



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PADRES DE NIÑOS
CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD
CON DÉFICIT DE ATENCIÓN EN UN INSTITUTO PARA EL
DESARROLLO INFANTIL, AÑO 2018**

**CHALLENGING STRATEGIES IN PARENTS OF CHILDREN WITH
DIAGNOSIS OF HYPERACTIVITY DISORDER WITH DEFICIT OF
ATTENTION IN AN INSTITUTE FOR CHILDREN'S DEVELOPMENT,
YEAR 2018**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

AUTORAS:

Achachao LLacsamanta, Diana Jennifer.

Pinco León, Cristina Luisa.

Quispe Arellano, Sheyla Inés.

ASESORA:

Mg. Inés Silva Mathews.

Lima – Perú

2018

INDICE

RESUMEN

SUMMARY

I.	INTRODUCCIÓN	1-3
II.	OBJETIVOS	4
III.	MATERIAL Y MÉTODO	
	III.1 TIPO DE ESTUDIO	5
	III.2 ÁREA DE ESTUDIO	5
	III.3 POBLACIÓN	5
	III.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE	6-7
	III.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	8-10
	III.6 TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	10
IV.	RESULTADOS	11-12
V.	DISCUSIÓN	13-19
VI.	CONCLUSIONES	20

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

TABLA 1

TABLA 2

TABLA 3

TABLA 4

ANEXOS

RESUMEN

Objetivo: Determinar las estrategias de afrontamiento en padres de niños/as con diagnóstico de Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención, en un Instituto para el desarrollo infantil. **Material y método:** Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal. La población, estuvo conformada por 50 padres de niños/as que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario elaborado por las investigadoras, constó de 48 premisas, con 3 alternativas de respuesta y presentadas bajo el modelo de la Escala de Likert. **Resultados:** Se obtuvo que la estrategia de afrontamiento que prevaleció en los padres de niños/as con diagnóstico de Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención, fue la estrategia cognitiva en un 50.0%, seguido por la estrategia conductual con 42.0%, y la estrategia afectiva con 8.0%. **Conclusiones:** La estrategia de afrontamiento cognitiva, fue utilizada por la mitad de la población de padres, resaltando las sub dimensiones de aceptación y preocupación, la estrategia de afrontamiento afectiva, fue la menos empleada y evidenció rechazo a la sub dimensión escape o evitación, en tanto la estrategia de afrontamiento conductual fue utilizada en menor proporción por los padres, destacando la sub dimensión de autoafirmación.

Palabras clave: Estrategias de afrontamiento, Padres, Trastorno de hiperactividad con déficit de atención, Trastornos del aprendizaje, Trastorno de la conducta social. (Según DeCS)

SUMMARY

Objective: To determine coping strategies in parents of children with a diagnosis of Hyperactivity Disorder with Attention Deficit, in an Institute for Child Development.

Material and method: A descriptive, cross-sectional study was carried out. The population was made up of 50 parents of children who met the inclusion and exclusion criteria. For data collection a questionnaire prepared by the researchers was used, consisting of 48 premises, with 3 response alternatives and presented under the Likert Scale model.

Results: It was obtained that the coping strategy that prevailed in the parents of children with a diagnosis of Hyperactivity Disorder with Attention Deficit, was the cognitive strategy in 50.0%, followed by the behavioral strategy with 42.0%, and the strategy Affective with 8.0%. **Conclusions:** The strategy of cognitive coping was used by half of the parent population, highlighting the sub dimensions of acceptance and concern, the strategy of affective coping, was the least used and evidenced rejection of the escape or avoidance sub dimension, in both the strategy of behavioral coping was used to a lesser extent by the parents, highlighting the sub dimension of self-affirmation.

Key words: Coping strategies, Parents, Hyperactivity disorder with attention deficit, Learning disorders, Social behavior disorder. (According to DeCS)

I. INTRODUCCION

El Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención (THDA), es uno de los diagnósticos psicológicos más frecuentes en los niños/as, teniendo como síntomas principales: inatención, hiperactividad e impulsividad. Así mismo pueden hallarse complicaciones funcionales, como dificultades en la escuela, notas bajas, problemas de relación social y baja autoestima (1).

El THDA se clasifica en tres subtipos: con predominio de déficit de atención, con predominio hiperactivo/impulsivo y subtipo combinado (2).

Aunque en el país no existen estadísticas oficiales, según la Asociación Peruana de Déficit de Atención (APDA) y el Centro de Déficit de Atención y Memoria (CEDAHM PERÚ) se estima que el Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención tiene una prevalencia de un 5 a 10% en niños/as; se conocen dos causas: el Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención primario, el cual es hereditario con una frecuencia de 70% a 80% y el Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención secundario, que sucede entre el 5% a 15% de los casos (3).

La hiperactividad está definida como un trastorno de la conducta infantil, que consta de impulsividad, inquietud y actividad extrema, dicho trastorno tiende a afectar el desempeño de los niños/as en la escuela y se asocia con el déficit de atención. La hiperactividad es un trastorno conductual con fundamentos neurobiológicos y presenta un fuerte componente genético, siendo más frecuente en el sexo masculino (4).

El déficit de atención se diagnostica cuando un niño/a manifiesta limitaciones en la habilidad para concentrarse; desde el enfoque de la neurología, el déficit de atención se genera por una disfunción del cerebro, la carencia en la selección y el mantenimiento de atención, son consecuencias propias de dicho trastorno (5).

Las autoras González R, Bakker L y Rubiales J en el año 2014, en su investigación ‘‘Estrategias de afrontamiento y estilos parentales en madres de niños con y sin trastorno por déficit de atención e hiperactividad’’, revelan que los resultados muestran

diferencias en la percepción de los estilos parentales de las madres de niños con Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención en comparación con el grupo control, manifestando mayor crítica, menor expresión afectiva y comportamientos educativos más rígidos. Entre las conclusiones se encontró implicancia entre el estilo parental funcional y las estrategias de afrontamiento al estrés efectivas en las madres, con implicación directa sobre el tratamiento del trastorno ya que podrían jugar un rol importante en el curso de la enfermedad de su hijo/a (6).

Teniendo ciertas particularidades el comportamiento de un niño/a con THDA, los padres ante esta nueva experiencia, de tener por primera vez un hijo con THDA, muestran variadas formas de afrontar la situación, dado que se mezclan sentimientos opuestos de amor y rechazo, agotamiento físico y mental, que contribuye en un convencimiento de no ser capaces de afrontar las demandas de sus propios hijos/as con diagnóstico de THDA.

El afrontamiento es cualquier actividad que una persona ejecuta, ya sean actividades de tipo cognitivo o conductual, con el propósito de hacer frente a una determinada situación. Están conformados por los pensamientos, conductas y actividades, que una persona puede desarrollar para intentar conseguir los mejores resultados posibles ante una determinada situación (7).

Las estrategias de afrontamiento son esquemas mentales intencionales de respuesta, dirigidos a manejar las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona.

Las estrategias de afrontamiento se dividen en tres dimensiones; afrontamiento cognitivo, con sus sub dimensiones: aceptación, humor, preocupación, anticipación, planificación, reestructuración mental, autoanálisis, poder mental y reevaluación positiva; el afrontamiento afectivo con sus respectivas sub dimensiones: agresión pasiva, apoyo social, catarsis, supresión, aislamiento social, autocontrol y escape/evitación; y por último el afrontamiento conductual y sus sub dimensiones: afrontamiento directo, autoafirmación, falta de afrontamiento y postergación (8).

Como consecuencia del comportamiento de los niños/as con THDA, que en muchas ocasiones les cuesta mantenerse tranquilos, ya que se encuentran en movimiento

constante, no siguen indicaciones, y además tienden a hablar en demasía, los padres muchas veces se sienten insatisfechos y tienen serias dudas de su capacidad para ejercer su función.

Por la tanto es frecuente que se generen conflictos en el ambiente familiar, entre padres e hijos; en la medida que se pueden tener varios hijos, la actividad de su niño/a con THDA se convierte en una forma de agresión a los hermanos, dada la impulsividad de este, generando conductas severas en el llamado de atención por los padres, que pierden la paciencia y puede desencadenarse agresiones físicas y psicológicas.

