

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León.

Facultad de Ciencias Médicas.



Tesis monográfica para optar al título de Licenciada en Psicología

“Estilos de crianza practicados y manifestaciones clínicas del TDAH en niños diagnosticados que asisten al Centro Nacional de Atención en Salud Mental Infantil (CENASMI Managua) mayo 2021– abril 2022”.

Autores:

Br. Avelarez Martínez Stefany Rocío

Br. Membreño Alegría Elsy Nathali

Tutor(a):

Lic. Amy Magaly Sánchez

Docente del Departamento de Psicología, UNAN-León.

2022

“A la libertad por la Universidad”

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León.

Facultad de Ciencias Médicas.



Tesis monográfica para optar al título de Licenciada en Psicología

“Estilos de crianza practicados y manifestaciones clínicas del TDAH en niños diagnosticados que asisten al Centro Nacional de Atención en Salud Mental Infantil (CENASMI Managua) mayo 2021– abril 2022”.

Autores:

Br. Avelarez Martínez Stefany Rocío

Br. Membreño Alegría Elsy Nathali

Tutor(a):

Lic. Amy Magaly Sánchez

Docente del Departamento de Psicología, UNAN-León.

2022

“A la libertad por la Universidad”

Agradecimiento

Primeramente, a Dios por darme fuerzas, iluminarme y guiarme para culminar esta etapa tan maravillosa en mi formación profesional.

A mis padres que de manera incondicional me apoyaron y fueron un gran pilar a lo largo de esta travesía, con su amor, entrega y sabiduría me motivaron e impulsaron a siempre seguir adelante en busca de cada meta por lograr.

Al Lic. Ronald Lam Coleman por haber sido un excelente guía desde los primeros años en el desarrollo científico, por haberme inculcado el ser perseverante en los momentos más difíciles.

A nuestra tutora, Lic. Amy Magaly Sánchez que ha sido un gran ejemplo de constancia, por transmitir su pasión, experiencia y haber aportado en mi crecimiento profesional.

Stefany Rocío Avelarez Martínez

Agradecimiento

Este trabajo de investigación ha sido posible gracias al trabajo paciencia y oraciones de Melba Alegría y Adalberto Membreño, mis padres.

Esta investigación ha sido probable porque he contado con el apoyo incondicional de maestros ejemplares con quienes he tenido el honor de coincidir, destacando:

Lic. Ronald Lam por enseñarme los principios de la investigación científica desde mis primeros roces con la psicología además siempre inculcarme la curiosidad y autoexigencia.

MSc. Zandra Blanco por plantar en mi la pasión por aquellos temas de interés dentro de la psicología como lo es el neurodesarrollo y la crianza, también por la invitación a siempre cuestionarme, corregirme y motivarme

Lic. Amy Sánchez por ser nuestra tutora más allá del sentido estricto de la palabra, por guiarme durante este proceso de investigación, pero también por ser como una madre dentro de mi entorno académico

A todos ellos gracias.

Elsy Nathali Membreño Alegría

Resumen

El TDAH es el trastorno multifactorial donde los factores ambientales juegan un papel significativo es así que los estilos de crianza están relacionados directamente con la sintomatología que presenten los infantes diagnosticados; se analizó la relación entre los estilos de crianza y las manifestaciones clínicas del TDAH en niños que asisten al Centro Nacional de Atención en Salud Mental Infantil (CENASMI Managua) para lo cual se procedió con un estudio descriptivo de corte transversal en el que se aplicaron a los padres de niños diagnosticados la escala de calificación para padres de Conners en su versión de 48 reactivos y el perfil de estilos de crianza obteniendo como resultados el estilo de crianza sobreprotector se presenta cuando existen manifestaciones conductuales y de aprendizaje significativas mientras que el estilo asertivo cuando las manifestaciones conductuales y de aprendizaje son no significativas.

Palabras clave: estilos de crianza, TDAH, manifestaciones clínicas.

Índice

Introducción.....	1
Antecedentes.....	2
Justificación.....	4
Planteamiento del problema.....	6
Objetivos.....	8
Marco teórico.....	9
Diseño metodológico.....	21
Resultados.....	28
Discusión.....	41
Conclusión.....	43
Recomendaciones.....	45
Referencias bibliográficas.....	46
Anexos.....	51

Introducción

Según Carranco (2019) los estilos de crianza tienen gran importancia en el desarrollo de conductas desadaptativas en los niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), forman una influencia directa en como presentan los síntomas, qué frecuencia, y con qué agudeza y se verá reflejado así mismo fuera de la familia.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno más frecuente en la infancia, por lo cual es de gran importancia para la salud pública el estudio de todos aquellos fenómenos que puedan influir significativamente en la evolución del trastorno, en el contexto nicaragüense la dinámica familiar suele ser compleja por lo cual cobra mayor relevancia el estudio de los estilos de crianza en relación con las manifestaciones clínicas del TDAH que propone Connors.

Este estudio está dirigido al análisis de la relación entre los estilos de crianza y las manifestaciones clínicas del TDAH según Connors en niños y niñas diagnosticados que asisten al Centro Nacional de Atención en Salud Mental Infantil (CENASMI Managua)

Antecedentes

Herreruzo y Raya (2008) llevaron a cabo una investigación titulada *“El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad”* en el cual concluyen que la falta de disciplina era una de las principales características con que se identifica al modelo permisivo, y que, a su vez, este factor ha resultado decisivo en la predicción de la hiperactividad, además destacan el modelo autorizado o democrático como predictor de una baja puntuación en hiperactividad.

Carranco Narváez (2019) en su tesis titulada *“Estilos de crianza y su relación con los factores del TDAH en niños y niñas de la Unidad Educativa Numa Pompilio Llona, en el periodo 2018-2019”* concluye que el Estilo de crianza Autoritario incrementa las posibilidades de que se presenten con persistencia factores de manifestaciones significativas en el aprendizaje y en la impulsividad-hiperactividad. En el Estilo de Crianza Asertivo, se observa que no conlleva manifestaciones de factores del TDAH. Es decir que el factor que más aporta al control de las manifestaciones del TDAH es el estilo de crianza Asertivo.

Villamizar y Amaya (2019) en su estudio titulado *“Estilos de crianza, autoeficacia parental y problemas conductuales infantiles en tres municipios de Santander”* ponen de manifiesto la alta prevalencia de estilos de crianza disfuncionales, al igual que una percepción de problemas conductuales de los menores por parte de sus cuidadores, del mismo modo encontraron un predominio de crianza hostil, caracterizado por el uso de la violencia verbal o física.

Serra Vásquez (2007) en su estudio titulado *“Los patrones de crianza de la niñez en Nicaragua: un balance de los estudios realizados en el país”* identifico dos modelos contrapuestos de autoridad y crianza: por un lado, un modelo autoritario caracterizado por la

imposición arbitraria, la comunicación unilateral, que tradicionalmente ha predominado en Nicaragua, y por el otro, un modelo democrático donde predomina el consenso, la negociación y la comunicación bilateral en las decisiones familiares, lo cual desarrolla en los niños/as habilidades de comunicación y negociación, y estimula la autonomía, la conciencia crítica y el respeto a los derechos de los demás.

Justificación

En relación con el comportamiento infantil, los resultados muestran que una cuarta parte de los cuidadores percibe problemas de conducta infantil y algunos de ellos consideran que estos problemas impactan en la familia. Al respecto, algunos estudios señalan que el comportamiento de los hijos está determinado por el estilo de crianza mientras otros señalan que es el comportamiento infantil el que determina el estilo de crianza de los padres es decir que a pesar de que se han realizado varios estudios acerca de la influencia del TDAH en el entorno familiar, es importante que se realicen investigaciones de cómo estos vínculos y estilos de crianza influyen en la evolución y factores que presentan los niños con este trastorno.

Bajo un enfoque positivo en salud, se busca que los padres brinden a sus hijos el desarrollo de habilidades que les permitan identificar los riesgos que puedan afectar su salud y utilizar los recursos a su alcance para mejorar su calidad de vida. Los estilos de crianza positivos, es decir aquellos basados en la comunicación, el respeto y la promoción de conductas apropiadas, han mostrado que facilitan el desarrollo de estas habilidades en pro del autocuidado, y permiten relaciones más positivas entre padres e hijos

En la misma línea de los planteamientos anteriores esta investigación pretende identificar cómo los estilos de crianza están relacionados con los factores asociados que presentan los niños y niñas con TDAH, considerando que en la actualidad la población de estos niños necesitada la mejor intervención multidisciplinaria que se les pueda ofrecer, puesto que su prevalencia incrementa cada vez.

