

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**ESTRUCTURA FAMILIAR EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO
POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No. 64; 2012.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64 TEQUESQUINAHUAC**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
M. C. CAROLINA SÁNCHEZ OLIVERA**

**DIRECTOR DE TESIS:
M. EN I. C. LUIS REY GARCÍA CORTÉS**

**REVISORES DE TESIS:
DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ
Ph. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN
E. EN M. F. MARÍA GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ
E. EN M. F. BLANCA ESTELA ARIZMENDI MENDOZA**

**ESTRUCTURA FAMILIAR EN NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO
POR DEFICIT DE ATENCION CON O SIN HIPERACTIVIDAD DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No 64; 2012.**

AGRADECIMIENTOS

A Dios padre, quien en su infinita bondad y misericordia me ha dado el regalo de la vida, quien día a día llena de bendiciones mi vida y la de mis seres amados.

A mis padres a quienes debo los valores y el espíritu incansable que me da la fuerza para superar mis propias limitantes.

A mi madre quien ha sido el ángel que guía mi camino, quien con su amor infinito me ha cobijado todos los días de mi vida y ha sido crucial en el logro de mis objetivos.

A mis hermanos quienes han sido y son parte importante de mi vida.

A mi amado esposo, amigo y colega quien ha sido un pilar de apoyo incondicional, quien con su amor inmenso a formado parte fundamental en mis logros que son los suyos, a quien amo con todo el corazón.

A mi hijo, el más hermoso regalo que Dios me ha dado, mi inspiración, la alegría de mi vida, quien desde el primer día de su existencia ha sido mi motivación para superar mis metas día a día, quien me inspiro para la realización de esta investigación y a quien amo mas allá de la vida.

A mi director de tesis quien me ha apoyado en la realización de este trabajo, pese a sus múltiples ocupaciones.

ÍNDICE

I. MARCO TEORICO	1
I.1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	1
I.1.1. Antecedentes	1
I.1.2. Epidemiología.....	2
I.1.3. Definición.....	2
I.1.4. Clasificación y subtipos.....	2
I.1.5. Etiología	3
I.1.6. Clínica y criterios diagnósticos.....	6
I.1.7. Criterios diagnósticos.....	7
I.1.8. Comorbilidad	8
I.1.9. Diagnostico del TDAH.....	8
I.1.10. Diagnostico diferencial.....	11
I.1.11. Tratamiento.....	12
I.1.11.1 Entrenamiento a los padres.....	12
I.1.11.2 Intervención a Nivel Académico y escolar.....	12
I.1.11.3 Medicación Especifica para el TDAH.....	12
I.1.11.4 Tratamiento farmacológico.....	13
I.1.11.5 Tratamiento Psicosocial.....	15
I. 2. Familia definición e importancia	15
I.2.1. Teoría estructural funcional.....	16
I.2.1.1 Ciclo de Vida familiar.....	18
I.2.1.2 Estructura Familiar.....	19
I.2.1.3 Tipología Familiar.....	20
I.2.1.4 Funciones Familiares.....	21

I.3. La enfermedad crónica, el paciente y su familia	22
I.3.1. La enfermedad crónica en la infancia.....	23
I.4. La escuela y el TDAH.	23
I.4.1. El funcionamiento cognitivo en el TDAH	23
I.4.2. El desarrollo emocional en el TDAH	25
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	28
II.1. Argumentación	28
II.2. Pregunta de investigación.....	28
III. JUSTIFICACIONES	29
III.1. Académica	29
III.2. Epidemiológica.....	29
III.3. Educativa	29
III.4. Social.....	29
III.5. Económica	29
IV. HIPOTESIS.....	31
IV.1. Elementos de la hipótesis	31
IV.1.1. Unidades de observación.....	31
IV.1.2. Variables	31
IV.1.2.1. Dependiente	31
IV.1.2.2. Independiente	31
IV.1.3. Elementos Lógicos	31
V. OBJETIVOS	32
V.1. General.....	32
V.2. Específicos	32
VI. METODO	35
VI.1. Tipo de estudio	35
VI.2. Diseño de estudio	35
VI.3. Operacionalización de variables.....	35
VI.4. Universo de trabajo.....	39
VI.4.1. Criterios de inclusión	39

VI.4.2. Criterios de exclusión.....	39
VI.4.3. Criterios de eliminación	39
VI.5. Instrumento de investigación	40
VI.5.1. Descripción.....	40
VI.5.2. Validación	40
VI.5.3. Aplicación.....	40
VI.6. Desarrollo del proyecto	41
VI.7. Límite de tiempo y espacio	42
VI.8. Diseño de análisis.....	42
VII. IMPLICACIONES ETICAS	43
VIII. ORGANIZACION	45
IX. RESULTADOS Y DISCUSION	46
X. CUADROS Y GRAFICAS	55
XI. CONCLUSIONES	84
XII. RECOMENDACIONES.....	86
XV. BIBLIOGRAFIA.....	88
XVI. ANEXOS	91

I.- MARCO TEORICO

I.1.TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD.

