos como somáticos en una intensidad demasiado fuerte para el individuo, influyendo en casi todos los ámbitos en el cual se desenvuelva ya sea personal, familiar, laboral y social. Aquí se evidencia la mayoría o casi todos los síntomas ansiosos psíquicos y somáticos, el tratamiento es farmacológico y psicoterapia.

La psicoterapia cognitiva de Aarón Beck, cuenta con una teoría unificada de la personalidad y la psicopatología, esta psicoterapia en distintos estudios controlados han demostrado su eficacia en el tratamiento de las depresiones mayores, trastornos de pánico, fobias sociales, la drogadicción, los trastornos de la alimentación, los problemas de pareja, el trastorno de la ansiedad generalizada.

6.3 Justificación

La aplicación del modelo Cognitivo Conductual para reducir los niveles de ansiedad en los padres de los niños con TDA-H, que asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo, es de gran importancia para los mismos, dado que la mayor parte de los progenitores presentan un estado ansioso entre máxima, elevada, media y ligera, además se cuenta con el espacio físico para la aplicación del método, a su vez con la predisposición de los padres y el total apoyo de las autoridades de la fundación.

En consideración que la cultura de los ecuatorianos es inmediatesta y el objetivo es el reducir los niveles de ansiedad de los padres de los niños que presentan hiperactividad y en consideración que el trastorno que presentan los infantes es perdurable y las cogniciones que desarrollan los padres ante el trastorno de sus hijos es muchas ocasiones catastróficas por lo que, el método cognitivo de Beck y la técnica de relajamiento de Jacobson modificada por Wolpe nos permitirá tener resultados de forma rápida en cuanto a las modificaciones cognitivas del ser humano, creando una nueva visión y formas alternativas de sobrellevar su realidad.

6.4 Objetivos

6.4.1 General

Aplicar el “Método Cognitivo de la Ansiedad Generalizada (Modelo de Beck)” y la “Técnica de relajamiento de Jacobson modificada por Wolpe”, a los padres de los niños de 4 a 12 años con TDA-H que asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo.

6.4.2 Específicos

Disminución de la sintomatología de la ansiedad en los padres de los niños con TDA-H.

Facilitación de la adquisición de habilidades de afrontamiento de la ansiedad que presentan los progenitores de los niños con TDA-H.

Identificación y modificación de las ideas irracionales de los esquemas cognitivos, que hacen vulnerable a los padres de los niños con TDA-H a padecer ansiedad.

6.5 Fundamentación Científica-Técnica

6.5.1 Introducción

El Modelo Cognitivo de la Ansiedad Generalizada: El Modelo de Beck (1985)

Parte de la idea de que el sujeto a lo largo de su desarrollo ha adquirido una serie de esquemas cognitivos referentes a las amenazas que se activan en ciertas situaciones. Esa activación pondría en marcha distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos referentes a expectativas, imágenes amenazantes, incapacidad percibida de afrontamiento a nivel cognitivo, que produciría a su vez la activación- arousal emocional (a nivel conductual). Beck (1985) refiere que la percepción del individuo es incorrecta, estando basada en falsas premisas.

Las percepciones se refieren a contenidos amenazantes sobre peligros para los intereses del sujeto y su incapacidad para afrontarlos. Los esquemas cognitivos subyacentes suelen ser ideosincráticos, aunque son frecuentes los contenidos temáticos referentes a amenazas sobre las relaciones sociales, identidad personal, ejecución-rendimiento, autonomía y salud.

BECK, (1985).Las distorsiones cognitivas que aparecen en el trastorno por ansiedad generalizada son:

1. Inferencia arbitraria-Visión catastrófica: Consiste en la anticipación o valoración catastrófica, no basada en evidencias suficientes, acerca de

ciertos peligros anticipados que se perciben como muy amenazantes por el sujeto.

2. Maximización: El sujeto incrementa las probabilidades del riesgo de daño.

3. Minimización: El sujeto percibe como muy disminuida su habilidad para enfrentarse con las amenazas físicas y sociales.

6.5.2 Técnicas Cognitivas

Su función central está basada en la identificación de las percepciones amenazantes y de no seguridad del paciente; y una vez identificadas (junto a los significados asociados) al ofrecer un marco para su contraste evidencial ("pruebas de realidad").