Conociendo el problema que aqueja a los padres de familia, al no saber cómo manejar esta vivencia inesperada al tener un hijo/a con diagnóstico de THDA; la profesional de enfermería deberá evaluar integral y eficazmente a los niños/as en el consultorio de crecimiento y desarrollo, valorando los niveles de lenguaje, aprendizaje, psicomotricidad, sensomotricidad y conductas sociales, de esta manera podría captar niños/as con sospechas de THDA, siendo importante el diagnóstico por un especialista y un abordaje interdisciplinario; además la profesional de enfermería deberá proponer estrategias de carácter informativo a través de la consejería, que permitan no solo que los padres aprendan a manejar la situación de salud de su niño/a, sino de la convivencia, que contribuirán al desarrollo de su niño/a con diagnóstico de THDA, así mismo no generar a corto o largo plazo otros trastornos, mejorando su desarrollo físico, social y mental.

El beneficio que obtendrán los padres a través de la evidencia generada en los resultados del estudio de investigación, facilitará las propuestas educativas y la asistencia a las actividades y talleres que el Instituto para el Desarrollo Infantil - ARIE programe.

El estudio tuvo por objetivo, determinar las estrategias de afrontamiento en padres de niños con diagnóstico de Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención, en el Instituto para el Desarrollo Infantil – ARIE, 2018.

II. OBJETIVOS

II.1 Objetivo General:

Determinar las estrategias de afrontamiento en padres de niños con diagnóstico de Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención, en el Instituto para el Desarrollo Infantil - ARIE; 2018.

II.2 Objetivos específicos:

- Identificar el afrontamiento según la estrategia cognitiva en los padres de niños con diagnóstico de THDA; relacionada con aceptación, anticipación, autoanálisis, humor, planificación, poder mental, preocupación, reestructuración mental, reevaluación positiva.
- Identificar el afrontamiento según la estrategia afectiva en los padres de niños con diagnóstico de THDA; relacionada con agresión pasiva, aislamiento social, apoyo social, autocontrol, catarsis, escape/evitación, supresión.
- Identificar el afrontamiento según la estrategia conductual en los padres de niños con diagnóstico de THDA; relacionada con afrontamiento directo, autoafirmación, falta de afrontamiento, postergación.

III. MATERIAL Y METODO

III.1 TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo.

III.2 ÁREA DE ESTUDIO:

La investigación se realizó en el Instituto para el Desarrollo Infantil - ARIE, entidad sin fines de lucro, parte del Grupo FUNDADES, en sus sedes de La Molina, Villa el Salvador y Comas; se contó con una población de padres con hijos/as diagnosticados con Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención, de sexo masculino y femenino.

III.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Estuvo conformada por 50 padres, con hijos/as diagnosticados con Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención, se consideraron 17 padres de la sede Comas, 17 padres de la sede Villa el Salvador y 16 padres de la sede La Molina, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión

- Padres/madres que tengan hijos/as diagnosticados con Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención.
- Padres/madres que tengan un primer hijo/a con diagnóstico de Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención.
- Padres/madres que tengan hijos/as con Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención, que estén dentro del grupo etario de niñez, entre 5 a 12 años, según la OMS.

Criterios de exclusión

- Padres que no aceptaron participar voluntariamente en la investigación.

III.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE:

VARIABLE:

- Estrategias de afrontamiento en padres de niños con diagnóstico de Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Estrategias de afrontamiento en padres de niños con diagnóstico de Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención	Son esquemas mentales intencionales de respuesta surgidos en los padres, dirigidos a manejar (dominar, tolerar, reducir, minimizar) las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona.	<ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento cognitivo • Afrontamiento afectivo • Afrontamiento conductual 	<ul style="list-style-type: none"> • Acto reflexivo que permite a los padres tener una postura de aceptación hacia el suceso de tener un hijo/a con THDA, encontrando respuestas que sean saludables. • Conducta de autocontrol en los padres con su niño/a con THDA, que permita que las emociones no dificulten el manejo adecuado de su niño/a. Y aminore la tensión que puede ser dañina para ambos. • Acción que permite la modificación o adaptación, contribuyendo a optimizar el resultado de la relación con su niño/a con THDA, y propiciar con su conducta satisfacción por su manejo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuado de 96 a 48 puntos. • Inadecuado de 47 a menos puntos.

III.5 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de la información se hizo uso de la técnica de encuesta y como instrumento se utilizó un cuestionario que fue elaborado por las investigadoras, se tomó como referencia el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE), que fue validado en una población de estudiantes universitarios, los coeficientes de confiabilidad del Alpha de Cronbach variaron entre 0.64 y 0.92 siendo la media igual a 0.79, y el análisis factorial de segundo orden evidencio una estructura de dos factores.

El cuestionario fue diseñado por las investigadoras, se socializó el instrumento con una especialista en psicología clínica y de la salud, y con formación cognitiva conductual.

El cuestionario constó de 48 ítems con 3 alternativas de respuesta y presentadas bajo el modelo de la Escala de Likert Se consideró elaborar las preguntas manteniendo como referencia teórica al afrontamiento y sus tipos de estrategias, si bien es cierto que el afrontamiento es latente; cuando se realizó la evaluación correspondió al tiempo experimentado en la relación con su hijo/a con Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención hasta ese momento.

Del total de ítems, 18 ítems correspondieron el afrontamiento según estrategia cognitiva, 18 ítems representaron la estrategia afectiva y 12 ítems la estrategia conductual, cada una de ellas con sus respectivas sub dimensiones.

El cuestionario constó de dos partes: (ANEXO 01)

La primera parte: Contiene los datos personales de los padres, como la edad, sexo, grado de instrucción, procedencia, estado civil y el tiempo que conoce el diagnóstico de su hijo/a.

La segunda parte: Contiene las estrategias de afrontamiento que incluyen 20 sub dimensiones. Cada respuesta tuvo 3 opciones, asignándose el valor de 2 a las respuestas siempre, 1 a veces y 0 a la respuesta nunca.

Posteriormente bajo los resultados obtenidos se hizo uso de dos categorías, el puntaje final permitió discriminar entre el afrontamiento adecuado de 96 a 48 puntos, y el afrontamiento inadecuado cuando el puntaje final fue de 47 o menos puntos.

Para la validez del instrumento, se procedió a solicitar la opinión de ocho expertos, profesionales de la salud; 02 enfermeros especialistas, 04 psicólogos expertos en aspectos cognitivos y en terapia cognitivo conductual, y 02 profesores; quienes evaluaron el instrumento.

Los jueces evaluaron la validez de contenido, la validez del constructo y la validez de criterio, en donde los valores obtenidos de “P” fueron menores que 0.05 por lo que el instrumento tiene validez (ANEXO 02).

La confiabilidad fue evaluada a través de una prueba piloto, aplicada a un 50% de la población, en el Instituto para el Desarrollo Infantil ARIE, en sus sedes de La Molina, Comas y Villa el Salvador, se obtuvo un coeficiente mayor a 0.70, lo que determinó que el instrumento tiene confiabilidad, a través del coeficiente Alpha de Cronbach; dicha población no formó parte de la población de estudio (ANEXO 03).

El proyecto fue aprobado por el Comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (ANEXO 04).

Se procedió a iniciar la solicitud de autorización de la Jefatura de la Unidad de Capacitación, Docencia e Investigación del Instituto para el Desarrollo Infantil – ARIE en su sede del distrito de La Molina, con un soporte del personal para poder ejecutar el proyecto de investigación en su Instituto y obtener la accesibilidad con los padres de niños/as con diagnóstico de THDA (ANEXO 05).

Una vez autorizado el proyecto de investigación en el Instituto para el Desarrollo Infantil – ARIE, se invitó a participar en la investigación, mediante volantes y afiches; a los padres o madres que llevaban a sus hijos/as con THDA a sus terapias en dicho instituto.

Establecida una reunión, se procedió a informar a los padres o madres de niños/as con diagnóstico de Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención, acerca de la finalidad del estudio y se solicitó su participación voluntaria, y la firma del consentimiento informado ya entregado previamente.

La aplicación del instrumento, se realizó en los ambientes de Modificación de Conducta del Instituto para el Desarrollo Infantil - ARIE, con una duración aproximada de 30 minutos y estuvo a cargo de las investigadoras.