I.1.1. ANTECEDENTES

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad se encuentra presente desde mediados del siglo XIX, siendo H. Hoffman quien describe por primera vez el síndrome. En 1887, Bornevielle, lo menciona como niños inestables caracterizados por inquietud física y psíquica exagerada con actitud destructiva y con leve retraso mental.¹

En 1901, J. Demoor, lo considera una labilidad en el comportamiento. En 1902, Still los define como niños violentos, inquietos, molestos, revoltosos, destructivos y dispersos con afección del rendimiento académico con o sin disminución de su capacidad intelectual.¹

En 1917, R. Labora niega que estos niños presenten deficiencias cognitivas ó sensoriales, enfocando el origen del síndrome a problemas de conducta. En el siglo XX, Meyer los asocia al cuadro clínico de la encefalitis traumática. Hohman, en 1922, lo considero como una secuela de la encefalitis epidémica. En 1931, Shilder lo asocia con sufrimiento perinatal. En 1934, Kahn y Cohen determinan como etiología la disfunción tronco - encefálica.^{1,2.}

En 1950, Clemens y Peters lo denominan disfunción cerebral mínima caracterizada por: hiperactividad, atención dispersa, alteraciones en el aprendizaje y problemas motores leves.¹

El grupo de Estudio Internacional de Oxford en Neurología Infantil, retoman este término para identificar a los pacientes con hiperactividad, deterioro perceptivo-motor, labilidad emocional, dispraxia, déficit de atención y memoria, impulsividad, alteraciones en el lenguaje, la audición y el aprendizaje, además de signos neurológicos menores y/o con un electroencefalograma disfuncional.¹

En 1970 la Asociación Americana de psiquiatría, apoyado por la Organización Mundial de Salud (OMS) lo sustituyen por el termino de trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H) en su manual de diagnostico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) o hipercineticos (CIE-10).¹

I.1.2. EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia de este trastorno se sitúa aproximadamente en el 6% (3-10%). Esta prevalencia supondría la existencia en nuestro país de 400.000 niños y adolescentes afectados. La relación según el sexo, muestra mayor prevalencia en varones que en niñas con una relación de 1:2 a 1:6 respectivamente. ²

I.1.3. DEFINICIÓN

El TDAH se define como un determinado grado de déficit de atención con o sin hiperactividad-impulsividad que resulta des-adaptativo e incoherente en relación con el nivel de desarrollo del niño y está presente antes de los 7 años de edad.

Las manifestaciones clínicas deben persistir durante más de 6 meses (DSM-IV), dicho trastorno es también conocido como trastorno hiperactivo (CIE 10). El cuadro debe ser más severo que lo observado en otros niños de la misma edad, el mismo nivel de desarrollo e inteligencia y estar presente en varios ambientes como familia, escuela y amigos. ³

I.1.4. CLASIFICACIÓN Y SUBTIPOS

En la actualidad hay 2 sistemas de clasificación internacional que han ido convergiendo con el tiempo, aunque todavía existen diferencias:

1. El DSM-IV (Manual de Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría).

Describe 3 subtipos según los síntomas que estén presentes:

- Subtipo con predominio inatento (cuando sólo hay inatención). Entre el 20-30% de los casos.
- Subtipo con predominio hiperactivo-impulsivo (cuando sólo hay hiperactividad e impulsividad) del 10-15%, cuestionado por algunos autores.
- Subtipo combinado (cuando están presentes los 3 tipos de síntomas). Del 50-75% de los casos.

2. La CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS). Refiere que es necesaria la existencia simultánea de los 3 tipos de síntomas: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, constituyendo el cuadro de "alteración de la actividad y la atención". Reconociendo una categoría separada, "el trastorno hiperquinético de la conducta" cuando coinciden, además de los 3 síntomas, una alteración de la conducta. De este modo con el CIE-10, al ser los criterios más restrictivos, se diagnostican menos cuadros que con el DSM-IV.