Por lo tanto, se considera este estudio será relevante como aporte teórico y el trazo de la línea base para la formulación de proyectos o actividades que propicien herramientas para afrontar de forma positiva estas situaciones.

Planteamiento del problema

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el desorden neurobiológico del desarrollo más frecuente en la infancia. Se estima que en el mundo existe una prevalencia de entre 3.4% y 5%. Esta psicopatología presenta una alta comorbilidad con los siguientes trastornos: negativista desafiante, del aprendizaje, de la conducta, del uso de sustancias, de ansiedad, de personalidad y depresión.

Debido a ello plantea riesgos que comprometen al bienestar y la integridad física del niño, además de que le dificulta su desempeño escolar y social, por lo cual es considerado un verdadero problema de salud pública.

Si bien la etiología del trastorno viene dada por una base biológica cerebral y predisposición genética cuyo abordaje es psicofarmacológico; es innegable que se trata de un trastorno multifactorial donde los factores ambientales juegan un papel significativo es así que los estilos de crianza pueden estar relacionados directamente con la gravedad de las sintomatologías que presentan estos infantes.

Sobre esto estudios latinoamericanos identifican alta prevalencia de estilos de crianza disfuncionales caracterizados por la sobre reactividad, la laxitud y la hostilidad en los padres, cerca de la cuarta parte de las familias tienden a utilizar estilos de crianza permisivos o autoritarios. Una posible explicación de estos estilos de crianza disfuncionales es que los adultos tienden a asumir el estilo de crianza que utilizaron sus padres, siendo éste un aspecto cultural fundamental que media el estilo de crianza, de lo cual la población nicaragüense no se encuentra exenta, de esta manera, los estilos de crianza pueden impactar en la salud mental infantil y trascender a la vida adulta.

Por lo anterior expuesto nos planteamos la siguiente pregunta problema:

¿Cuál es la relación de los estilos de crianza y las manifestaciones clínicas del TDAH en niños diagnosticados que asisten al Centro Nacional de Atención en Salud Mental Infantil (CENASMI Managua)?

Objetivos

Objetivo General

Analizar la relación entre los estilos de crianza y manifestaciones clínicas del TDAH en niños que asisten al Centro Nacional de Atención en Salud Mental Infantil (CENASMI Managua).

Objetivos Específicos

- Determinar los estilos de crianza que utilizan los padres de niños con TDAH que asisten al Centro Nacional de Atención en Salud Mental Infantil (CENASMI Managua).
- Identificar las manifestaciones clínicas del TDAH en niños que asisten al Centro Nacional de Atención en Salud Mental Infantil (CENASMI Managua).
- Describir la relación de los estilos de crianza y manifestaciones clínicas del TDAH en niños que asisten al Centro Nacional de Atención en Salud Mental Infantil (CENASMI Managua).

Marco teórico

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Definición

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más comunes en la niñez y puede continuar hasta la adolescencia y la edad adulta; los síntomas incluyen dificultad para concentrarse y prestar atención, dificultad para controlar la conducta e hiperactividad (actividad excesiva). (Instituto nacional de salud mental, s.f) (p.1)

Criterios

Según el diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.: DSM-5; American Psychiatric Association,2013) los criterios diagnósticos del TDAH son los siguientes:

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden, descuido y desorganización en el trabajo, mala gestión del tiempo no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante, al menos, 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)

d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

e. Con frecuencia está "ocupado," actuando como si "lo impulsara un motor" (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

f. Con frecuencia habla excesivamente.

g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros, no respeta el turno de conversación).

h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo, con los amigos o parientes, en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias). (American Psychiatric Association 2013.)

Tipos

Según el Instituto de salud mental (s.f) existen tres tipos de TDAH:

- Predominantemente hiperactivo-impulsivo:
 - La mayoría de los síntomas (seis o más) se encuentran en la categoría de hiperactividad-impulsividad.
 - Se presentan menos de seis síntomas de inatención, aunque que la inatención aún puede estar presente hasta cierto grado.
- Predominantemente déficit de atención:
 - La mayoría de los síntomas (seis o más) se encuentran en la categoría déficit de atención y se presentan menos de seis síntomas de hiperactividad-impulsividad, aunque la hiperactividad-impulsividad aún puede estar presente hasta cierto grado.
 - Los niños que padecen este tipo son menos propensos a demostrarlo o tienen dificultades para llevarse bien con otros niños. puede que estén tranquilos, pero no quiere decir que están prestando atención a lo que están haciendo. Por lo tanto, la conducta del niño puede ser pasada por alto y los padres y los maestros puede que no noten que el niño padece del TDAH.
- Combinación hiperactivo-impulsivo y déficit de atención:
 - Están presentes seis o más síntomas de déficit de atención y seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad.
 - La mayoría de los niños padecen el tipo combinado del TDAH.

Etiología

De acuerdo con Tirado-Hurtado (2012) la etiología del TDAH aún no se ha clarificado, aunque se plantea una multicausalidad. Entre los hallazgos neurobiológicos se anotan disfunciones en las vías fronto-estriatales en relación a la actividad noradrenérgica y

dopaminérgica. Las investigaciones sugieren además la existencia de un factor hereditario; sin embargo, pese a esto se sabe que los factores ambientales son importantes en el mantenimiento y la evolución de los síntomas. (p.76)

Manifestaciones clínicas del TDAH

Problemas de conducta (Zúniga. 2009)

Esta denominación es utilizada en relación a niños con comportamientos no habituales o maneras de comportamientos no esperadas por los adultos. Aquí cabe destacar esta distinción, porque el comportamiento de un sujeto puede ser leído desde diferentes ópticas. Así un niño podrá comportarse bien o mal dependiendo desde donde se evalué.

Problemas de aprendizaje

Frecuentes indican la presencia de un problema de aprendizaje, cuando el niño: presenta dificultad para entender y seguir las tareas e instrucciones, presenta dificultad para recordar lo que alguien le acaba de decir, no domina las destrezas básicas de lectura, deletreo, escritura y/o matemática, por lo que fracasa en el trabajo escolar, presenta dificultad para distinguir entre la derecha y la izquierda, para identificar las palabras, etc. Su tendencia es escribir las letras, palabras o números al revés, le falta coordinación al caminar, hacer deportes o llevar a cabo actividades sencillas, tales como aguantar un lápiz o amarrarse el cordón del zapato. Presenta facilidad para perder o extraviar su material escolar, como los libros y otros artículos, tiene dificultad para entender el concepto de tiempo, confundiendo el “ayer”, con el “hoy” y/o “mañana”; manifiesta irritación o excitación con facilidad.

Psicosomáticos

El concepto se aplica a enfermedades de las que se sospecha que puede deberse más motivaciones emocionales o psicológicas que a causas orgánicas, aunque presenten síntomas orgánicos. En realidad, las enfermedades psicósomáticas serían trastornos orgánicos de origen psíquico. En lugar de un virus, una bacteria o un accidente, la causa es un conflicto psíquico

Impulsivo – hiperactivo

La impulsividad es una tendencia a llevar a cabo conductas sin haber evaluado previamente las consecuencias de las mismas. Si las consecuencias son finalmente negativas, de forma habitual, la impulsividad puede construir un síntoma psiquiátrico.

Por su parte la hiperactividad en un contexto clínico hace referencia a una inquietud psicomotriz continua y perturbadora, y se acompaña de connotaciones negativas. Fuera de este contexto puede referirse a una actividad muy variada y productiva que generalmente tiene connotaciones positivas.

Ansiedad

Sensación subjetiva de aprensión y temor que se acompaña de síntomas físicos como sensación de falta de aire, temblor, palpitaciones. Aceleración del ritmo cardíaco, etc., que ocurre sin que exista un estímulo externo aparente que la provoque o con estímulos que no suelen producir una respuesta tan exagerada en la mayoría de la gente. p.28

Estilos de Crianza

Definiciones

En principio para efectos del sustento teórico de este estudio es menester profundizar en las diferentes definiciones sobre los estilos de crianza parentales por lo cual se describen las siguientes conceptualizaciones:

Cuando hablamos de Estilos de Crianza nos referimos a un conjunto de conductas ejercidas por los padres hacia los hijos. Los padres son los principales responsables del cuidado y protección de los niños, desde la infancia hasta la adolescencia (Céspedes, 2008; Papalia, 2005; Sordo, 2009).

De acuerdo con E.E Maccoby y J.A Martin (1983), como se cita en Delgadillo y Estrada (2014), los estilos de crianza son aquellos medios que dispone la familia, los cuales se dan a través de la práctica educativa, con la finalidad de lograr la educación familiar.