La recolección de datos se llevó a cabo en tres fechas, en cada una de las sedes, a fin de completar la población de estudio, se entregó el cuestionario al padre o madre que acompañó al niño/a con THDA a sus terapias.

III.6 TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:

Los datos fueron codificados y luego ingresados a una base de datos, creada en el programa MS Excel para su posterior análisis con el programa estadístico de libre distribución Epi Info versión 7.2.

Para determinar las estrategias de afrontamiento en padres de niños con diagnóstico de Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención, se obtuvo el puntaje promedio por cada estrategia de afrontamiento (cognitiva, afectiva y conductual), a fin de determinar la estrategia de afrontamiento que prevalece (mayor puntaje promedio) en cada padre. Una vez identificada la estrategia de afrontamiento de cada padre se obtuvo una tabla de distribución de frecuencias según las estrategias de afrontamiento.

Para identificar las estrategias de afrontamiento en los padres, según sus dimensiones (cognitiva, afectiva y conductual), se obtuvieron tablas de distribución de frecuencias según los indicadores de dichas dimensiones. Los resultados se presentan en tablas y gráficos; la estrategia de afrontamiento cognitiva prevaleció con 50.0%, mientras que la menos aplicada fue la afectiva, aplicada por el 8.0%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.727$).

IV. RESULTADOS:

TABLA 1

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PADRES DE NIÑOS
CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD
CON DÉFICIT DE ATENCIÓN - INSTITUTO PARA EL
DESARROLLO INFANTIL - 2018.**

La tabla N° 1, muestra que del 100% de la población de padres, en el 50% prevaleció la estrategia cognitiva, seguida de la estrategia conductual con un 42% y la estrategia que menos prevaleció fue la afectiva con 8%.

TABLA 2

**AFRONTAMIENTO SEGÚN LA ESTRATEGIA COGNITIVA EN
PADRES DE NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE
HIPERACTIVIDAD CON DÉFICIT DE ATENCIÓN - INSTITUTO
PARA EL DESARROLLO INFANTIL - 2018.**

Dentro del afrontamiento según la estrategia cognitiva, las sub dimensiones que resaltan son la aceptación, en donde un 74.0% siempre acepta a su hijo tal como es y el 76.0% siempre se involucra en el tratamiento para la mejora de su hijo/a; también la sub dimensión humor, en donde un 84.0% siempre celebra los logros de su hijo/a; así mismo la sub dimensión poder mental en donde el 82.0% siempre sabe que el proceso es largo pero darán todo de sí para que su hijo/a mejore; y por último la sub dimensión preocupación, en donde el 72.0% siempre se preocupa mucho por lo que pueda suceder en el futuro de su hijo/a y el 66.0% siempre se preocupa que su hijo/a no sea respetado y aceptado.

TABLA 3

**AFRONTAMIENTO SEGÚN LA ESTRATEGIA AFECTIVA EN
PADRES DE NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE
HIPERACTIVIDAD CON DÉFICIT DE ATENCIÓN - INSTITUTO
PARA EL DESARROLLO INFANTIL - 2018.**

Dentro del afrontamiento según la estrategia afectiva, las sub dimensiones que resaltan son el apoyo social, en donde el 70.0% de padres siempre busca ayuda de un profesional ante una situación difícil con su hijo/a y un 80.0% siempre piensa que una institución especializada ayudaría a mejorar la conducta de su hijo/a; también la sub dimensión autocontrol, en donde se observa que un 68.0% a veces reacciona de manera pasiva frente a una situación complicada que ha ocasionado su hijo/a y un 66.0% a veces es tolerante con su hijo/a; así mismo la sub dimensión catarsis en donde un 54.0% a veces comparte las experiencias que ha tenido con su hijo/a para poder ayudar a otros padres; de igual modo el rechazo a la sub dimensión al escape o evitación, en donde solo un 6.0% siempre deja que la alteración de su hijo/a se resuelva por sí solo y un 4.0% siempre sale de casa para olvidar la alteración que presenta su hijo/a; finalmente la sub dimensión supresión, en donde un 50.0% de padres a veces no comparte los problemas de su hijo/a con los profesionales que lo tratan.

TABLA 4

**AFRONTAMIENTO SEGÚN LA ESTRATEGIA CONDUCTUAL
EN PADRES DE NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO
DE HIPERACTIVIDAD CON DÉFICIT DE ATENCIÓN -
INSTITUTO PARA EL DESARROLLO INFANTIL - 2018.**

Dentro del afrontamiento según la estrategia conductual, las sub dimensiones que resaltan son el afrontamiento directo, en donde un 78.0% siempre busca la manera de apoyarlo ante dificultades que pueda presentar su hijo/a y un 54.0% afronta directamente toda situación relacionado a su hijo/a sin importar como las exprese; y la sub dimensión autoafirmación, en donde un 48.0% siempre hace valer sus decisiones frente a la alteración de su hijo/a, un 60.0% siempre tiene claro lo que debe hacer para mejorar la conducta de su hijo/a; y un 90.0% sabe siempre que el apoyo familiar es importante para la mejora de su hijo/a.

V. DISCUSIÓN:

El estudio mostró que el afrontamiento del 100% de la población de padres de hijos/as con diagnóstico de Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención, en el 50% prevaleció la estrategia cognitiva, seguida de la estrategia conductual con 42% y la estrategia que menos prevaleció fue la afectiva con 8% (TABLA 1).

Estos resultados se asemejan a los datos encontrados por González R, Bakker L y Rubiales J en el año 2014, en su investigación muestran que la estrategia más utilizada, tanto en el grupo de madres de niños con THDA, como en el grupo control, es la estrategia focalizada en la solución del problema y la reevaluación positiva, las cuales constituyen la dimensión de afrontamiento racional-cognitivo.

Además en los resultados encontrados por Loubat M y Cuturrufo N en el año 2007, en relación a los estilos de afrontamiento desplegados por los padres, se pudo observar que los esfuerzos son fundamentalmente de tipo cognitivo (9).

De las evidencias anteriores se puede deducir que los resultados se asemejan con el presente estudio, en cuanto a la estrategia de afrontamiento más utilizada por los padres con hijos/as diagnosticados con THDA, la que prevaleció fue el afrontamiento cognitivo; posiblemente esto se deba a que los padres de niños/as con THDA lleguen a comprender la situación de sus hijos/as, pasando probablemente por un proceso de aceptación y adaptación, que le otorga la reflexión y estructuración de acciones que le permitan conocer, comprender y potenciar el uso de diversas estrategias de afrontamiento, comprendidas según Lazarus y Folkman en el año 1987, “como los esfuerzos cognitivos y comportamentales, constantemente cambiantes, para manejar las demandas específicas externas e internas apreciadas como excedentes o que desbordan los recursos del individuo” (10).

Con respecto a la estrategia afectiva, fue la estrategia que menos prevaleció, podríamos deducir que el bajo porcentaje se debería a que los padres de niños/as con THDA, probablemente prefieren no utilizar el escape o evitación como modo de solución al trastorno del niño/a.

Los padres de los niños/as con THDA, posiblemente concedores de su rol protector, son conscientes de que deben afrontar la situación de su niño/a, y que no sería positivo ni para ellos como padres ni para su niño/a evadir la realidad de la conducta de este, por lo que no buscan escapar, sino hacer frente a las demandas del niño, asegurando que pueda mejorar su comportamiento, y no se generen conflictos en la familia.

Dentro del afrontamiento según la estrategia cognitiva, las sub dimensiones que resaltaron fueron la aceptación, en donde un 74% siempre acepta a su hijo tal como es y el 76% siempre se involucra en el tratamiento para la mejora de su hijo/a; también la sub dimensión humor, en donde un 84% siempre celebra los logros de su hijo/a; así mismo la sub dimensión poder mental en donde el 82% siempre sabe que el proceso es largo pero darán todo de sí para que su hijo/a mejore; y por último la sub dimensión preocupación, en donde el 72% siempre se preocupa mucho por lo que pueda suceder en el futuro de su hijo/a y el 66% siempre se preocupa que su hijo/a no sea respetado y aceptado (TABLA 2).