En el DSM-IV existe la posibilidad, no contemplada en la CIE-10, de que un niño con el tipo inatento pueda no tener ningún síntoma de hiperactividad/impulsividad.³

I.1.5. ETIOLOGÍA

Aunque la causa no está completamente aclarada, parece evidente que se trata de un trastorno multifactorial con una base neurobiológica y predisposición genética que interactúa con factores ambientales. Las hipótesis sobre la etiología abarcan diversas áreas: genética conductual y molecular, factores biológicos adquiridos, la neuroanatomía, bioquímica cerebral, neurofisiología, neuropsicología y el entorno psicosocial.^{4,5.}

Genética conductual

- Estudios familiares: se ha observado una mayor prevalencia de TDAH y otros trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, trastorno antisocial, dependencia a drogas y alcohol) en los familiares de estos pacientes.⁶
- En estudios de adopciones se ha visto una mayor prevalencia del TDAH en los padres biológicos frente a los adoptivos y la población normal de 18, 6 y 3%, respectivamente.⁶
- Estudios de gemelos: hay una concordancia para los síntomas del TDAH del 55% en gemelos monocigóticos y del 33% en dicigóticos. El coeficiente de heredabilidad es del 0,65-0,91.^{7,8.}

Genética molecular

Parece que un 70% de los TDAH se deben a factores genéticos en relación con mutaciones de varios genes (trastorno poligénico).

Se ha comprobado que hay varios genes que codifican moléculas con un papel importante en la neurotransmisión cerebral que muestran variaciones alélicas (polimorfismos) y que influyen en el TDAH. Estos genes “defectuosos” dictarían al cerebro la manera de emplear neurotransmisores como la dopamina (DA) (encargada de inhibir o modular la actividad neuronal que interviene en las emociones y el movimiento). Así se sugiere un fallo en el desarrollo de los circuitos cerebrales en que se apoya la inhibición y el autocontrol.⁹

Los genes asociados con las manifestaciones del TDAH son los genes que codifican para los transportadores y receptores de la dopamina (DA) y el gen del transportador de la noradrenalina (NA).⁹

A pesar de la asociación significativa con el TDAH, las magnitudes de efecto son pequeñas por lo que la probabilidad de desarrollar TDAH posiblemente depende

de varios genes y probablemente hay varias combinaciones distintas de genes (poligénico con heterogeneidad genética). El hallazgo más consistente se hallaría en las regiones del gen DRD4, DRD5 (codifican el receptor de la DA), DAT1 y DAT5 (codifican el transportador de la DA).⁹

Hay que tener presente que muchos niños con polimorfismos genéticos no tienen un TDAH, y muchos niños con TDAH no tienen ninguno de los conocidos polimorfismos. Cuando se detecta un caso de TDAH, los hermanos así como los padres tienen alta probabilidad de sufrir o haber sufrido TDAH.^{9,10}

Factores biológicos adquiridos

El TDAH puede adquirirse o modularse por factores biológicos adquiridos durante el periodo prenatal, perinatal y postnatal, como la exposición intrauterina al alcohol, nicotina y determinados fármacos (benzodiazepinas, anticonvulsivantes), la prematuridad o bajo peso al nacimiento, alteraciones cerebrales como encefalitis o traumatismos que afectan a la corteza pre frontal, una hipoxia, la hipoglucemia o la exposición a niveles elevados de plomo en la infancia temprana.¹⁰

También se ha asociado con alergias alimentarias, aunque se necesitan más investigaciones al respecto.^{10, 11}

Factores neuroanatómicos

Las técnicas de imagen cerebral han permitido conocer la implicación de la corteza pre-frontal y los ganglios basales (áreas encargadas de regular la atención). Se sugieren alteraciones en las redes corticales cerebrales frontales y frontoestriadas. Estudios de Castellanos con resonancia magnética han observado en los niños con TDAH un menor tamaño en diferentes áreas cerebrales: reducción total del cerebro, cuerpo calloso, núcleo caudado y del cerebelo que va cambiando con el tiempo durante el desarrollo normal. Algunas diferencias se mantienen hasta una década, mientras que otras desaparecen (las diferencias en el núcleo caudado desaparecen sobre los 18 años).¹²

Estas diferencias volumétricas se manifiestan precozmente, se correlacionan con la gravedad del TDAH pero no hay relación con el tratamiento farmacológico ni con la morbilidad.¹²

Factores neuroquímicos

La noradrenalina y la dopamina son los dos neurotransmisores de mayor relevancia en la fisiopatología y tratamiento farmacológico del TDAH.¹³

Ambos están implicados en la función atencional y la dopamina también en la regulación motora. Se ha observado afectación de las regiones ricas en dopamina (región anterior o de la función ejecutiva) y de las regiones ricas en noradrenalina (región posterior de la flexibilidad cognitiva).¹³