Según Navarrete (2011) “Esto significa que los padres son los principales transmisores de principios, conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos que una generación pasa a la siguiente. En este sentido, su función es biológica, educativa, social, económica y de apoyo psicológico.” p.23.

Otros autores definen como experiencias afectivas y cognitivas, durante los primeros 10 años mientras se desarrollan con su familia y su ambiente inmediato, así tendrá una experiencia positiva o negativa, así las consecuencias serán generar comportamientos conforme a las enseñanzas Saavedra (2015) citado en Narváez (2019) p.13.

En base a las definiciones antes señaladas cabe destacar que los estilos de crianza están determinados por la relación que tienen los padres con sus hijos, ya que serán la principal influencia puesto que los niños saben imitar

Modelos de interpretación de los estilos de crianza

Los Estilos de Crianza desde el Modelo de Construcción Conjunta.

Otras definiciones señalan que los padres no tienen un estilo de crianza fijo, depende de la etapa de desarrollo en la que se encuentre el niño, su conducta, su estado físico, su estado de salud. De esta forma moldean su estilo de crianza, es decir el proceso es conjunto y colaborativo Harris (2002) citado en Narváez (2019) p.15. Esta última definición acerca su planteamiento al enfoque de esta investigación porque propone la existencia de una relación entre el desarrollo del niño y los estilos parentales de crianzas, adicionalmente sustenta que la presencia de un trastorno mental será determinante en tal relación

Basándose en esta teoría se estiman cuatro estilos de crianza según el autor Craig (1997), Autoritario, Asertivo, Permisivo y Negligente en función de control y calidez que desarrollan los progenitores y las consecuencias conductuales en su descendencia siendo, el estilo permisivo y negligente los que provocan conductas problemáticas y des adaptativas más graves en sus hijos.p.45.

Teoría sobre Estilos de Crianza de Diana Baumrind

La obra de Baumrind (1966) citada en Navarrete 2011 describe las siguientes características para los estilos de crianza:

Estilo Con Autoridad

Estos padres presentarían un patrón controlador pero flexible, sus niveles de involucramiento, control racional y supervisión son altos. Valoran, Universidad del Bío-Bío - Sistema de Bibliotecas - Chile 25 reconocen y respetan la participación de los hijos en la toma de decisiones y promueven en ellos la responsabilidad. Valoran la individualidad, respetan su independencia, sus intereses, opiniones y la personalidad de los niños, además de exigir buen comportamiento. Son cariñosos, se mantienen firmes frente al cumplimiento de las normas, imponen castigos en un contexto de apoyo y calidez. Favorecen el diálogo en las relaciones con sus hijos haciéndoles comprender las razones y motivos de sus exigencias. Los hijos suelen ser independientes, controlados, asertivos, exploradores y satisfechos. Este estilo parece desarrollar de mejor forma las competencias de los niños al establecer normas realistas claras y congruentes, los niños saben lo que se espera de ellos y saben cuándo están cumpliendo con las expectativas de sus padres. Por lo tanto, cabe esperar que se desempeñen debidamente ya que conocen la satisfacción de cumplir con las responsabilidades y lograr los objetivos que persiguen. Cuando surgen dificultades el padre con autoridad enseña formas de comunicación positiva para que el niño manifieste sus puntos de vista y se negocien las alternativas de solución. Navarrete (2011) p.24.

Estilo Autoritario

El Estilo autoritario correspondería a padres que presentan un patrón muy dominante con un alto grado de control y supervisión, la obediencia es incuestionable, son castigadores tanto en forma física como psicológica, arbitrarios y enérgicos cuando no se cumple lo que ellos norman. A la vez poseen un bajo nivel de involucramiento con los hijos, no consideran la opinión Universidad del Bío-Bío - Sistema de Bibliotecas - Chile 26 o punto de vista de

ellos, establecen pautas de comportamiento y reglas muy restrictivas y muy exigentes. Por otro lado, los hijos manifiestan descontento reprimido y desconfianza (Papalia, 2005). En los hogares autoritarios el control es tan estricto que los niños no pueden elegir su propio comportamiento, más bien deben responder a lo que los padres exigen volcándose en niños muy dependientes de los adultos. Navarrete (2011) p.26.

Estilo Permisivo

Finalmente, el Estilo permisivo corresponde a padres que presentan un patrón muy tolerante, valoran la autoexpresión y la autorregulación, con un alto nivel de involucramiento. Permiten que sus hijos expresen sus sentimientos con libertad, presentan un bajo nivel de exigencia y rara vez ejercen un control sobre el comportamiento de sus hijos. Son cálidos, poco castigadores, les consultan a los hijos sobre decisiones relacionadas con las normas. Sus hijos son los que menos control ejercen sobre sí mismo, son más temerosos del medio que los rodea, En estos hogares los niños reciben muy poca orientación llegando a manifestar inseguridad y ansiedad sobre si hacen lo correcto. Navarrete (2011) p.26.

El Modelo Bidimensional de MacCoby y Martin

En este modelo se considera los postulados de Baumrind, sin embargo, se incrementa dos aspectos:

El control o exigencia: Son las demandas que ejercen los padres sobre sus hijos para que alcancen ciertos objetivos y metas.

El afecto o sensibilidad y calidez: capacidad de los padres para reaccionar con sensibilidad ante las necesidades de sus hijos.

Basado en estos dos postulados se ofrecen cuatro estilos de crianza: autoritario-recíproco, autoritario-represivo, permisivo-indulgente y permisivo-negligente. Así, se ha incrementado un estilo nuevo asociado para estos autores con el maltrato Raya, Herreruzo y Pino, (2008) citado en Narváez (2019) p.19.

Relación de los estilos de crianza y los factores del TDAH.

Según Narváez (2019) Los estilos de crianza tienen gran importancia en el desarrollo de conductas des adaptativas en niños con TDAH, pues tienen una influencia directa en la forma como presentan los síntomas, con qué frecuencia y con qué agudeza. Este comportamiento se verá reflejado así mismo fuera de la familia.p.15

Varios modelos señalan que los ambientes a pesar de no ser específicos pueden representar riesgo para los niños y su desarrollo, los padres en ese caso al dar la atención necesaria podrán mejorar o empeorar los síntomas. Cuando son desorganizados, disfuncionales pueden mantener los síntomas del TDAH; los estilos de crianza serán importantes para el proceso de socialización y desarrollo del trastorno. Considerando que las posibilidades hereditarias pueden representar vulnerabilidad, estilos de crianza problemáticos puede desarrollar nuevos síntomas. (Narváez, 2019) (p.46)

De acuerdo con Carranco (2019) es importante considerar que cada influencia sea ambiental, genética o neurológica tiene su grado de riesgo, pero dependerá la una de la otra para desarrollarse, uno de los estímulos más considerados como importante son los padres ya que ellos representan la carga hereditaria y una de las cargas ambientales más representativas; por ello es fundamental que los padres aprendan a manejar un estilo parental adecuado y tengan las debidas precauciones y conocimiento del manejo del trastorno. (p.46)

Diseño metodológico

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio:

El Centro Nacional de Atención en Salud Mental Infantil (CENASMI Managua) es un centro público de atención psicosocial especializado en la atención de infantes, atienden personas con todo tipo de patologías mentales, de manera ambulatoria. Se brinda atención psicológica y psiquiátrica; entre ellos también asisten personas diagnosticados con TDAH, de igual forma estos asisten con sus padres o tutores quienes son candidatos a participar de este estudio.

Periodo de estudio: Mayo 2021 – Abril 2022.

Población de estudio: Padres o tutores de niños diagnosticados con TDAH que asisten al Centro Nacional de Atención en Salud Mental Infantil (CENASMI Managua).

Tamaño de la muestra: 39 participantes

Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia.