1- Cuestionamiento de Pensamientos Catastrofistas:

El terapeuta enseña al paciente a cuestionarse sus pensamientos catastrofistas: "¿Qué probabilidades hay de que ocurra eso?, ¿Podría hacerse algo si llegase a ocurrir?, ¿Cuanto durarían los efectos, sería tan grave?, ¿Otras veces lo pensó, y qué ocurrió en realidad?".

2- Uso de la Imaginación:

El sujeto puede imaginar situaciones amenazantes y su afrontamiento a ella junto con autoinstrucciones de autocontrol. También se pueden jerarquizar las situaciones amenazantes (p.e en forma de desensibilización sistemática).

6.5.3 Técnica de Relajación

El científico Jacobson, creó la relajación progresiva en el año 1936. Según él aprendiendo a discriminar las sensaciones de tensión muscular de las de relajación, progresivamente el individuo podría llegar a una relajación profunda no solo muscular sino también mental.

Ya que no es posible que se den las dos situaciones al mismo tiempo, uno no puede estar tenso mentalmente y relajado muscularmente y viceversa.

Descubrió que contrayendo y soltando grupos musculares, ésto permitiría al practicante conseguir a voluntad relajar toda su musculatura.

Así creó un recorrido muscular de todo el cuerpo por grupos musculares, pero su técnica como era muy minuciosa llevaba bastante tiempo para la práctica, desde 1936 hasta los años 60 siguió sus investigaciones en el Laboratorio de Fisiología Clínica en Chicago.

El procedimiento recorría 15 grupos musculares, pero el entrenamiento se realizaba enseñando a tensionar y relajar cada grupo muscular antes de continuar con el siguiente, lo que llevaba a un entrenamiento de 56 sesiones de práctica sistemática.

Jacobson demostró que tras una práctica de la “relajación se producía un descenso del nivel de pulsaciones y de la presión sanguínea así como otros parámetros de signos vitales”.

De acuerdo con Wolpe (1981), el papel de la relajación en la de sensibilización sistemática es producir un cambio en el funcionamiento del sistema nervioso autónomo que inhiba la ansiedad. En numerosos experimentos se ha probado que la relajación progresiva reduce la actividad autonómica. En consecuencia el entrenamiento en relajación progresiva se considera fundamental para conseguir una mejor conciencia corporal. La respuesta de relajación se concibe normalmente como una respuesta

pasiva e indiferenciada que reduce el estado de excitación somático y cognitivo.

6.5.4 Proceso de Intervención

El proceso de intervención sigue una línea similar a la C.T del tratamiento de la depresión (Beck, 1979, 1985; Jarret y Rush, 1988):

1º Socialización del paciente en el modelo cognitivo de la terapia: Relación pensamiento-afecto-conducta, papel de los pensamientos automáticos y terapia como aprendizaje de alternativas cognitivas y conductuales para el manejo de la vulnerabilidad personal.

2º Elicitación de pensamientos automáticos: Uso de autorregistros. El terapeuta toma nota sobre los significados asociados de modo que pueda hipotetizar sobre los supuestos personales.

3º Evaluación de la validez de los pensamientos automáticos: evidencias, alternativas, consecuencias, experimentos personales para predicciones amenazantes y de no afrontamiento (p.e usando habilidades conductuales).

4º Identificación de Supuestos personales y examen de su validez (ídem a apartado anterior).

6.6 Metodología

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Logística	Identificar el espacio físico donde se aplicara el método.	Preparación del material teórico practico.	Aula Material de oficina. Material bibliográfico.	Investigadora.	Del 1 al 14 de marzo.
Encuadre	Establecimiento de normas y objetivos.	Reunión con el equipo de trabajo.	Aula. Material de oficina. Material bibliográfico. Humanos.	Investigadora.	Del 15 al 24 de marzo.
Empatía	Establecimiento y fortalecimiento de la relación terapéutica.	Recolección de información, estudio anamnéstico.	Historia Clínica. Material de Oficina. Humanos (pacientes).	Investigadora.	Del 25 de marzo al 1 de abril.
Proceso de intervención Inicial (nº1; nº8)	Conocimiento y sociabilización del método. Dominio de la Técnica.	- Exposición y explicación del modelo, y de actitudes irracionales. - Desdramatización de la situación . Entrenamiento en relajación y Desensibilización sistemática a las jerarquías.	Auditorio. Material bibliográfico Material de oficina. Humano (pacientes).	Investigadora.	Del 2 abril al 2 de mayo