- El sistema atencional anterior (lóbulo frontal) está encargado de la función ejecutiva; la dopamina y noradrenalina son los neurotransmisores implicados. Su actividad es analizar la información y prepararse para responder. Las funciones más importantes son la inhibición motora, cognitiva y emocional (guardar turno), la planificación (uso de una agenda), y la memoria de trabajo a corto plazo (recordar un teléfono mientras lo marcamos).¹³
- El sistema atencional posterior (lóbulo parietal y cerebelo) encargado de la flexibilidad cognitiva; la noradrenalina es el neurotransmisor implicado. Su actividad es elegir la información más significativa, evitar lo que no sirve y fijar la atención en nuevos estímulos.^{13,14.}

Factores neurofisiológicos

En los pacientes con TDAH se han observado alteraciones de la actividad cerebral como: reducción del metabolismo y flujo sanguíneo en el lóbulo frontal, córtex parietal, striatum y cerebelo; aumento del flujo sanguíneo y actividad eléctrica en la córtex sensorimotora; activación de otras redes neuronales y déficit en la focalización neuronal.^{13.}

Factores psicosociales

Los factores psicosociales pueden influir y modular las manifestaciones del TDAH. La severidad y expresión de los síntomas puede verse afectado a través de la interacción gen-ambiente (ciertos factores ambientales pueden tener distinto impacto en individuos que tienen un gen en particular, frente a personas que no lo tienen).^{14.}

Estos factores son: inestabilidad familiar, problemas con amigos, trastornos psiquiátricos en los padres, paternidad y crianza inadecuada, relaciones negativas padres-hijos, niños que viven en instituciones con ruptura de vínculos, adopciones y bajo nivel socioeconómico (aunque esto último no está claro si es un factor en sí, o está mediado por las peores condiciones prenatales y perinatales, y otros factores de confusión).^{14, 15.}

I.1.6. CLÍNICA Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los tres síntomas esenciales del TDAH son:

- El déficit de atención (falta de perseverancia en la atención o atención dispersa).
- La hiperactividad (excesivo movimiento)
- La impulsividad (dificultad en el control de impulsos).

El déficit de atención guarda una mayor relación con las dificultades académicas y el logro de metas, mientras que la hiperactividad e impulsividad están más relacionadas con las relaciones sociales y los resultados psiquiátricos. Las manifestaciones clínicas varían en grado e intensidad según la edad del paciente en el momento del diagnóstico.¹⁶

Niños pequeños (1-3 años)

Se pueden apreciar cambios temperamentales, impulsividad y una adaptación social limitada en la interacción del niño con el ambiente y los padres. Son niños que no obedecen, no respetan las normas, molestan y pueden tener alteraciones del sueño, del lenguaje y del desarrollo motor. A esta edad el diagnóstico es muy difícil.

Preescolares (3-6 años)

Se puede observar una inquietud motriz, menor intensidad y duración en el juego y distintos problemas asociados: déficit en el desarrollo, dificultad en la coordinación motora, conducta negativista desafiante, problemas de adaptación social y accidentes, entre otras.^{15,16}

El diagnóstico sigue siendo difícil ya que la hiperactividad, impulsividad y déficit de atención pueden ser propios de la edad; es importante ver si se afecta la socialización, el aprendizaje y la interacción padres-hijos. A esta edad es muy complicado conocer el rango normal de conducta y no hay instrumentos fiables y válidos para evaluar el TDAH. Se sugieren de forma orientativa los síntomas mencionados por expertos clínicos y deben verse como factores de riesgo más que como signos diagnósticos.¹⁶

Escolares (6-12 años)

A esta edad suele ser cuando se producen más consultas a profesionales de la salud. Son niños que se distraen con facilidad, presentan inquietud motora, conducta impulsiva perturbadora, y con diferentes problemas asociados: trastornos específicos de aprendizaje (lectura, escritura), repetición de cursos,

rechazo por los compañeros, relaciones familiares alteradas, baja autoestima y comportamiento agresivo.¹⁶

Adolescentes (13-20 años)

Hasta el 70% de los niños con TDAH evolucionarán con manifestaciones clínicas hasta la adolescencia. Con la edad va disminuyendo la hiperactividad motora y se transforma en hiperactividad mental o sensación de impaciencia. Se mantiene el déficit de atención y la dificultad para planear y organizarse lo que conlleva mal rendimiento escolar, rechazo de amigos, disminución de la autoestima y búsqueda de afecto de forma indiscriminada con la implicación en conductas de riesgo: conducta agresiva, antisocial y delincuente, problemas con el alcohol y drogas, problemas emocionales (depresión, ansiedad), embarazos y accidentes que constituyen su principal causa de muerte.¹⁶