Justamente Rubió I, Mena B y Murillo B en el año 2006, concluyeron que el especialista debe acompañar a los padres, por el duro proceso de aceptación del trastorno y obtendrá información de las conductas que preocupan a los padres y que afectan a toda la familia, para orientarlos y aconsejarlos en la adquisición de estrategias para la mejora de las conductas problemáticas (11).

Además en la investigación de Díaz A en el año 2011, sus resultados muestran que la mayoría de los padres luego de conocer el diagnóstico de sus hijos/as cambian la forma de tratarlo y las pautas de conducta que el niño/a debe seguir (12).

De igual manera estudios previos demostraron que, frente a las dificultades, la mayoría de los padres, otorgan un nuevo significado al problema, intentando extraer lo positivo de la crisis con el objetivo de modificar la situación; según lo expresado por Loubat M y Cuturrufo N en el año 2007.

Asimismo se demostró que los padres con niños con TEA+TDAH presentan una mayor predisposición a mostrar comportamientos manifiestos orientados o

dirigidos a manipular o alterar las condiciones responsables de la amenaza, utilizando estrategias cognitivas como la planificación y reevaluación positiva, según la investigación de Tijeras A.; Fernández A; M^a Inmaculada; Pastor G; Sanz P; Vélez X; Blázquez G; Tárraga R, en el año 2015 (13).

Al comparar estas evidencias con el estudio, se puede inferir que, probablemente los padres de niños/as con THDA aplican en mayor medida las sub dimensiones de aceptación, humor, poder mental y preocupación; posiblemente esto se deba a la búsqueda de información, que contribuye como una guía para tomar decisiones y tener una conducta que facilite el manejo de la situación de tener un hijo/a con THDA, y por lo tanto propicie una mejor aceptación, de modo que la preocupación se aminore; además posiblemente los padres luego de conocer el diagnóstico de sus hijos/as cambian la actitud que tienen con ellos, celebrando los logros del niño y destacando sus cualidades, ya que es una buena manera para estimular su autoestima con el fin de mejorar la conducta de sus hijos/as y no se generen conflictos posteriores en el entorno familiar. Por ello es indispensable la presencia de la familia, como parte de la intervención que les corresponde, de forma que el niño con THDA pueda avanzar y evolucionar de una manera global.

Dentro del afrontamiento según la estrategia afectiva, las sub dimensiones que resaltan son el apoyo social, en donde el 70% de padres siempre busca ayuda de un profesional ante una situación difícil con su hijo/a y un 80% siempre piensa que una institución especializada ayudaría a mejorar la conducta de su hijo/a; también la sub dimensión autocontrol, en donde se observa que un 68% a veces reacciona de manera pasiva frente a una situación complicada que ha ocasionado su hijo/a y un 66% a veces es tolerante con su hijo/a; así mismo la sub dimensión catarsis en donde un 54% a veces comparte las experiencias que ha tenido con su hijo/a para poder ayudar a otros padres; de igual modo el rechazo a la sub dimensión al escape o evitación, en donde solo un 6% siempre deja que la alteración de su hijo/a se resuelva por sí solo y un 4% siempre sale de casa para olvidar la alteración que presenta su hijo/a; finalmente la sub dimensión supresión, en donde un 50% de padres a veces no comparte los problemas de su hijo/a con los profesionales que lo tratan (TABLA 3).

Precisamente Rubió I, Mena B y Murillo B en el año 2006, concluyeron que visitar a un especialista ayuda a los padres a tener una percepción más positiva de su hijo/a, parte del apoyo que puede ofrecer un especialista, además de tratar los síntomas principales del THDA, es asesorar a los padres sobre cómo manejar los síntomas conductuales y otros problemas que puedan presentarse. Es necesario que los padres comprendan el motivo del comportamiento de su hijo, sepan cómo manejarlo y cómo ayudarlo; es evidente la efectividad de la terapia conductual para reducir los síntomas del THDA. Por último, no intervenir de forma precoz para la mejora de algunas conductas hace que éstas no sólo no desaparezcan sino que probablemente aumenten.

Asimismo Grau D en el año 2007, determinó que los análisis estadísticos revelan que la tensión parental ocasionada por la crianza de hijos con THDA es superior a la de hijos sin THDA, también las madres de niños con subtipo de THDA combinado mostraron niveles más altos de estrés parental que las del subtipo inatento (14).

Además Korzeniowsk C e Ison M en el año 2008, sus resultados demostraron el beneficio de compartir con otras personas dificultades, experiencias y soluciones; de igual modo, reportaron cambios positivos en las relaciones con el niño, a partir de comprender y tratar más efectivamente los síntomas del trastorno. Estos resultados denotan que se promovió el desarrollo de estrategias útiles para abordar las dificultades de los niños con THDA (15).

Por otra parte los resultados que se mencionan en la investigación de González R, Bakker L y Rubiales J en el año 2014, las madres de niños con THDA utilizan menos estrategias de evitación y más estrategias focalizadas en la resolución de problemas y búsqueda de apoyo social.

Con respecto a los resultados del estudio y en comparación al estudio mencionado se puede explicar que probablemente los padres de niños/as con THDA, buscan afrontar directamente el diagnóstico de sus hijos/as, rechazando el escape y la evitación, considerando que la información que actualmente se

puede conseguir sobre THDA facilita el manejo de la situación de la familia, lo que en la práctica cotidiana refuerza no solo los aspectos del conocimiento sino los lazos afectivos con el niño/a, poniendo mayor compromiso para afrontar dicho diagnóstico, finalmente esta postura beneficiaría el desarrollo del niño/a.

A diferencia del presente estudio, Pastor y Botella en el año 2014, concluyeron que las estrategias de afrontamiento en padres de niños con TEA+THDA, tuvieron mayor respuesta en la estrategia de evitación, que implica la evitación de cualquier tipo de respuesta o solución del problema (16).

De lo anterior se puede deducir que probablemente los padres de niños/as con THDA buscan el apoyo de un profesional e instituciones especializadas, ante situaciones difíciles debido al comportamiento de sus hijos/as con THDA, en muchas ocasiones por la propia conducta de los niños/as con THDA, los padres no reaccionan adecuadamente con ellos, posiblemente puedan no ser tolerantes con sus hijos/as, pierdan la paciencia y reaccionen bruscamente, siendo esta una forma inadecuada de hacerle frente al comportamiento del niño/a con THDA; por otro lado probablemente los padres buscan afrontar directamente el diagnóstico de sus hijos/as, rechazando el escape y la evitación, siendo esto beneficioso para la mejora en el comportamiento de los niños/as con THDA; por el contrario en el estudio mencionado de Pastor y Botella, los padres de niños con TEA + THDA prefieren la evitación o escape, como solución a una situación estresante; estos resultados difieren con el presente estudio de investigación, ya que el utilizar la evitación y el escape como solución, no es lo adecuado para el desarrollo afectivo del niño/a con THDA, muchos padres que afrontan la situación de tener un hijo con THDA probablemente pueden sentirse agobiados, estresados, cansados y piensan que la manera de afrontar esta situación es mediante el escape o evitación, siendo esta una manera errónea de hacerle frente al trastorno del niño/a.

De los resultados encontrados en el estudio se observó que a los padres de niños con THDA les resulta difícil compartir lo que sienten, o decidir en quien confiar como para hablar acerca de los problemas que tenga con respecto al diagnóstico de su hijo/a, pero entienden que es necesario buscar la ayuda de un profesional

con el fin de poder enfrentar sus problemas y encontrar soluciones más fácilmente, ayudándolos a cambiar y ver la situación de una manera menos catastrófica y más fácil de resolver.

Dentro del afrontamiento según la estrategia conductual, las sub dimensiones que resaltan son el afrontamiento directo, en donde un 78% siempre busca la manera de apoyarlo ante dificultades que pueda presentar su hijo/a y un 54% afronta directamente toda situación relacionado a su hijo/a sin importar como las exprese; y la sub dimensión autoafirmación, en donde un 48% siempre hace valer sus decisiones frente a la alteración de su hijo/a, un 60% siempre tiene claro lo que debe hacer para mejorar la conducta de su hijo/a; y un 90% sabe que el apoyo familiar es importante para la mejora de su hijo/a (TABLA 4).