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
		<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación del grado de sugestionabilidad. - Programación de tareas de dominio-agrado para aumentar el repertorio de actividades del paciente 			
Proceso de intervención intermedia (nº9;nº16)	Reforzamiento de la técnicas	<ul style="list-style-type: none"> Uso de técnicas distractoras: cambio de pensamientos negativos/parada de pensamiento y uso de visualización de escenas agradables. - Comprobación de predicciones catastrofistas: uso de técnicas cognitivas. 	<ul style="list-style-type: none"> Auditorio. Material bibliográfico Material de oficina. Humano (pacientes). 	Investigadora	Del 3 de mayo al 2 de junio
Proceso de intervención intermedia (nº17;nº22)	Reforzamiento de la técnica y evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> - Se continúa la comprobación de predicciones. - Se trabaja con el paciente el entrenamiento asertivo como forma de maximizar sus habilidades de afrontamiento social y 	<ul style="list-style-type: none"> Auditorio. Material bibliográfico Material de oficina. Humano (pacientes). 	Investigadora	Del 3 de junio al 5 de Agosto

		como vía de modificar sus cogniciones de incapacidad personal. Se utiliza el rol-playing, modelado, ensayo conductual y tareas de puesta en práctica; conjuntamente con los métodos cognitivos.			
--	--	---	--	--	--

CUADRO N° 23

Elaboración: Jiménez Y.

6.6.1 MODELO OPERATIVO

TECNICA DE RELAJACION

Fase N° 1 Inducida por el terapeuta

1ra. Sesión

Áreas de relajación	Orden	Indicación	Duración
Cuerpo. Ojos cerrados	Acostarse. sugestiva	Indicación Acostarse lo más cómodo posible	2-3 minutos
Brazos: puño, antebrazo, bíceps, tríceps	Derecho, izquierdo, ambos	Cerrar, apretar, tensionar, relajar	4-5 minutos
Facial, nuca, hombros, parte superior espalda	Frente, ojos, maxilares, cuello	Arrugar, alisar, relajar. Apretar, relajar	4-5 minutos
Tórax, estomago, parte inferior espalda	Pulmones, abdomen, espalda	Respira, expulsar aire. Apretar, relajar	4-5 minutos
Caderas, muslos y tobillos	Talones, rodillas, dedos del pie	Flexionar, presionar, relajar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Parte inferior, central y parte superior	Relajación profunda, inhalar y exhalar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Levantarse	Contar regresivamente de 4 a 1. Abra los ojos	4-5 minutos

CUADRO N° 24

Elaboración: Jiménez Y.

Fase N° 2 Reforzamiento por el terapeuta**2da. Sesión**

Áreas de relajación	Orden	Indicación	Duración
Cuerpo. Ojos cerrados	Acostarse. sugestiva	Indicación Acostarse lo más cómodo posible	2-3 minutos
Brazos: puño, antebrazo, bíceps, tríceps	Derecho, izquierdo, ambos	Cerrar, apretar, tensionar, relajar	4-5 minutos
Facial, nuca, hombros, parte superior espalda	Frente, ojos, maxilares, cuello	Arrugar, alisar, relajar. Apretar, relajar	4-5 minutos
Tórax, estomago, parte inferior espalda	Pulmones, abdomen, espalda	Respira, expulsar aire. Apretar, relajar	4-5 minutos
Caderas, muslos y tobillos	Talones, rodillas, dedos del pie	Flexionar, presionar, relajar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Parte inferior, central y parte superior	Relajación profunda, inhalar y exhalar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Levantarse	Contar regresivamente de 4 a 1. Abra los ojos	4-5 minutos

CUADRO N° 25**Elaboración: Jiménez Y.**

Fase N° 3 Auto Inducida por el paciente

3ra. Sesión

Áreas de relajación	Orden	Indicación	Duración
Cuerpo. Ojos cerrados	Acostarse. sugestiva	Indicación Acostarse lo más cómodo posible	2-3 minutos
Brazos: puño, antebrazo, bíceps, tríceps	Derecho, izquierdo, ambos	Cerrar, apretar, tensionar, relajar	4-5 minutos
Facial, nuca, hombros, parte superior espalda	Frente, ojos, maxilares, cuello	Arrugar, alisar, relajar. Apretar, relajar	4-5 minutos
Tórax, estomago, parte inferior espalda	Pulmones, abdomen, espalda	Respira, expulsar aire. Apretar, relajar	4-5 minutos
Caderas, muslos y tobillos	Talones, rodillas, dedos del pie	Flexionar, presionar, relajar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Parte inferior, central y parte superior	Relajación profunda, inhalar y exhalar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Levantarse	Contar regresivamente de 4 a 1. Abra los ojos	4-5 minutos

CUADRO N° 26

Elaboración: Jiménez Y.