Operacionalización de variables:

Variable	Definición	Dimensiones	Instrumentos
<i>Factores del TDAH</i>	Define a los factores como los síntomas del TDAH, pueden ayudar a detectar conductas prototípicas del trastorno. Pueden ser caracterizados como significativos (que se manifiestan constantemente) y no significativos (manifestaciones eventuales)	<ul style="list-style-type: none">- Problemas conductuales- Problemas del aprendizaje- Problemas Psicosomáticos- Impulsivo-Hiperactivo- Ansiedad	Escala para padres de Connors
<i>Estilos de crianza</i>	Corresponde a un conjunto de procesos, actitudes y expresiones que se transmiten a sus hijos, creando un clima emocional, afectivo y comportamental que se verá reflejado en varios aspectos de su desarrollo.	<ul style="list-style-type: none">- Negligente- Sobreprotector- Punitivo o autoritario- Asertivo o democrático	Perfil de estilos educativos

Descripción del proceso de recolección, tratamiento y análisis de información:

Se solicitó permiso al SILAIS Managua, con la autorización de la directora del departamento de Psicología UNAN León PhD. Olga Kulakova para que los padres de niños con TDAH asistentes al centro nacional de atención en salud mental infantil (CENASMI) participen de este estudio. Una vez que se autorizó el permiso, procedimos a reunirnos con el Dr. José Ayerdis (director de CENASMI) y se procedió a coordinar la asistencia para la aplicación de las pruebas psicométricas

Posteriormente a los participantes se les explicaron los objetivos de investigación y a los padres que estuvieron dispuestos a participar se les entregó un consentimiento informado donde se les pidió firmar, una vez firmado el consentimiento se les proporcionaron las pruebas: Escala para padres de Conners y el Perfil de estilos educativos. El tiempo de llenado de encuesta era de aproximadamente 20 a 35 minutos, heteroaplicadas y se recolectaban de 3 a 5 en un día.

Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 26 para crear las bases de datos, tabulaciones e interpretaciones a través de un nivel de significancia estadístico del 99%. Para esto se comprobó con el coeficiente de correlación de Pearson donde el nivel de p es 0,01 es decir 99% de confianza sea verdadera y 1% de probabilidad de error.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizados:

Perfil de estilos educativos: Es un instrumento realizado por Magaz y García (1998), tiene dos versiones para padres y para educadores. Consta de 48 ítems en los que se presentan frases que expresan ideas, creencias, actitudes y emociones sobre la educación de los hijos,

las opciones de respuesta serán sí o no. La versión para padres tiene 4 escalas, con 12 ítems para cada perfil:

- Negligente
- Sobreprotector
- Punitivo o autoritario
- Asertivo o democrático

Coeficiente de fiabilidad y validez:

El perfil de estilos educativos tiene una confiabilidad y fiabilidad dentro de la escala alfa de Cronbach: 0,87 en perfil asertivo; 0,86 en perfil en perfil inhibicioncita; 0,86 en perfil punitivo; 0,90 en perfil sobreprotector

Corrección:

La corrección del PEE es sencilla, el manual incluye una plantilla de corrección que fue impresa en papel vegetal, se coloca la plantilla sobre el cuadernillo y cada una de las columnas 12 y 3 incluye la identificación de los elementos del cuestionario que corresponden a la evaluación de un estilo educativo concreto. Para obtener la puntuación de cada estilo se suman los elementos marcados “SI” respectivamente de cada estilo, la puntuación máxima para cada estilo es 12 y mínimo 0.

Interpretación:

El resultado se obtiene según la puntuación de cada estilo, una puntuación de 1 a 4 indica un nivel bajo en ese estilo, 5 a 8 nivel moderado y de 9 a 12 el nivel del respectivo estilo es alto, no es admisible una puntuación alta en estilo sobreprotector y otra alta en estilo Inhibicionista ya que ambos son conceptualmente opuestos, de igual forma con el asertivo y punitivo sin

embargo es razonable obtener puntuaciones combinadas entre altas moderadas y bajas en los 4 estilos ya que las personas no disponemos de sistemas cognitivos puros sino combinados.

Escala para calificación de padres Conners: Es un instrumento adaptado por Farré y Narbona (1989) que se utiliza para evaluar los síntomas de Hiperactividad, desatención y problemas de conducta. Se aplica a partir de los 3 hasta los 17 años. Hay opciones de respuesta de grado nunca: 0, sólo un poco: 1, bastante: 2, mucho: 3; se realiza la suma total y se identificará el índice de hiperactividad. Si se encuentra sobre 70 indica un alto grado de hiperactividad. Para los factores si el puntaje es mayor o igual a 70 es significativo, si es menor de 70 no es significativo.

La escala de calificación para padres Conners en su versión de 48 reactivos evalúa cinco factores que corresponden a síntomas presentes en el trastorno:

Problemas conductuales (8 ítems)

Problemas del aprendizaje (4 ítems)

Problemas Psicosomáticos (4 ítems)

Impulsivo-Hiperactivo (4 ítems)

Ansiedad (4 ítems)

Coefficiente de fiabilidad y validez:

Escala para padres de Conners posee un coeficiente alfa de Cronbach como índice de fiabilidad: $\alpha = 0,936$ para la EEC y $\alpha = 0,894$ para la EFC (A Farré-Riba, 1996).

Corrección e interpretación:

Se sumaron las puntuaciones de cada ítem por factor de acuerdo con la puntuación que tenían asignada en la escala de tipo Likert.

Posteriormente para su interpretación se necesitó el manual para la escala de calificación para Padres.

En el factor correspondiente localizamos el sexo y la suma de los ítems.

Seguimos el reglón que corresponde a la suma de los puntos hasta el cruce con la columna de edad del niño.

Si la puntuación es mayor o igual a 70 se interpretó como significativo para ese factor, si era menor de 70 puntos se interpretaba como No significativo.

Criterios de inclusión

- Que los participantes sean padres o tutores de niños diagnosticados con TDAH.
- Padres o tutores de niños con TDAH que sean pacientes activos del Centro Nacional de Atención en Salud Mental Infantil (CENASMI Managua).
- Padres o tutores de niños con TDAH que comprendan las edades de 6 a 14 años.
- Padres o tutores de niños que cursen como nivel mínimo preescolar.
- Que accedan a participar de manera voluntaria a este estudio firmando consentimiento informado.

Consideraciones éticas:

- Se les informo a los centros de atención psicológica acerca de los objetivos de la investigación y el instrumento que se utilizó.

- Se facilitó el consentimiento informado a cada participante, en dicho consentimiento se describieron los objetivos de la investigación y el uso que se le dio a los datos para que posteriormente fueran firmados.
- Se respetó a la privacidad de los participantes.
- Su identidad permaneció en el anonimato ya que no se solicitó el nombre de los participantes, únicamente se necesitaron las iniciales en el consentimiento informado.
- Se manejó con total confidencialidad toda la información recolectada.
- Los resultados encontrados no se utilizaron para ningún fin que no sea investigativo.
- La participación fue voluntaria y los participantes podrían retirarse de la investigación si lo consideraban necesario.

Resultados

I. Características sociodemográficas

El **59%** de los niños son de sexo masculino, el rango de edad predominante fue de 6 a 10 años, en su mayoría cursan primaria con un **64%** (Véase tabla 1)

Tabla 1.

Características sociodemográficas de los niños diagnosticados con TDAH

	Variable	%N de columna válida	Recuento
Sexo del niño	Masculino	59%	23
	Femenino	41%	16
	Total	100%	39
Edad del niño	6 a 10 años	76.9%	30
	11 a 14 años	23.1%	9
	Total	100%	39
Escolaridad	Preescolar	17.9%	7
	Primaria	76.9%	30
	Secundaria	5.1%	2
	Total	100%	39

Fuente: *Elaboración propia en base de datos, entrevista.*

El 89.7% de los padres o tutores participantes de este estudio son del sexo femenino y el 88% de ellos se encuentran dentro del grupo etario de adultos. (Véase tabla 2)

Tabla 2.

Características sociodemográficas de los padres/tutores de niños diagnosticados con TDAH.

	Variable	%N de columna válida	Recuento
Sexo de los padres/tutores	Masculino	10.3%	4
	Femenino	89.7%	35
	Total	100%	39
Edad de los padres/tutores	Adolescentes	2.6%	1
	Adultos	89.7%	35
	Adultos mayores	7.7%	3
	Total	100%	39

Fuente: *Elaboración propia en base de datos, entrevista.*

Los niños de los 2 rangos de edad presentaron índices significativos de problemas de aprendizaje, así como también presentaron índices significativos en problemas de conducta. (Véase tabla 3)

Tabla 3.

Edad del niño y manifestaciones clínicas del TDAH.

		De 6 a 10 años		De 11 a 14 años		P
		Recuento	%	Recuento	%	
Problemas conductuales	Significativo	19	63.3%	5	55.6%	0.674
	No significativo	11	36.7%	4	44.4%	
Problemas de aprendizaje	Significativo	19	63.3%	5	55.6%	0.674
	No significativo	11	36.7%	4	44.4%	
Psicosomático	Significativo	12	40%	2	22.2%	0.330
	No significativo	18	60%	7	77.8%	
Impulsivo/ hiperactivo	Significativo	10	33.3%	3	33.3%	1.000
	No significativo	20	66.7%	6	66.7%	
Ansiedad	Significativo	6	20%	4	44.4%	0.141
	No significativo	24	80%	5	55.6%	

Fuente: *Escala de calificación para padres de Conners*

Los participantes del sexo masculino presentan mayor índice significativos en problemas de conducta seguido por problemas de aprendizaje por otro lado, las participantes del sexo femenino presentan sus mayores índices significativos esencialmente en los problemas de aprendizaje.