Como ya se conoce, generalmente las madres, por permanecer el mayor tiempo con su niño/a con THDA, buscan apoyo para resolver sus problemas, compartiéndolos con otros, buscando soporte en personas e instituciones cuando se experimentan situaciones de tensión, se ha considerado una forma positiva y adaptativa de afrontar los problemas, acercándose a un profesional, tratando de saber más sobre el trastorno, buscando apoyo familiar y estableciendo planes de acción para el cuidado de sus hijos; como lo señala De la Huerta, Corona y Méndez en el año 2006 (17).

Según la Convención de los Derechos del Niño, refieren que la familia es un elemento fundamental para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, para el pleno desarrollo de la personalidad del niño, el mismo debe crecer en un entorno familiar, en un ambiente de felicidad y comprensión (18).

Además Díaz A en el año 2011, demostró que la familia, como contexto principal en el que el niño/a está inmerso, ejerce una influencia de primer orden a lo largo de todo su desarrollo, es la encargada de llevar a cabo el proceso de socialización de los hijos, con el objetivo de que éstos adquieran habilidades, hábitos de conducta y valores que les permitan desarrollar sus potencialidades como individuos en coherencia con las exigencia de su entorno. En las

entrevistas realizadas, se notó que la presencia de los padres proporciona un adecuado desarrollo del niño/a.

Conociendo los antecedentes previos, de igual modo con el estudio, dentro de la estrategia de afrontamiento conductual, las sub dimensiones que prevalecieron, fueron el afrontamiento directo y la autoafirmación, siendo el apoyo familiar un factor importante para la mejoría del niño/a, ya que la familia contribuye en el desarrollo integral del niño/a con THDA, además cuando en una familia ocurren problemas, estos problemas afectan a todos sus integrantes, por lo que la familia siempre está para apoyarse; igualmente según los resultados, los padres de niños/as con THDA tienen claro lo que deben hacer para mejorar la conducta del niño/a, ya que posiblemente los padres se han informado anticipadamente acerca de dicho trastorno y las medidas que deben tomar frente a la conducta del niño/a con THDA.

Para los padres dedicarle tiempo y/o atención a su hijo transmite un mensaje importante para el niño/a, que es sentirse querido y respetado por su entorno familiar, pasando tiempo de calidad con el niño/a con THDA los padres aprenden a conocerlo y conectarse emocionalmente, creando un vínculo afectivo que difícilmente se romperá en el futuro.

Si bien es cierto que no se evidencia una gran cantidad de estudios previos, en los que se hayan estudiado las estrategias de afrontamiento cognitivas, afectivas y conductuales, y sus respectivas sub dimensiones; el estudio realizado por González R, Bakker L y Rubiales J en el año 2014, podría dar respaldo al presente estudio, ya que estudió estrategias de afrontamiento en padres de niños/as con THDA y algunas sub dimensiones, cuyos resultados coinciden con este estudio.

Se sugiere incrementar los conocimientos sobre las estrategias de afrontamiento, tanto cognitivas, afectivas y conductuales en el personal de enfermería; además a partir de los resultados presentados, se recomienda realizar estudios analíticos a fin de conocer las causas por las cuales, la estrategia de afrontamiento afectiva fue la menos empleada por los padres de niños/as con THDA.

VI. CONCLUSIONES:

1. La estrategia de afrontamiento cognitiva, fue utilizada por la mitad de la población de padres, resaltando las sub dimensiones de aceptación, humor, poder mental y preocupación.
2. La estrategia de afrontamiento afectiva, fue la menos empleada, resaltando las sub dimensiones de apoyo social, autocontrol, catarsis, supresión y evidenció rechazo a la sub dimensión escape o evitación.
3. La estrategia de afrontamiento conductual fue utilizada en menor proporción por los padres, destacando las sub dimensiones de afrontamiento directo y autoafirmación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta MT, Arcos-Burgos M., Muenke M. Trastorno por Déficit de Atención/hiperactividad (ADHD): Fenotipo complejo, genotipo simple. Genet Med. [Revista] 2004. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería [citado el 12 de diciembre del 2016].
2. Menéndez-Hugo EL, Spinelli G. ¿Qué es el TDAH?. Tdahytu.es [Internet] Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería [citado el 2 de octubre del 2016]. Disponible en: <http://www.tdahytu.es/que-es/>
3. Saavedra Castillo A. Como reconocer y entender el TDAH en adultos y adolescentes. Cedam Perú [Internet] Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería [citado el 2 de octubre del 2016]. Disponible en: http://www.cedamperu.com.pe/cedahm/eltdah_1.htm
4. Pérez Porto J, Gardey A. Definición de déficit de atención. Definición.De [Internet] Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería [citado el 2 de octubre del 2016]. Disponible en: <http://definicion.de/deficit-de-atencion/>
5. Gómez A. Proyecto de investigación en Trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Scribd. [Internet] 2015. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería [citado el 2 de octubre del 2016]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/51353867/PROYECTO-DE-INVESTIGACION-2-2>
6. González R, Bakker L, Rubiales J. Estrategias de afrontamiento y estilos parentales en madres de niños con y sin trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Revista Scielo Colombia; v.12n.1. [Internet] 4 de Julio del 2013[citado el 4 de abril del 2018] Disponible en: http://revistalatinamericanaumanizales.cinde.org.co/wpcontent/uploads/2014/03/Vol_12_n_1/articulo7.pdf
7. Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés. ¿Qué es afrontamiento?. SEAS. [Internet] [citado el 2 de octubre del 2016]. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/faq/afrontam.htm>
8. Todo es mente, Estrategias de afrontamiento, [Internet] 2014 [citado el 3 de octubre del 2016]. Disponible en: <http://todoesmente.com/defensa/estrategias-de-afrontamiento>

9. Loubat M, Cuturrufo N. Estrategias de afrontamiento de padres respecto de los primeros brotes psicóticos de sus hijos y su relación con la adhesión a tratamiento. Revista Scielo Chile; v. 45 n.4 [Revista] Diciembre 2007. [citado el 4 de abril del 2018] Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272007000400002
10. Lazarus R, Folkman S. Teoría Transaccional e Investigación sobre emociones y afrontamiento. Diario Europeo de la personalidad; 54, 385-405. [Internet] Setiembre 1987. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería [citado el 8 de abril del 2018] Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/per.2410010304>
11. I. Rubió Badía B, Mena Pujolb , Murillo A. El pediatra y la familia de un niño de TDAH. Fundacionadana. [Internet] 2006. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería [citado el 27 de mayo del 2018]. Disponible en: <http://www.fundacionadana.org/wp-content/uploads/2017/01/el-pediatra-y-la-familia-de-un-nio-con-tdah.pdf>
12. Díaz Ramos A. Familias que tienen niños/as con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Colibrí [Tesis de Doctorado] Uruguay: Universidad de la Republica. 2011. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería [citado el 26 de mayo del 2018] Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/9659>
13. Tijeras A, Fernández A, Pastor-Cerezuela, G, Sanz-Cervera P, Vélez X, Blázquez Garcés, Tárrega R. Estrategias y estilos de afrontamiento parental en familias con niños con Trastorno de Espectro Autista (TEA) con o sin Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). International Journal of Developmental and Educational Psychology. [Internet] Enero 2016. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería [citado el 8 de abril del 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349852544005.pdf>
14. Grau D. Análisis del contexto familiar en niños con THDA. Roderic. [Tesis de Doctorado] España: Universidad de Valencia. 2007. Tesis para optar el Título

Profesional de Licenciada en Enfermería [citado el 27 de mayo del 2018]
Disponible en: <http://roderic.uv.es/handle/10550/15397>

15. Korzeniowsk C, Ison M. Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con THAD. Redalyc [Internet] 2008. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería [citado el 27 de mayo del 2018]
Disponible en: www.redalyc.org/html/2819/281921796006/
16. Pastor G, Botella P. Estrés y Afrontamiento en familias de hijos con trastorno de espectro autista. International Journal of Developmental and Educational Psychology. [Internet] 2014. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería [citado el 8 de abril del 2018] Disponible en: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEF/article/view/630>
17. De la Huerta, Corona M., Méndez V. Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. Rev Neurol Neurocir Psiquiat. [Internet] Enero 2006. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería [citado el 8 de abril del 2018] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=14891>
18. United Nations International Children's Emergency Fund. Convención sobre los derechos del niño. [Internet] Junio 2006. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería [citado el 26 de Mayo del 2018] Disponible en: <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