6.7 MARCO ADMINISTRATIVO

6.7.1. Recursos

6.7.1.1. Humanos

Actividad	N°	Valor/hora	Tiempo/hora	Valor/activ
Investigadora	1	-	30	-
Psicólogo Educativo	1	-	30	-
Terapeuta	1	-	30	-
Neurólogo	1	-	30	-
Total				

Tabla N° 1

Elaboración: Jiménez Y.

6.7.1.2 Físicos e Institución

	N°	Valor	Valor total	Valor/re
Oficina	1	-	-	-
Salón	1	-	-	-
Total	2			-

Tabla N° 2

Elaboración: Jiménez Y.

6.7.1.3 Materiales

Recursos	N°	Valor	Valor	Valor/recurs
Historia Clínicas	20	0.04	0.80	0.80
Reactivos Psicológicos	100	0.04	4.00	4.00
Otros	30	0.04	1.20	1.20
Total				6.00

Tabla N° 3

Elaboración: Jiménez Y.

6.7.1.4 De escritorio

Recursos	N°	Valor Unit	Tiempo /hora	Valor / Recurso
Computadora	1	400.00	-	400.00
Impresiones	1	0.05	-	50.00
Papel		0.01	-	30.00
Copias		0.04	-	50.00
Perforadora, engrapadora, saca grapas.	3	10.50	-	12.00
Esferos y lápices	10	0.25	-	2.50
Total				604.50

Tabla N° 4

Elaboración: Jiménez Y.

6.7.1.5 Otros Recursos

Recursos	N°	Valor Unit	Valor total	Valor/recurso
Subsistencia		3.00	100.00	100.00
Transporte		0.50	75.00	75.00
Otros		0.25	25.00	25.00
Total				100.00

Tabla N° 5

Elaboración: Jiménez Y.

6.7.1.5 Presupuestó y financiamiento

N°	RECURSOS	VALOR
1	Humanos	-
2	Físicos e institucionales	-
3	Materiales	6.00
4	Escritorio	604.50
5	Otros recursos	100.00
	10% de imprevistos	30.00
	Total	740.50

Tabla N° 6

Elaboración: Jiménez Y.

Nota: El proyecto será auto financiado por el investigador, la institución brinda todas las facilidades en infraestructura y en la viabilidad para la recolección de información de la muestra seleccionada.

Bibliografía

1. BALAREZO, CH. (2005), Manual de Sicoterapia, Editorial Centro de Publicaciones Pontificia de la Universidad Católica del Ecuador, Segunda edición, Quito, Ecuador, pág. 75-100; 130-135.
2. BALAREZO - MANCHENO (2003), Guía para el Diagnostico Psicológico Clínico, Primera Edición, Editorial Unigraf, Quito, Ecuador, Pág. 20-49.
3. BOLAGAY, (2002), Psicología Clínica y Psicorehabilitación Infantil, Segunda Edición, Editorial Universitaria, Quito, Ecuador, pág. 13-65.
4. CIE-10, (2000), Guía de Bolsillo de la Clasificación del CIE-10, Reimpresión, Editorial Panamericana, Madrid, España, Pág.
5. DSM VI, (2008), Manual Psicodiagnostico, Editorial el Manual Moderno S.A de CV, primera reimpresión de la primera edición, 2008. Pág.
6. CABALLO. E. VICENTE, Director, (2006), Manual para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos, Madrid, España.
7. DR. LUIS HERRERA, DR. ARNALDO MEDINA, DR. GALO NARANJO Tutoría de la Investigación Científica, Ambato-ecuador (2008)
8. BALAREZO, CH. (2005), Manual de Sicoterapia, Editorial Centro de Publicaciones Pontificia de la Universidad Católica del Ecuador, Segunda edición, Quito, pág. 75-100; 130-135.
9. BALAREZO - MANCHENO (2003), Guía para el Diagnostico Psicológico Clínico, Primera Edición, Editorial Unigraf, Quito. Pág. 20-49.