Tabla 4.

Sexo del niño y manifestaciones clínicas del TDAH.

Sexo del niño						
Variable	Nivel	Masculino		Femenino		P
		Recuento	%	Recuento	%	
Problemas conductuales	Significativo	11	47.8%	13	81.3%	0.035
	No significativo	12	52.2%	3	18.8%	
Problemas de aprendizaje	significativo	10	43.5%	14	87.5%	0.005
	No significativo	13	56.5%	2	12.5%	
Psicosomático	significativo	7	30.4%	7	43.8%	0.394
	No significativo	16	69.6%	9	56.3%	
Impulsivo/hiperactivo	Significativo	8	34.8%	5	31.3%	0.818
	No significativo	15	65.2%	11	68.8%	
Ansiedad	Significativo	7	30.4%	3	18.8%	0.411
	No significativo	16	69.6%	13	81.3%	

Fuente: *Escala de calificación para padres de Conners*

Los tutores registran un estilo de crianza sobreprotector, así como estilos de crianza asertivo y punitivo mientras que en el caso de las tutoras presentan un estilo de crianza asertivo y sobreprotector, (véase tabla 5)

Tabla 5.

Sexo del padre y estilos de crianza

		Sexo del padre o tutor				
		Masculino			Femenina	
Variable	Nivel	Recuento	% de columnas válidas	N	Recuento	% de columnas válidas
Sobreprotector	Bajo	0	0.0%	4	11.4%	
	Moderada	0	0.0%	10	28.6%	
	Alto	4	100%	21	60.0%	
Asertivo	Bajo	0	0.0%	1	2.9%	
	Moderado	1	25.0%	10	28.6%	
	Alto	3	75.0%	24	68.6%	
Punitivo	Bajo	0	0.0%	5	14.3%	
	Moderado	2	50.0%	19	54.3%	
	Alto	2	50.0%	11	31.4%	
Inhibicionista	Bajo	2	50.0%	22	62.9%	
	Moderado	1	25.0%	10	28.6%	
	Alto	1	25.0%	3	8.6%	

Fuente: *Perfil de estilos educativos*

Los tutores adolescentes presentan estilos asertivos y sobreprotector , los tutores adulto mayor presentaron un estilo sobreprotector a diferencia de los del grupo de adulto que presentaron un estilo asertivo. (véase tabla 6)

Tabla 6.

Edad del padre y estilos de crianza

		Edad del Padre o Tutor					
Variable	Nivel	Adolescentes		Adultos		Adultos mayores	
		Recuento	% de N columnas válidas	Recuento	% de N columnas Válidas	Recuento	% de N columnas válidas
Sobreprotector	Baja	0	0.0%	4	11.4%	0	0.0%
	Moderada	0	0.0%	10	28.6%	0	0.0%
	Alto	1	100%	21	60.0%	3	100%
Asertivo	Baja	0	0.0%	1	2.9%	0	0.0%
	Moderada	0	0.0%	10	28.6%	1	33.3%
	Alto	1	100%	24	68.6%	2	66.7%
Punitivo	Baja	0	0.0%	5	14.3%	0	0.0%
	Moderada	1	100%	18	51.4%	2	66.7%
	Alto	0	0.0%	12	34.3%	1	33.3%
Inhibicionista	Baja	1	100%	20	57.1%	3	100%
	Moderada	0	0.0%	11	31.4%	0	0.0%
	Alto	0	0.0%	4	11.4%	0	0.0%

Fuente: *Perfil de estilos educativos*

II. Variables predominantes

Al analizar las dimensiones de las manifestaciones clínicas del TDAH según Conners se encontró que los problemas de aprendizaje y los problemas conductuales son los que presentan un porcentaje significativo en los niños diagnosticados con TDAH. (Véase tabla 7) Por su parte estos resultados demuestran que las manifestaciones clínicas como: psicósomáticas, impulsividad/hiperactividad y ansiedad son no significativas en los niños diagnosticados, es decir, estas se presentan eventualmente.

Tabla 7.

Manifestaciones clínicas del TDAH

Variable	Nivel	Recuento	%N columnas validas
Problemas conductuales	Significativo	24	61.5%
	No significativo	15	38.5%
Problemas de aprendizaje	Significativo	24	61.5%
	No significativo	15	38.5%
Psicosomático	Significativo	14	35.9%
	No significativo	25	64.1%
Impulsivo/Hiperactivo	Significativo	13	33.3%
	No significativo	26	66.7%
Ansiedad	significativo	10	25.6%
	No significativo	29	74.4%

Fuente: *Escala de calificación para padres de Conners*

Al llevar a cabo el análisis de los estilos de crianza se encontró que predomina el estilo Asertivo seguido por el estilo Sobreprotector. Existe una variación de los estilos de crianza y aunque los estilos antes mencionados son los que predominan no existe un dominio absoluto por ninguno de estos en los niños diagnosticados. (Véase tabla 8)

Tabla 8.

Estilos de crianza

Variable	Nivel	Recuento	%N columnas válidas
Sobreprotector	Baja	4	10.3%
	Moderado	10	25.6%
	Alto	25	64.1%
Asertivo	Baja	1	2.6%
	Moderado	11	28.2%
	Alto	47	69.2%
Punitivo	Baja	5	12.8%
	Moderado	21	53.8%
	Alto	13	33.3%
Inhibicionista	Baja	24	61.5%
	Moderado	11	28.2%
	Alto	4	10.3%

Fuente: *Perfil de estilos educativos*

III. Estilos de crianza y manifestaciones clínicas en niños con TDAH.

Los que presentan problemas conductuales significativos tienen un estilo sobreprotector, mientras los que presentan problemas conductuales no significativos tienen un estilo asertivo. (Véase tabla 9)

Tabla 9.

Problemas conductuales y estilos de crianza

Variable	Nivel	Problemas conductuales				P
		Significativo		No significativo		
		Recuento	% de N columnas validas	Recuento	% De N columnas validas	
Sobreprotector	Baja	4	16.7%	0	0.0%	0.104
	Moderado	4	16.7%	6	40.0%	
	Alto	16	66.7%	9	60.0%	
Asertivo	Baja	1	4.2%	0	0.0%	0.165
	Moderado	9	37.5%	2	13.3%	
	Alto	14	58.3%	13	86.7%	
Punitivo	Baja	4	16.7%	1	6.7%	0.593
	Moderado	13	54.2%	8	53.3%	
	Alto	7	29.2%	6	40.0%	
Inhibicionista	Bajo	15	62.5%	9	60.0%	0.880
	Moderado	7	29.2%	4	26.7%	
	Alto	2	8.3%	2	13.3%	

Fuente: *Escala para padres de Connors/Perfil de estilos educativos*

Los que tienen problemas de aprendizaje significativos presentan un estilo sobreprotector mientras que los que presentan problemas de aprendizaje no significativos tienen un estilo asertivo. (Véase tabla 10)

Tabla 10.

Problemas de aprendizaje y estilos de crianza

Problemas Aprendizaje						
Variable	Nivel	Significativo		No significativo		P
		Recuento	% de N columnas validas	Recuento	% De N columnas validas	
Sobreprotector	Baja	2	8.4%	1	6.7%	0.843
	Moderado	6	25.0%	4	26.7%	
	Alto	16	66.6%	10	66.7%	
Asertivo	Baja	1	4.2%	0	0.0%	0.703
	Moderado	8	32.8%	4	26.7%	
	Alto	15	63.0%	11	73.3%	
Punitivo	Baja	2	8.3%	3	20.0%	0.337
	Moderado	15	62.5%	6	40.0%	
	Alto	7	29.2%	6	40.0%	
Inhibicionista	Baja	16	66.7%	8	53.3%	0.412
	Moderado	5	20.8%	6	40.0%	
	Alto	3	12.5%	1	6.7%	

Fuente: *Escala para padres de Connors/Perfil de estilos educativos*

Los niños que presentan manifestaciones psicósomáticas significativas tienen un estilo sobreprotector y los que tiene manifestaciones psicósomáticas no significativas tienen un estilo asertivo. (Véase tabla 11)

Tabla 11.