TABLA 1

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PADRES DE NIÑOS CON
DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD CON DÉFICIT DE
ATENCIÓN - INSTITUTO PARA EL DESARROLLO INFANTIL - 2018.**

ESTRATEGIA	NÚMERO	%
COGNITIVA	25	50.0
AFFECTIVO	4	8.0
CONDUCTUAL	21	42.0
TOTAL	50	100.0

TABLA 2

**AFRONTAMIENTO SEGÚN LA ESTRATEGIA COGNITIVA EN
PADRES DE NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE
HIPERACTIVIDAD CON DÉFICIT DE ATENCIÓN - INSTITUTO
PARA EL DESARROLLO INFANTIL - 2018.**

ITEMS	FRECUENCIA		
	SIEMPRE N (%)	A VECES N (%)	NUNCA N (%)
ESTRATEGIA COGNITIVA			
ACEPTACION			
1. Acepto a mi hijo/a tal cual es.	37 (74.0)	13 (26.0)	0 (0.0)
2. Me involucro en el tratamiento para la mejora de mi hijo/a.	38 (76.0)	12 (24.0)	0 (0.0)
ANTICIPACION			
3. Busco información sobre la alteración de mi hijo/a.	30(60.0)	19 (38.0)	1 (2.0)
4. Pienso antes lo que voy a hacer para ayudar a mi hijo/a con su alteración.	29 (58.0)	20 (40.0)	1 (2.0)
AUTOANALISIS			
5. Sé en qué debo de mejorar para no perjudicar a mi hijo/a.	26 (52.0)	24 (48.0)	0 (0.0)
6. Analizo lo positivo sobre la alteración de mi hijo/a.	26 (52.0)	24(48.0)	0 (0.0)
HUMOR			
7. Cuando observo la conducta de mi hijo por su alteración, me siento frustrado/a.	17 (34.0)	29 (58.0)	4 (8.0)
8. Celebro los logros de mi hijo/a.	42 (84.0)	7 (14.0)	1 (2.0)
PLANIFICACION			
9. Planifico actividades para el día a día con mi hijo/a.	19 (38.0)	29 (58.0)	2 (4.0)
10. Establezco un plan de acción ante problemas que pueda presentar frente al comportamiento de mi hijo/a.	18 (36.0)	29 (58.0)	3 (6.0)

PODER MENTAL

11. Pienso que toda esta situación pudo haber sido peor.	17 (34.0)	29 (58.0)	4 (8.0)
12. Sé que el proceso es largo, pero daré todo de mí para que mi hijo/a mejore.	41(82.0)	9 (18.0)	0 (0.0)

PREOCUPACION

13. Me preocupa mucho lo que pueda suceder en el futuro de mi hijo/a.	36 (72.0)	10 (20.0)	4 (8.0)
14. Me preocupa que mi hijo/a no sea respetado y aceptado.	33 (66.0)	13 (26.0)	4 (8.0)

RESTRUCTURACION MENTAL

15. Trato de aprender a atender a mi hijo/a a través de la experiencia que vivo con su alteración.	35 (70.0)	14 (28.0)	1 (2.0)
16. Evalúo nuevas ideas para afrontar la alteración de mi hijo/a.	20 (40.0)	29 (58.0)	1 (2.0)

REEVALUACION POSITIVA

17. Si me equivoco busco como solucionar las cosas por el bien de mi hijo/a.	28 (56.0)	20 (40.0)	2 (4.0)
18. Ante el comportamiento de mi hijo/a, se la manera de corregirlo sin necesidad de agredirlo.	16 (32.0)	33 (66.0)	1 (2.0)

TABLA 3

**AFRONTAMIENTO SEGÚN LA ESTRATEGIA AFECTIVA EN
PADRES DE NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE
HIPERACTIVIDAD CON DÉFICIT DE ATENCIÓN - INSTITUTO
PARA EL DESARROLLO INFANTIL - 2018.**

ITEMS	FRECUENCIA		
	SIEMPRE N (%)	A VECES N (%)	NUNCA N (%)
ESTRATEGIA AFECTIVA			
AGRESION PASIVA			
19. Descargo mi mal humor con mi hijo/a.	6 (12.0)	25 (50.0)	19 (38.0)
20. Suelo quejarme todo el tiempo por el comportamiento de mi hijo/a.	5 (10.0)	30 (60.0)	15 (30.0)
21. Reacciono agresivamente ante el comportamiento de mi hijo/a.	4 (8.0)	23 (46.0)	23 (46.0)
AISLAMIENTO SOCIAL			
22. No me doy cuenta de los problemas que pasan a mí alrededor.	3 (6.0)	26 (52.0)	21 (42.0)
23. Evito estar en contacto con otras personas, por el comportamiento de mi hijo/a.	4 (8.0)	29 (58.0)	17 (34.0)
24. Trato de quedarme en casa para evitar rechazos a mi hijo/a.	2 (4.0)	26 (52.0)	22 (44.0)
APOYO SOCIAL			
25. Suelo compartir mis problemas con los demás.	8 (16.0)	33 (66.0)	9 (18.0)
26. Busco ayuda de un profesional ante una situación difícil con mi hijo/a.	35 (70.0)	14 (28.0)	1 (2.0)
27. Pienso que una institución especializada, ayudaría a mejorar la conducta de mi hijo/a.	40 (80.0)	9 (18.0)	1 (2.0)

AUTO CONTROL

28. Frente a una situación complicada que ha ocasionado mi hijo/a, reacciono de manera pasiva.	15 (30.0)	34 (68.0)	1 (2.0)
29. Soy tolerante con mi hijo/a.	14 (28.0)	33 (66.0)	3 (6.0)

CATARSIS

30. Acudo a reuniones de padres que tengan hijos/as con la misma alteración, para intercambiar experiencias.	8 (16.0)	24 (48.0)	18 (36.0)
31. Comparto las experiencias que he tenido con mi hijo/a para poder ayudar a otros padres.	13 (26.0)	27 (54.0)	10 (20.0)
32. Reconozco que las experiencias que he pasado por la alteración de mi hijo/a, me han ayudado a mejorar como padre/madre.	25 (50.0)	24 (48.0)	1 (2.0)

ESCAPE / EVITACION

33. Dejo que la alteración de mi hijo/a se resuelva por sí solo.	3 (6.0)	11 (22.0)	36 (72.0)
34. Salgo de casa para olvidar la alteración que presenta mi hijo/a.	2 (4.0)	19 (38.0)	29 (58.0)

SUPRESION

35. No comparto los problemas de mi hijo/a con los profesionales que lo tratan.	11 (22.0)	25 (50.0)	14 (28.0)
36. Me resigno fácilmente ante la alteración que presenta mi hijo/a.	5 (10.0)	21 (42.0)	24 (48.0)

TABLA 4

**AFRONTAMIENTO SEGÚN LA ESTRATEGIA CONDUCTUAL EN
PADRES DE NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE
HIPERACTIVIDAD CON DÉFICIT DE ATENCIÓN - INSTITUTO
PARA EL DESARROLLO INFANTIL - 2018.**