10. BOLAGAY, (2002), Psicología Clínica y Psicorehabilitación Infantil, Segunda Edición, Editorial Universitaria, Quito, pág. 13-65.
11. CIE-10, (2000), Guía de Bolsillo de la Clasificación del CIE-10, Reimpresión, Editorial Panamericana, Madrid España, Pág.
12. DSM VI, (2008), Manual Psicodiagnostico, Editorial el Manual Moderno S.A de CV, primera reimpresión de la primera edición, 2008.
13. CABALLO. E. VICENTE, Director, (2006), Manual para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos, Madrid, España.
14. BECK, (2000), Terapia Cognitiva, primera edición.
15. ROCA, (1999). Trastornos del Humor, Madrid, España.
16. HOROLD,(2004),DSM-IV-TPA.P. Atención primaria, Barcelona, España.
17. FERNÁNDEZ y CALLEJAS, (2005), trastornos por déficit de atención y/o Hiperactividad (TDAH), España.
18. FERRI. (2002). Estudios de los trastornos ansiosos y/o depresivos como consecuencia de los conflictos familiares en personas casadas mayores de 30 años que reciben atención en el Dispensario de Salud N° 14 del IESS. De la Ciudad de Quito. (Doctor en Psicología Clínica): Ecuador. Facultad de Psicología.
19. ARELLANO y RIOFRIO, (2010). Prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad en el personal administrativo de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (Médicos): Ecuador,

Quito: Pontífice Universidad Católica del Ecuador. Facultad de medicina.

20.ROCA, Técnicas para manejar la ansiedad [en línea]. España [fecha de consulta: 30 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.cop/colegiados/PV00520/>

21.[et.al]. (2005). Trastornos del Estado de Ánimo [en línea]. Revista digital Universitaria [fecha de consulta: 18 de abril de 2011].Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/art110.htm>

22.Departamento de la psicología de la salud. (2008), Psicopatología del comportamiento delictivo [fecha de consulta: 24 de mayo]. Disponible en rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3683/2/

23. Instituto Nacional de la Salud Mental (2009), Trastornos de Ansiedad [en línea] Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos [fecha de consulta: 4 de abril de 2011]. Disponibles en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/anxiety.html>
ISBN: 093879

24.La ansiedad: Vida y Salud: La Hora: Quito, Ecuador, 31 de diciembre de 2010.

25.Problemas de atención: Vida y salud: La Hora: Loja, 29 de agosto de 2010.

ANEXOS

6.8 ANEXO 1

**UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA**

HISTORIA CLINICA

1.-DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre:

Edad:

Estado civil:

Instrucción:

Ocupación:

Fecha de evaluación:

2.- MOTIVO DE CONSULTA

3.- HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

4.- ANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLOGICA

5.- ANAMNESIS FAMILIAR Y LABORAL

6.- EXAMEN DE FUNCIONES

Conciencia:

Atención:

Sensopersepciones:

Memoria:

Afectividad:

Inteligencia:

Pensamiento:

Voluntad:

Instintos:

Hábitos:

Juicio y Razonamiento:

7.- EXAMENES PSICOLOGICOS

8.- DIAGNOSTICO DE ENTIDAD CLINICA O DEFINITIVO

ANEXO 2

**UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA**

Test: Escala de Connors-revisada (EEC-R).

Indique la intensidad con que se cumplieron en el niño, los síntomas que se describen en cada uno de los 20 ítems:

- 0. Nada
- 1. Poco
- 2. Bastante
- 3. Mucho

	0	1	2	3
1. Tiene excesiva inquietud motora				
2. Tiene dificultades de aprendizaje escolar				
3. Molesta frecuentemente a los niños				
4. Se distrae fácilmente, escasa atención				
5. Exige inmediata satisfacción a sus demandas				
6. Tiene dificultad para las actividades cooperativas				
7. Está en las nubes, ensimismado				
8. Deja por terminar la tarea que empieza				
9. Es mal aceptado en el grupo				
10. Niega su errores y echa la culpa a otros				
11. Emite sonidos de calidad y en situación inapropiada				

12. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso				
13. Intranquilo, siempre en movimiento				
14. Discute y pelea por cualquier cosa				
15. Tiene explosiones impredecibles de mal genio				
16. Le falta el sentido de la regla, de "juego limpio"				
17. Es impulsivo e irritable				
18. Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros				
19. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante				
20. Acepta mal las indicaciones del profesor				

ANEXO 3

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Test Basado en los Criterios Diagnósticos del (DSM IV)

Instrucciones: escriba una cruz en la casilla SI, si el niño/a presenta este tipo de conducta y NO si no la presenta.

1.- DESATENCIÓN

A menudo no presenta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido.

Si No

A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en los juegos.