Psicósomática y estilos de crianza

Psicósomática						
Variable	Nivel	Significativo		No significativo		P
		Recuento	% de N columnas validas	Recuento	% de N columnas validas	
Sobreprotector	Baja	2	14.3%	2	8.0%	0.780
	Moderado	3	21.4%	7	28.0%	
	Alto	9	64.3%	16	64.0%	
Asertivo	Baja	1	7.1%	0	0.0%	0.261
	Moderado	5	35.7%	6	24.0%	
	Alto	8	57.1%	19	76.0%	
Punitivo	Baja	2	14.3%	3	12.0%	0.495
	Moderado	9	64.3%	12	48.0%	
	Alto	3	21.4%	10	40.0%	
Inhibicionista	Bajo	12	85.7%	12	48.0%	0.055
	Moderado	2	14.3%	9	36.0%	
	Alto	0	0.0%	4	16.0%	

Fuente: *Escala para padres de Connors/Perfil de estilos educativos*

En los niños que presentan impulsividad/hiperactividad significativamente presentan un estilo asertivo por su parte quienes lo presentan no significativamente tienen un estilo asertivo y sobreprotector. (Véase tabla 12)

Tabla 12.

Impulsividad/Hiperactividad y estilos de crianza

Impulsividad/Hiperactividad		Significativo		No significativo		P
Variable	Nivel	Recuento	% de N columnas validas	Recuento	% de N columnas validas	
Sobreprotector	Baja	3	23.1%	1	3.8%	0.139
	Moderado	2	15.4%	8	30.8%	
	Alto	8	61.5%	17	65.4%	
Asertivo	Baja	1	7.7%	0	0.0%	0.192
	Moderado	2	15.4%	9	34.6%	
	Alto	10	76.9%	17	65.4%	
Punitivo	Baja	2	15.4%	3	11.5%	0.242
	Moderado	9	69.2%	12	46.2%	
	Alto	2	15.4%	11	42.3%	
Inhibicionista	Bajo	8	61.5%	16	61.5%	0.918
	Moderado	4	30.8%	7	26.9%	
	Alto	1	7.7%	3	11.5%	

Fuente: *Escala para padres de Connors/Perfil de estilos educativos*

Los niños que tienen una ansiedad significativa y no significativo presentan el estilo asertivo. (Véase tabla 13)

Tabla 13.

Ansiedad y estilos de crianza

Ansiedad						
Variable	Nivel	Significativo		No significativo		P
		Recuento	% de N columnas validas	Recuento	% de N columnas validas	
Sobreprotector	Baja	2	20.0%	2	6.9%	0.414
	Moderado	3	30.0%	7	24.1%	
	Alto	5	50.0%	20	69.0%	
Asertivo	Baja	0	0.0%	1	3.4%	0.640
	Moderado	2	20.0%	7	25.2%	
	Alto	8	80.0%	21	71.4%	
Punitivo	Baja	1	10.0%	4	13.8%	0.861
	Moderado	5	50.0%	16	55.2%	
	Alto	4	40.0%	9	31.0%	
Inhibicionista	Bajo	7	70.0%	17	58.6%	0.460
	Moderado	3	30.0%	8	27.6%	
	Alto	0	0.0%	4	13.8%	

Fuente: *Escala para padres de Connors/Perfil de estilos educativos*

Discusión

La mayor afluencia de participantes pertenece al sexo masculino lo cual es corroborado con la teoría ya que se conoce que el TDAH es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino entre la población general con una proporción de aproximada de 2.1 (American Psychiatric Association 2013).

En cuanto a las manifestaciones clínicas los problemas de conducta y los problemas de aprendizaje son los que se presentan significativamente tanto en niños y niñas, aunque en las de sexo femenino son más frecuentes al respecto Hidalgo y Sánchez (2014) señalan que estas últimas obtienen peores puntuaciones académicas, conductuales y de funcionamiento social. Sin embargo, las diferencias de género presentes en el diagnóstico del TDAH se encuentran constituidas por dimensiones socioculturales que no pueden ser reducidas a una lista de condiciones naturales. Tanto niños y niñas no experimentan de manera diferenciada las dificultades vinculadas al diagnóstico en términos de mayor presencia de comportamientos desatentos o hiperactivos, en unos y otras, ambos reportan dificultades en sus contextos cotidianos, en relación a sus diferentes manifestaciones; lo que se expresa como diferencias son las formas en que los niños y las niñas abordan las problemáticas asociadas al TDAH en sus diferentes contextos. (Uribe 2019) p.88

En cuanto a los estilos parentales relacionados con la edad y el sexo de los tutores se ha encontrado que los padres del sexo masculino presentan mayormente un estilo sobreprotector seguido del estilo asertivo mientras que las mujeres tienen un estilo asertivo seguido por el estilo sobreprotector y que el grupo etario más predominante entre los tutores de niños con TDAH son los adultos quienes presentan un estilo asertivo mientras que los adolescentes y los adultos mayores son sobreprotectores. De este modo, para comprender los

factores que determinan los estilos de crianza hay que tener en cuenta la eficacia de los diferentes tipos de disciplina entendiéndose como estrategias y mecanismos de socialización que emplean los padres para regular la conducta e inculcar valores, actitudes y normas, en segundo lugar las características del niño (edad, sexo, orden de nacimiento y características de personalidad) y las características de los padres (sexo, edad, experiencia previa como hijos y padres, características de personalidad, nivel educativo, ideas acerca del proceso evolutivo y la educación) , así como la interacción entre estos últimos dos. Problemas del comportamiento infantil pueden generar frustración, molestia, y tristeza en los padres, dando paso a conductas de hostilidad o permisividad en los padres o tutores. (Rodríguez y Villamizar 2019) p. 235

Los tutores de los niños diagnosticados presentan un estilo de crianza sobreprotector cuando se manifiestan problemas conductuales y de aprendizaje significativos mientras que los que tienen un estilo asertivo presentan mayor frecuencia en los problemas conductuales y de aprendizaje no significativos. Por otra parte, los resultados de una investigación realizada por Carranco (2019) encontraron que el estilo de crianza autoritario incrementa las posibilidades de que se presenten con persistencia factores de manifestaciones significativas en el aprendizaje y en la impulsividad-hiperactividad sin embargo en el estilo de Crianza Asertivo, se observa que no conlleva manifestaciones significativas del TDAH. Es decir que el factor que más aporta al control de las manifestaciones del TDAH es el estilo de crianza Asertivo. Respecto a la relación del estilo sobreprotector y los problemas conductuales y de aprendizaje encontrada en este estudio Osorio (2016) explica que no es infrecuente que los tutores de niños con TDAH tiendan a desarrollar un estilo de crianza sobreprotector debido a que la propia sintomatología del trastorno suele presentarse con conductas disfuncionales

y desadaptativas, los padres a menudo intervienen e incluso se adelantan a cualquier situación conflictiva que se les presente privándoles del aprendizaje vivencial de asumir responsabilidades y dificultad para resolver problemas de sí mismo; a menudo presentan problemas atencionales, de aprendizaje y memoria operativa suelen ser niños muy olvidadizos a los que les cuesta seguir una secuencia de indicaciones y en ocasiones están ausentes o ensimismados, por esto los tutores y familiares son más proclives a desarrollar un estilo de crianza sobreprotector el cual se caracteriza por ofrecer mucho afecto al niño sin permitir el desarrollo de la autonomía dejando límites y normas no establecidas.

Conclusión

Los tutores presentan mayoritariamente los estilos parentales sobreprotector y asertivo, cuando los padres registran niveles altos en el estilo sobreprotector tienden a impedir a sus hijos desarrollar autonomía, estos padres suelen estar extremadamente preocupados por el futuro de sus hijos, si serán capaces o no de valerse por sí mismo algún día. Por otra parte, las manifestaciones clínicas que se presentan en los infantes con mayor índice significativo son los problemas de conducta y los problemas de aprendizaje siendo que las manifestaciones clínicas del TDAH se relacionan con los estilos de crianza de la siguiente manera; el estilo de crianza sobreprotector se presenta cuando existen manifestaciones conductuales y de aprendizaje significativas mientras que el estilo asertivo cuando las manifestaciones conductuales y de aprendizaje son no significativas. De manera concluyente se puede afirmar que los problemas de conducta y aprendizaje que presentan los niños con TDAH influye significativamente en la tendencia educativa de los padres ya que estos manifiestan desconfianza y preocupación ante los problemas de conducta de sus hijos porque representan peligro para su propia integridad así como los problemas de aprendizaje se traducen en la necesidad constante de ayuda por parte de los padres sin embargo el estilo de crianza también influye en las manifestaciones clínicas del TDAH ya que no permite que algunos factores protectores como la edad aporten a la autorregulación de la sintomatología ya que interrumpen el curso natural del desarrollo de sus hijos, un estilo asertivo practicado de forma constante no eventual podría resultar en un mejor manejo de las situaciones a las que conlleva el TDAH.