ITEMS	FRECUENCIA		
	SIEMPRE N (%)	A VECES N (%)	NUNCA N (%)
ESTRATEGIA CONDUCTUAL			
AFRONTAMIENTO DIRECTO			
37. Le dedico toda la atención posible a mi hijo/a.	25 (50.0)	24 (48.0)	1 (2.0)
38. Ante dificultades que pueda presentar mi hijo/a, busco la manera de apoyarlo.	39 (78.0)	11 (22.0)	0 (0.0)
39. Afronto directamente toda situación relacionado a mi hijo/a sin importar como las exprese.	27 (54.0)	22 (44.0)	1 (2.0)
AUTOAFIRMACION			
40. Hago valer mis decisiones frente a la alteración de mi hijo/a.	24 (48.0)	24 (48.0)	2 (4.0)
41. Tengo claro lo que debo hacer para mejorar la conducta de mi hijo/a.	30 (60.0)	19 (38.0)	1 (2.0)
42. Sé que el apoyo familiar es importante para la mejora de mi hijo/a.	45 (90.0)	4 (8.0)	1 (2.0)
FALTA DE AFRONTAMIENTO			
43. Siento que irme de casa, me ayudará a olvidar problemas como la alteración de mi hijo/a.	0 (0.0)	12 (24.0)	38 (76.0)
44. Reacciono bruscamente con mi hijo/a, producto de mi frustración.	2 (4.0)	22 (44.0)	26 (52.0)
45. Hay momentos donde dejo de apoyar a mi hijo/a porque me siento cansado/a.	2 (4.0)	32 (64.0)	16 (32.0)

POSTERGACION

46. Espero el momento adecuado para solucionar los problemas que se presentan con mi hijo/a.	23 (46.0)	25 (50.0)	2 (4.0)
47. Tengo la costumbre de postergar las cosas que puedo hacer hoy.	4 (8.0)	33 (66.0)	13 (26.0)
48. Dejo de asistir a las actividades de mi hijo/a cuando tengo otras ocupaciones.	5 (10.0)	27 (54.0)	18 (36.0)

ANEXO 01



CUESTIONARIO DE EVALUACION DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PADRES DE UN NIÑO/A CON TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD CON DÉFICIT DE ATENCIÓN

Somos estudiantes de enfermería y deseamos apoyar en el desarrollo de su niño/a con Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención, es por eso que se ha coordinado este encuentro a fin de conocer acerca de su experiencia como padres.

Agradecemos su participación, este cuestionario es de carácter anónimo. Muchas gracias.

I) Datos del padre o madre:

Edad:	
Estado civil:	
Trabajo actual:	
Grado de Instrucción:	
Número de Hijos:	
Número de Hijos con THDA:	
Número de Hijos con otras alteraciones:	

II) Datos del niño/a con THDA:

Edad:	
Grado de educación:	
Tiempo de diagnóstico:	
Recibe tratamiento farmacológico:	
Recibe terapias:	

ITEMS	FRECUENCIA		
	SIEMPRE 2	AVECES 1	NUNCA 0
De acuerdo a su experiencia con su niño/a con trastorno de hiperactividad y déficit de atención, responda las siguientes premisas:			
1. Acepto a mi hijo/a tal cual es.			
2. Me involucro en el tratamiento para la mejora de mi hijo/a.			
3. Busco información sobre la alteración de mi hijo/a.			
4. Pienso antes lo que voy a hacer para ayudar a mi hijo/a con su alteración.			
5. Sé en qué debo de mejorar para no perjudicar a mi hijo/a.			
6. Analizo lo positivo sobre la alteración de mi hijo/a.			
7. Cuando observo la conducta de mi hijo por su alteración, me siento frustrado/a.			
8. Celebro los logros de mi hijo/a.			
9. Planifico actividades para el día a día con mi hijo/a.			
10. Establezco un plan de acción ante problemas que pueda presentar frente al comportamiento de mi hijo/a.			
11. Pienso que toda esta situación pudo haber sido peor.			
12. Sé que el proceso es largo, pero daré todo de mí para que mi hijo/a mejore.			
13. Me preocupa mucho lo que pueda suceder en el futuro de mi hijo/a.			
14. Me preocupa que mi hijo/a no sea respetado y aceptado.			
15. Trato de aprender a atender a mi hijo/a a través de la experiencia que vivo con su alteración.			

16. Evalúo nuevas ideas para afrontar la alteración de mi hijo/a.			
17. Si me equivoco busco como solucionar las cosas por el bien de mi hijo/a.			
18. Ante el comportamiento de mi hijo/a, se la manera de corregirlo sin necesidad de agredirlo.			
19. Descargo mi mal humor con mi hijo/a.			
20. Suelo quejarme todo el tiempo por el comportamiento de mi hijo/a.			
21. Reacciono agresivamente ante el comportamiento de mi hijo/a.			
22. No me doy cuenta de los problemas que pasan a mí alrededor.			
23. Evito estar en contacto con otras personas, por el comportamiento de mi hijo/a.			
24. Trato de quedarme en casa para evitar rechazos a mi hijo/a.			
25. Suelo compartir mis problemas con los demás.			
26. Busco ayuda de un profesional ante una situación difícil con mi hijo/a.			
27. Pienso que una institución especializada, ayudaría a mejorar la conducta de mi hijo/a.			
28. Frente a una situación complicada que ha ocasionado mi hijo/a, reacciono de manera pasiva.			
29. Soy tolerante con mi hijo/a.			
30. Acudo a reuniones de padres que tengan hijos/as con la misma alteración, para intercambiar experiencias.			

31. Comparto las experiencias que he tenido con mi hijo/a para poder ayudar a otros padres.			
32. Reconozco que las experiencias que he pasado por la alteración de mi hijo/a, me han ayudado a mejorar como padre/madre.			
33. Dejo que la alteración de mi hijo/a se resuelva por sí solo.			
34. Salgo de casa para olvidar la alteración que presenta mi hijo/a.			
35. No comparto los problemas de mi hijo/a con los profesionales que lo tratan.			
36. Me resigno fácilmente ante la alteración que presenta mi hijo/a.			
37. Le dedico toda la atención posible a mi hijo/a.			
38. Ante dificultades que pueda presentar mi hijo/a, busco la manera de apoyarlo.			
39. Afronto directamente toda situación relacionado a mi hijo/a sin importar como las exprese.			
40. Hago valer mis decisiones frente a la alteración de mi hijo/a.			
41. Tengo claro lo que debo hacer para mejorar la conducta de mi hijo/a.			
42. Sé que el apoyo familiar es importante para la mejora de mi hijo/a.			
43. Siento que irme de casa, me ayudará a olvidar problemas como la alteración de mi hijo/a.			
44. Reacciono bruscamente con mi hijo/a, producto de mi frustración.			
45. Hay momentos donde dejo de apoyar			

a mi hijo/a porque me siento cansado/a.			
46. Espero el momento adecuado para solucionar los problemas que se presentan con mi hijo/a.			
47. Tengo la costumbre de postergar las cosas que puedo hacer hoy.			
48. Dejo de asistir a las actividades de mi hijo/a cuando tengo otras ocupaciones.			

ANEXO 02

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

VALIDEZ DE CONTENIDO

ITEMS	JUECES								TOTAL ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8		
1	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
2	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
3	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
4	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
5	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
6	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
7	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
8	D	A	A	A	D	A	A	A	6	0.1445
9	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
10	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
11	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
12	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
13	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
14	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
15	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
16	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
17	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
18	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
19	A	A	D	A	A	D	A	A	6	0.1445
20	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
21	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
22	A	A	D	D	A	D	D	A	4	0.6367
23	A	A	D	A	A	D	A	A	6	0.1445
24	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039

25	A	A	D	A	A	D	A	A	6	0.1445
26	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
27	A	D	A	A	A	A	A	A	7	0.0352
28	A	D	D	A	A	A	A	A	6	0.1445
29	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
30	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
31	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
32	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
33	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
34	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
35	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
36	A	A	A	A	D	D	A	A	6	0.1445
37	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
38	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
39	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
40	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
41	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
42	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
43	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
44	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
45	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
46	A	A	A	A	D	A	A	A	7	0.0352
47	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
48	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
									PROMEDIO	0.0360

El valor de significancia estadística de la prueba binomial aplicada a los resultados del juicio de expertos resultó $p=0.0360$, lo que evidencia la validez de contenido del instrumento ($p<0.05$).