Si No

A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.

Si No

A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones (no por rebeldía ni por incapacidad para comprender instrucciones).

Si No

A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.

Si No

A menudo evita, le disgusta o es reacio a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.

Si No

A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (ejem: juguetes, ejercicios escolares lápiz, libros).

Si No

A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

Si No

A menudo es descuidado en las actividades diarias.

Si No

2.- HIPERACTIVIDAD

A menudo mueve en exceso manos y piernas, o se remueve en su asiento.

Si No

A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

Si No

A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)

Si No

A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

Si No

A menudo “esta en marcha ” o suele actuar como si tuviera un motor.

Si No

A menudo habla en exceso.

Si No

3.- IMPULSIVIDA

A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

Si No

A menudo tiene dificultades para guardar turno.

Si No

A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).

Si No

ANEXO 4

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

Test: Escala de Ansiedad de Hamilton

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad ligera
- 2. Intensidad media
- 3. Intensidad elevada
- 4. Intensidad máxima (invalidante)

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestesias (pinchazos u hormigueos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Síntomas respiratorios: Opresión pre torácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ANEXO 5

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

Ansiedad-Estado

Preguntas	Valores			
1. Me siento calmado	0. Nada	1. Algo	2. Bastante	3. Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada	1. Algo	2. Bastante	3. Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada	1. Algo	2. Bastante	3. Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada	1. Algo	2. Bastante	3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada	1. Algo	2. Bastante	3. Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada	1. Algo	2. Bastante	3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada	1. Algo	2. Bastante	3. Mucho
8. Me siento descansado	0. Nada	1. Algo	2. Bastante	3. Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada	1. Algo	2. Bastante	3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada	1. Algo	2. Bastante	3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada	1. Algo	2. Bastante	3. Mucho

12. Me siento nervioso	0. Nada	1. Algo	2.Bastante	3.Mucho
13. Estoy desasosegado	0. Nada	1. Algo	2.Bastante	3.Mucho
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0. Nada	1. Algo	2.Bastante	3.Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada	1. Algo	2.Bastante	3.Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada	1. Algo	2.Bastante	3.Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada	1. Algo	2.Bastante	3.Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada	1. Algo	2.Bastante	3.Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada	1. Algo	2.Bastante	3.Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada	1. Algo	2.Bastante	3.Mucho

ANEXO 6

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

GUÍA DE ENTREVISTA

Objetivo: registrar información respecto al TDA-H y su incidencia en el desarrollo de la ansiedad en los padres.

NOMBRE DEL ENTREVISTADO (A)..... EDAD.....
INSTITUCIÓN..... FECHA.....
ESPECIALIDAD.....

Cuestionario:

- 1.- Hace cuánto tiempo funciona esta institución?
- 2.-Cuál es el porcentaje aproximado de pacientes atendidos en consulta?
- 3.- Qué tipo de servicios terapéuticos proporciona la institución?
- 4.- Ha tratado la problemática del TDA-H?
- 5.- Existen casos de trastorno de ansiedad en su consulta?
- 6.- Existen casos de trastornos de conducta en su Institución?
- 7.- Cómo reaccionan los docentes y autoridades frente a problemas conductuales?

Nota: la entrevista constara de preguntas abiertas que me servirán para entrevistar las a dos instituciones, para conocer la realidad de problemática del país.

ENTREVISTADORA

ANEXOS 7

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

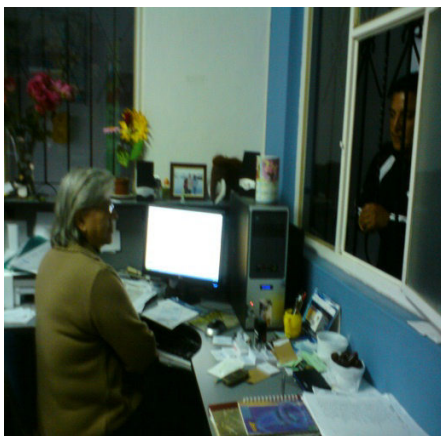
LA FUNDACIÓN DE NIÑOS ESPECIALES SAN MIGUEL DE SALCEDO

FUNDACIÓN



Fuente: Jiménez (2011)

LA ADMINISTRACIÓN



Fuente: Jiménez (2011)



Fuente: Jiménez (2011)

ÁREA DE PSICOLOGIA



Fuente: Jiménez (2011)



Fuente: Jiménez (2011)