Recomendaciones

A las autoras:

Compartir los hallazgos de la investigación con los psiquiatras y psicólogos respecto a los estilos de crianza que predominan en padres de los niños diagnosticados con TDAH y las principales manifestaciones clínicas que se presentan en los infantes; con el fin de que esta información les sea útil para psicoeducar a los tutores y tener un precedente de cuales son las principales dificultades que se han descrito en la crianza de los niños con TDAH. Retribuirles a los participantes que nos brindaron la información para que este trabajo investigativo pudiera llevarse a cabo elaborando un taller para padres enfocado en los resultados de la investigación.

Al Centro Nacional de Atención en Salud Mental Infantil (CENASMI):

Se sugiere orientar a los padres de niños diagnosticados con TDAH sobre la relación existente entre las manifestaciones clínicas y el estilo de crianza una vez que conozcan los resultados señalando la importancia que puede tener tanto en las vivencias actuales de los niños como en el desarrollo y curso del trastorno como pueden ser la comorbilidad con otros trastornos como los disruptivos o adicciones.

A los padres:

Poner en práctica las estrategias que se les presenten una vez que hayan participado en el taller para padres que brinden las autoras de esta investigación para marcar límites dentro de la crianza y así brindar a sus hijos la oportunidad de desarrollar el aprendizaje vivencial, la gestión de emociones, la autonomía e independencia que favorezca las respuestas adaptativas ante las situaciones cotidianas de la vida.

Referencias bibliográficas

Alvarez S., Cabarcas M., Morelo Y., (2016) “*Estilos parentales y tipología familiar en adolescentes entre 15 y 17 años de una institución educativa distrital de la ciudad de Cartagena de Indias – Bolívar*”. Universidad De San Buenaventura Seccional Cartagena Facultad De Educación Y Ciencias Humanas Programa De Psicología. Recuperado de: http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co:8080/bitstream/10819/4026/1/Estilos%20parentales%20y%20tipolog%C3%ADa_Sugeydis%20Alvarez%20P_2016.pdf

Asociación Americana de Psiquiatría, (2014) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría. Recuperado de: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Association American Psychiatric (2014) “*Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*”. Recuperado de: <https://www.medicapanamericana.com/mx/libro/dsm-5-guia-de-consulta-de-los-criterios-diagnosticos-del-dsm-5>

Capano A., Ubach A., (2013) “*Estilos Parentales, Parentalidad Positiva Y Formación De Padres*”. Ciencias Psicológicas, vol. VII, núm. 1, pp. 83-95 Universidad Católica del Uruguay Dámaso Antonio Larrañaga Montevideo, Uruguay. Recuperado de : <https://www.redalyc.org/pdf/4595/459545414007.pdf>

Carranco V. (2019) “*Estilos de crianza y su relación con los factores del TDAH en niños y niñas de la Unidad Educativa Numa Pompilio Llona, en el periodo 2018-2019.*” Universidad Central Del Ecuador, Facultad De Ciencias Psicológicas. Quito, Ecuador. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/19388>

Instituto de Salud Mental (2018) “*Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)*”. Institutos nacionales de la Salud. Recuperado de: http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/adhd_booklet_spanish_cl508.pdf

Gandarias A., (2013) “*Estilos Educativos Familiares y sus efectos en el desarrollo de hábitos y habilidades de autonomía*”. Universidad Fernando Pessoa; Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Porto. Recuperado de: <http://www.gacinvestigacion.com/wp-content/uploads/2014/05/Tesina-Estilos-Educativos-Familiares-y-sus-efectos-en-el-desarrollo-de-h%C3%A1bitos-y-habilidades-de-autonom%C3%ADa.pdf>

Gonzalez M., Carola V., “*Frecuencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los estudiantes de sexto y séptimo de básica de la Escuela Emilio Abad, de la ciudad de Azogues, en el periodo lectivo 2016-2017*” Universidad De Cuenca Facultad De Ciencias Médicas. Cuenca, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26782/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

Llanos L., Garcia D., Gonzalez H., (2019) “*Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños escolarizados de 6 a 17 años*”. Revista Pediatra Atención Primaria, 21. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v21n83/1139-7632-pap-21-83-e101.pdf>

Maldonado A. (s.f) Principales causas de la sobreprotección de los padres de San Lorenzo Tlalmanalco. Universidad de Cuautitlan Izcalli. Recuperado de: <https://www.monografias.com/trabajos109/a-principales-causas-sobreproteccion-padres-san-lorenzo-tlalmanalcoa/a-principales-causas-sobreproteccion-padres-san-lorenzo-tlalmanalcoa>

Navarrete L. (2011) “*Estilos de crianza y calidad de vida en padres de preadolescentes que presentan conductas disruptivas en el aula*” Universidad del Bio-Bio, facultad de educación y humanidades; Chillan Chile. Recuperado de: http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/2110/1/Navarrete_Acuna_Lucia.pdf

Ortega K., Arniniegas M., (2018) “*Los estilos parentales y su relación con las habilidades sociales en adolescentes entre 12 y 14 años de básica secundaria de una Institución Privada De Cartagena*”. Universidad San Buenaventura Facultad de educación, ciencias humanas y sociales, Cartagena. Recuperado de: http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/bitstream/10819/6176/1/Los%20estilos%20parentales%20y%20su%20relaci%C3%B3n_Karen%20Ortega%20P_2018.pdf

Ramírez M. (2005) “*Padres y desarrollo de los hijos: Practicas de crianza*” Estudios pedagógicos. Vol. 31 núm. 2. pp. 167-177 Universidad Austral de Chile. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=173519073011>

Raya A., Herreruzo J., Pina M., (2008) “*El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad*”. Psicothema, vol. 20, núm. 4, pp. 691-696 Universidad de Oviedo Oviedo, España. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72720428.pdf>

Rodríguez L., Amaya C., (2019) “*Estilos de crianza, autoeficacia parental y problemas conductuales infantiles en tres municipios de Santander*”. Rev Univ Ind Santander Salud; 51(3): 228-238. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7099613>

Rusca F., Cortes C., (2020) “*Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica*” Revista de Neuropsiquiatría; Lima, Perú 83(3), pp 148-156. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000300148

Uribe P, Abarca-Brown G. (2019) “*TDA-H y género: experiencias subjetivas de niños y niñas en Chile*” Universidad de Chile. Vol. 28, núm. 1, pp 91-95. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/TH4fxKQSWkRKbXhWzmDndzm/?format=pdf&lang=es>

Vasques L., (2007) *“Los patrones de crianza de la niñez en Nicaragua: un balance de los estudios realizados en el país”* Centro de Análisis Socio-Cultural (CASC), Universidad Centroamericana. Recuperado de:
<http://repositorio.uca.edu.ni/1212/1/encuentro77articulo7.pdf>

Anexos

1. Formulario de Consentimiento informado

Le estamos invitando a participar en el estudio **Estilos de crianza practicados y manifestaciones clínicas del TDAH en niños diagnosticados que asisten al centro de atención en salud mental Infantil CENASMI – Managua**, dicha investigación está orientada a identificar como los estilos de crianza están relacionados con las manifestaciones clínicas del TDAH en niños y niñas con este trastorno, considerando que en la actualidad la población de estos niños necesitan de la mejor intervención multidisciplinaria que se les pueda ofrecer, puesto que su prevalencia incrementa cada vez. Se buscan estrategias efectivas y de fiabilidad para mejorar las condiciones de vida y brindar alternativas tanto los centros de Atención como para las familias de estos niños.

Este estudio tiene por objetivo describir los estilos de crianza practicados y manifestaciones clínicas del TDAH en niños diagnosticados que asisten al centro de atención en salud mental Infantil CENASMI – Managua.

Toda la información que usted proporcione durante el proceso de estudio se utilizará solo para fines de la investigación mencionados en el presente documento.