VALIDEZ DE CONSTRUCTO

ITEMS	JUECES								TOTAL ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8		
1	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
2	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
3	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
4	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
5	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
6	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
7	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
8	D	A	A	A	A	A	A	D	6	0.1445
9	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
10	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
11	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
12	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
13	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
14	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
15	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
16	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
17	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
18	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
19	A	A	D	A	A	D	A	A	6	0.1445
20	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
21	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
22	A	A	D	A	A	D	A	A	6	0.1445
23	A	A	D	A	A	D	A	A	6	0.1445
24	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
25	A	A	D	A	A	A	D	A	6	0.1445
26	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
27	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
28	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039

29	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
30	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
31	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
32	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
33	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
34	A	A	A	D	A	A	A	A	7	0.0352
35	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
36	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
37	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
38	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
39	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
40	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
41	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
42	A	A	A	D	A	A	A	A	7	0.0352
43	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
44	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
45	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
46	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
47	A	A	D	A	A	D	A	A	6	0.1445
48	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
									PROMEDIO	0.0228

El valor de significancia estadística de la prueba binomial aplicada a los resultados del juicio de expertos resultó $p=0.0228$, lo que evidencia la validez de constructo del instrumento ($p<0.05$).

VALIDEZ DE CRITERIO

ITEMS	JUECES								TOTAL ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8		
1	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
2	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
3	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
4	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
5	D	A	A	A	A	A	A	D	6	0.1445
6	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
7	D	A	D	A	D	D	D	D	8	0.0039
8	D	A	A	A	D	A	D	D	8	0.0039
9	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
10	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
11	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
12	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
13	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
14	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
15	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
16	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
17	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
18	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
19	A	A	D	A	A	D	A	A	6	0.1445
20	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
21	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
22	A	A	D	A	A	D	A	A	6	0.1445
23	A	A	D	A	A	D	A	A	6	0.1445
24	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
25	A	A	D	A	A	A	A	A	6	0.1445
26	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
27	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
28	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039

29	A	A	A	D	A	A	A	A	7	0.0352
30	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
31	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
32	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
33	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
34	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
35	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
36	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
37	A	A	A	D	A	A	A	A	7	0.0352
38	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
39	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
40	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
41	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
42	A	A	A	D	A	A	A	A	7	0.0352
43	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
44	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
45	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.1445
46	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0039
47	A	A	D	A	A	D	A	A	6	0.1445
48	A	A	D	D	A	D	A	A	8	0.0039
									PROMEDIO	0.0264

El valor de significancia estadística de la prueba binomial aplicada a los resultados del juicio de expertos resultó $p=0.0264$, lo que evidencia la validez de criterio del instrumento ($p<0.05$).

ANEXO 03

EVALUACION DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO SEGÚN EL ESTADÍSTICO ALFA DE CRONBACH

Según el estadístico Alfa de Cronbach, el instrumento (Alfa=0.751) el instrumento es confiable. (Alfa=0.7)

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,751	48

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
E1	55,44	44,673	,119	,750
E2	55,56	43,590	,266	,745
E3	55,72	43,210	,281	,744
E4	55,80	42,583	,371	,740
E5	55,84	45,057	-,001	,755
E6	55,84	42,640	,362	,740
E7	56,24	45,773	-,106	,759
E8	55,56	42,007	,551	,734
E9	56,36	40,407	,583	,727
E10	56,24	41,940	,411	,737
E11	56,16	42,973	,280	,743
E12	55,32	45,310	,000	,751
E13	55,48	43,260	,388	,741
E14	55,48	42,427	,563	,736
E15	55,80	43,167	,281	,744

E16	56,00	43,833	,198	,747
E17	55,76	42,440	,396	,739
E18	55,92	45,910	-,125	,760
E19	56,72	45,127	-,010	,755
E20	56,48	44,427	,078	,753
E21	57,08	44,327	,137	,749
E22	56,44	45,423	-,059	,760
E23	56,72	42,293	,425	,738
E24	56,72	46,627	-,209	,766
E25	56,24	42,690	,307	,742
E26	55,76	41,607	,391	,737
E27	55,40	45,083	,040	,751
E28	56,08	43,410	,298	,744
E29	56,08	44,743	,065	,752
E30	56,44	46,173	-,150	,764
E31	56,04	43,373	,286	,744
E32	55,76	41,190	,594	,730
E33	56,96	45,207	-,029	,758
E34	56,96	43,040	,316	,742
E35	56,44	41,840	,258	,745
E36	56,80	47,583	-,360	,769
E37	55,88	42,193	,435	,737
E38	55,68	42,477	,406	,739
E39	56,04	41,457	,617	,731
E40	55,96	42,290	,436	,737
E41	55,96	41,540	,470	,734
E42	55,44	44,423	,176	,748
E43	56,84	43,140	,285	,743
E44	56,92	43,077	,302	,743
E45	56,52	46,260	-,201	,760
E46	56,04	44,707	,043	,754
E47	56,52	42,510	,495	,737
E48	56,60	46,833	-,276	,764

ANEXO 06

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PADRES DE NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD CON DÉFICIT DE ATENCIÓN - INSTITUTO PARA EL DESARROLLO INFANTIL - 2018.

SEGÚN CATEGORÍAS

CATEGORIAS	NÚMERO	%
INADECUADO	1	2.0
ADECUADO	49	98.0
TOTAL	50	100.0

Descripción: Del 100% de la población, en un 98% prevaleció la categoría adecuado, mientras que solo un 2 % fue inadecuado.

ANEXO 07

ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO SEGÚN SEXO EN PADRES DE NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD CON DÉFICIT DE ATENCIÓN - INSTITUTO PARA EL DESARROLLO INFANTIL - 2018.

AFRONTAMIENTO	SEXO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	N	%	N	%
COGNITIVO	21	50.0	4	50.0
AFECTIVO	3	7.1	1	12.5
CONDUCTUAL	18	42.9	3	37.5
TOTAL	42	100.0	8	100.0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,287 ^a	2	,866	1,000
Estadístico exacto de Fisher	,754			,727
N de casos válidos	50			

4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,64.

La estrategia de afrontamiento cognitiva prevaleció para ambos sexos, siendo el 50.0% para el sexo femenino y el 50.0% para el sexo masculino, mientras que la que menos se aplico fue la conductual, que fue aplicada por el 42.9% por el sexo femenino y por el 37.5% en el sexo masculino. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.262$)

ANEXO 08

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DEL PADRE/MADRE:

DATOS GENERALES	NÚMERO	%
EDAD		
<25	2	4.0
25 a 44	35	70.0
45 a 64	12	24.0
65 a mas	1	2.0
SEXO		
Femenino	42	84.0
Masculino	8	16.0
ESTADO CIVIL		
Soltero	11	22.0
Casado	24	48.0
Conviviente	9	18.0

Separado	4	8.0
Divorciado	2	4.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Sin instrucción	2	4.0
Primaria	1	2.0
Secundaria	8	16.0
Superior técnica	22	44.0
Superior universitaria	17	34.0

Prevaleció el grupo etario de 25 a 44 años, con el 70.0%, el sexo femenino con el 84.0%, el estado civil casado con el 48.0% y el grado de instrucción superior técnica con el 44.0%.

ANEXO 09

El promedio de edad de los padres fue de 37.6 años, con una desviación estándar de 9.4 años, la menor edad fue de 21 años y la mayor de 81 años.

Media	37,63
Desv. Típ.	9,401
Mínimo	21
Máximo	81

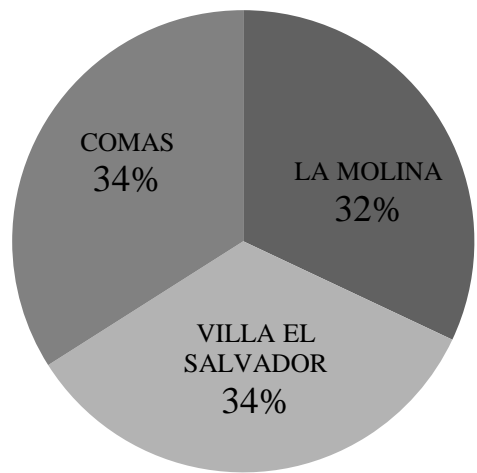
ANEXO 10

DATOS DEL NIÑO/A CON THDA:

	NÚMERO	%
TERAPIAS		
Si	49	98.0
No	1	2.0
TRATAMIENTO		

Si	4	8.0
No	46	92.0
TIEMPO DIAGNÓSTICO		
< 6 Meses	22	44.0
>6 meses	28	56.0

NÚMERO DE PADRE/MADRE POR SEDE



EDAD DE NIÑOS/AS CON DIAGNÓSTICO DE THDA