2. PERFILES DE ESTILOS EDUCATIVOS (PEE)

Instrucciones:

- A continuación, leerá algunas afirmaciones sobre cómo piensan, sienten o actúan los padres con relación a sus HIJOS/AS.
- Lea con atención y cuidado cada una de ellas.
- En cada frase, si está de acuerdo con lo que en ella se dice, ponga una equis **X** en la columna correspondiente al **SI** y, si no está de acuerdo con tal afirmación, póngala en la columna correspondiente al **NO**.
- Por favor, CONTESTE A TODAS LAS FRASES.
- No emplee demasiado tiempo en cada una de las afirmaciones.
- Tenga en cuenta que no hay respuestas BUENAS ni MALAS.
- GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Sexo y edad del representante: _____

Sexo y edad del hijo: _____

N°	Afirmación	SI	NO
1	Los padres tenemos la obligación de educar a nuestros hijos evitándoles cualquier tipo de malestar o incomodidad.		
2	Para que mis hijos progresen en la vida, tengo que enseñarles y luego permitirles que practiquen lo que les he enseñado		
3	La clave para educar bien a los hijos consiste exclusivamente en castigarlos cada vez que se porten mal		
4	Me molesta que alguno de mis hijos me pida ayuda para hacer algo su ni ayuda o supervisión.		
5	Me pongo nervioso cuando veo que alguno de mis hijos quiere hacer algo sin mi ayuda o supervisión.		
6	Los hijos saben cuidarse solos, los padres no tenemos por qué estar constantemente preocupándonos por ellos.		
7	Frecuentemente estoy preocupado por la posibilidad de que mis hijos sufran algún daño		

8	Me agrada que mis hijos tengan la iniciativa para hacer las cosas, aunque cometa errores		
9	Los padres debemos exigir a nuestros hijos que en cualquier ocasión hagan las cosas de la mejor manera posible		
10	Me siento mal cuando alguno de mis hijos rechaza mi ayuda para hacer algo		
11	Creo que los padres tenemos que dejar a los hijos “al aire” para que aprendan por su cuenta		
12	Me angustio cuando creo que no estoy educando bien a mis hijos		
13	Me agrada enseñar a mis hijos cosas nuevas		
14	Para que los niños maduren y se hagan responsables se les debe castigar por su mala conducta		
15	La educación de los hijos puede llevarse a cabo perfectamente sin recompensas ni castigo		
16	Cuando alguno de mis hijos está enfermo, me asusto mucho		
17	En mi opinión es normal que mis hijos cometan errores mientras están creciendo		
18	Noto tensión o nerviosismo cuando mi hijo está fuera de casa		
19	Pienso que los hijos no merecen ningún premio ni castigo por portarse como deben		
20	Me preocupo mucho cuando pienso que algún día mi hijo tendrá que cuidar de sí mismo		
21	Cuando mi hijo se pone enfermo pienso que es algo propio de la edad o de la época y se le pasará pronto		
22	Los padres tenemos la obligación de enseñar poco a poco a nuestros hijos a tomar sus decisiones		
23	Lo mejor es que los hijos aprendan por los daños que sufren en la vida		
24	Los padres somos responsables de todo lo malo que pueda ocurrir a nuestros hijos		
25	Cuando mis hijos aprenden algo nuevo compruebo que es correcto y adecuado para ellos		

26	Me gustaría ayudar a mis hijos en todo		
27	Creo que la vida es la mejor escuela, sin que sea necesario estar dando constantemente consejos a los hijos.		
28	Pienso que los padres debemos supervisar el desarrollo de nuestros hijos sin angustiarnos.		
29	Me siento mal cuando pienso en todas las contrariedades que mis hijos tendrán en la vida.		
30	Los padres no podemos evitar todos los daños que les puedan ocurrir a nuestros hijos		
31	Me irrito cuando veo que alguno de mis hijos no hace las cosas exactamente como yo le he dicho que las haga		
32	Cuando alguno de mis hijos está enfermo acudo al pediatra, tranquilo sin preocuparme en exceso		
33	Por lo general cuando alguno de mis hijos se desarrolle sin limitarlos con normas o prohibiciones		
34	Los padres deben dejar que sus hijos se desarrollen sin limitarlos con normas o prohibiciones		
35	Cuando alguno de mis hijos pasa algo desagradable por no hacerme caso le recrimino		
36	Para que los hijos progresen los padres tenemos que ayudarles casi constantemente		
37	Los padres debemos llevar una vida normal sin preocuparnos demasiado por el desarrollo de los hijos		
38	Los castigos enseñan a los hijos a respetar a los padres		
39	Los padres tenemos la culpa de las cosas que le puedan ocurrir a sus hijos		
40	Los padres tenemos la obligación de establecer normas severas de comportamiento para sus hijos		
41	Cuando los hijos se quejan de algo la mayoría de las veces exageran		
42	Cuando veo que alguno de mis hijos va a cometer un error por lo general lo dejo para que aprenda		
43	Creo que mis hijos pueden aprender a cuidar de sí mismo		

44	Los padres tenemos que utilizar frecuentemente los castigos para prevenir los frutos		
45	Me pongo nervioso/a cuando oigo a alguien que dice que los padres debemos ayudar a los hijos a resolver sus problemas		
46	Los padres deben enseñar a sus hijos que la vida está llena de dificultades contra las que hay que luchar		
47	Cuando un hijo va a salir solo/a los padres deben enseñarle todo lo que necesita para saber cuidar de sí		
48	Cuando los niños están enfermos hay que atenderles, pero seguir castigándolos igual que si estuviera bien		

3. Escala de calificaciones para Padres Connors

Cuestionario para Padres

Nombre del niño (a): _____ Edad: _____ Sexo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nivel/grado escolar: _____

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Fecha de aplicación: _____

Reactivo	Nunca	Solo un poco	Bastante	Mucho
1. Se escarba o jala las uñas (las uñas, dedos, cabello, ropa).	0	1	2	3
2. Es insolente con los adultos.	0	1	2	3
3. Tiene problemas para hacer o conservar amigos.	0	1	2	3
4. Es excitable, impulsivo.	0	1	2	3
5. Quiere controlar las cosas.	0	1	2	3
6. Chupa o mastica (el dedo, ropa, cobija).	0	1	2	3
7. Lloro con facilidad con frecuencia.	0	1	2	3
8. Busca problemas.	0	1	2	3
9. Es soñador.	0	1	2	3
10. Tiene problemas para aprender.	0	1	2	3
11. Es muy inquieto, no puede dejar de moverse.	0	1	2	3
12. Es temeroso (de situaciones nuevas; nuevas personas o lugares, de ir a la escuela).	0	1	2	3

13.Esta inquieto, siempre esta de un lado a otro.	0	1	2	3
14.Es destructivo.	0	1	2	
15.Dice mentiras e historias que no son ciertas.	0	1	2	3
16.Es tímido.	0	1	2	3
17.Se mete en más problemas que los demás niños de la misma edad.	0	1	2	3
18.Habla de manera diferente a otros de la misma edad (habla infantil, tartamudeo, es difícil de entender).	0	1	2	3
19.Niega errores o culpa a otros.	0	1	2	3
20.Es pendenciero (propenso a riñas).	0	1	2	3
21.Hace pucheros y esta malhumorado.	0	1	2	3
22.Roba	0	1	2	3
23.Es desobediente u obedece, pero con resentimiento.	0	1	2	3
24.Se preocupa más que otros de estar solo, de enfermedad o muerte	0	1	2	3
25.No termina las cosas	0	1	2	3
26.Se hiere emocionalmente con facilidad	0	1	2	3
27.Es abusivo con los demás	0	1	2	3
28.Es incapaz de cesar una actividad repetitiva	0	1	2	3
29.Es cruel	0	1	2	3
30.Es infantil o inmaduro (desea ayuda que no debería necesitar, depende de otros, necesita constantes afirmaciones de seguridad)	0	1	2	3

31.Es distraído o tiene un problema de lapso de atención	0	1	2	3
32.Tiene dolores de cabeza	0	1	2	3
33.Cambia de estado de ánimo	0	1	2	3
34.No le gusta seguir o no sigue las reglas o restricciones	0	1	2	3
35.Pelea constantemente	0	1	2	3
36.No se lleva bien con hermanos y hermanas	0	1	2	3
37.Se frustra con facilidad ante los esfuerzos	0	1	2	3
38.Molesta a los demás niños	0	1	2	3
39.Es básicamente una niña/o infeliz	0	1	2	3
40.Tiene problemas con la comida (poco apetito, se levanta de la mesa entre bocado)	0	1	2	3
41.Tiene dolores de estomago	0	1	2	3
42.Tiene problemas de sueño (no puede dormir, se levanta demasiado temprano, se levanta por la noche)	0	1	2	3
43.Tiene otros dolores y molestias	0	1	2	3
44.Tiene vómitos o nauseas	0	1	2	3
45.Se siente traicionado por el círculo familiar	0	1	2	3
46.Alardea y es fanfarrón	0	1	2	3
47. Deja que los demás lo dominen	0	1	2	3
48.Tiene problemas intestinales (con frecuencia tiene diarrea, hábitos irregulares para ir al baño, estreñimiento)	0	1	2	3