I.1.7. Criterios diagnósticos o síntomas necesarios para el diagnóstico

El DSM-IV requiere que estén presentes al menos 6 de los 9 síntomas tanto para el subtipo con predominio del déficit de atención como para el subtipo hiperactivo-impulsivo. El TDAH de tipo combinado requiere una combinación de ambos tipos de síntomas de déficit de atención y de hiperactividad impulsividad (6 + 6).¹⁷

Los criterios de la CIE-10 en comparación con el DSM-IV son menos estrictos con respecto al número de síntomas necesarios, pero más estrictos en cuanto a la disfunción/ ubicuidad. Requiere 6/9 síntomas de déficit de atención además de al menos 3/5 síntomas de hiperactividad y 1/4 síntomas de impulsividad. La impulsividad constituye un síntoma importante en el DSM-IV pero no tanto en el CIE-10.¹⁸

Existen una serie de criterios diagnósticos adicionales que se requieren para poder hablar de trastorno y no sólo de síntomas transitorios:

- Edad de inicio. Algunos síntomas deben haber estado presentes antes de los 6-7 años.
- Duración. Los criterios sintomáticos deben haber persistido al menos durante los últimos 6 meses. Ubicuidad. Algún grado de disfunción debida a los síntomas debe haber estado presente en 2 situaciones o más (escuela, trabajo, casa).
- Disfunción. Los síntomas deben ser causa de una disfunción significativa (social, académica o laboral).
- Discrepancia. Los síntomas son excesivos en comparación con otros niños de la misma edad, desarrollo y nivel de inteligencia.

- Exclusión. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental como ansiedad, depresión o esquizofrenia, entre otros.

La evaluación diagnóstica se expondrá a continuación. Se debe tener presente que no hay una herramienta simple para ello, el diagnóstico debe basarse en criterios clínicos evaluando el funcionamiento del niño en varios ambientes y no en la puntuación obtenida en cuestionarios.¹⁸

I.1.8. COMORBILIDAD

Se entiende por comorbilidad los trastornos psiquiátricos y de aprendizaje que coexisten con el diagnóstico de TDAH. Esto es la regla más que la excepción. Más del 85% de los pacientes presentan al menos una comorbilidad añadida al TDAH y aproximadamente el 60% tienen al menos dos comorbilidades. Lógicamente coexisten más problemas cuanto más tiempo ha evolucionado el trastorno sin un tratamiento correcto y es mayor en el tipo combinado.¹⁷

I.1.9. DIAGNÓSTICO DEL TDAH

El diagnóstico es exclusivamente clínico, aunque determinados test psicométricos y exploraciones complementarias pueden ser útiles para apoyar el mismo.

Para la orientación diagnóstica y su clasificación empleamos generalmente el DSM-IV-TR; aunque para este propósito podemos emplear el CIE-10, éste muestra una menor universalización y empleo, lo cual dificulta la comparación con otros estudios. Así, según el DSM-IV-TR podemos observar los tres subtipos de TDAH.¹⁸

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN DSM-IV-TR

- A. Debe cumplir 6 o más de los síntomas siguientes para el déficit de atención y/o hiperactividad, síntomas que debe haber estado presentes durante más de 6 meses.¹⁸

Déficit de atención
1. No pone atención a los detalles y comete errores frecuentes por descuido
2. Tiene dificultad para mantener la atención en las tareas y los juegos
3. No parece escuchar lo que se le dice cuando se le habla directamente
4. No sigue las instrucciones, no termina las tareas en la escuela, no termina los "recados", a pesar de entenderlos
5. Dificultades para organizar sus tareas y actividades
6. Evita o rechaza realizar tareas que le demanden esfuerzo
7. Pierde sus útiles o cosas necesarias para hacer sus actividades obligatorias (lapiceros, libros...)
8. Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes
9. Olvidadizo en las actividades de la vida diaria

Hiperactividad-impulsividad

1. Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado
2. Se levanta del puesto en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado
3. Corretea, trepa... en situaciones inadecuadas
4. Dificultad para relajarse o practicar juegos donde debe permanecer quieto
5. Está continuamente en marcha como si tuviera un motor por dentro
6. Habla excesivamente
7. Contesta o actúa antes de que se terminen de formular las preguntas
8. Tiene dificultad para esperar turnos en los juegos
9. Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás

- B. Algunos síntomas presentes antes de los 7 años
- C. Síntomas presentes en dos o más lugares (escuela, casa...)
- D. Clara evidencia de afectación social, académica u ocupacional
- E. Exclusión previa de otros trastornos del desarrollo que puedan estar justificando la sintomatología a estudio.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN SEGÚN CIE-10 F90. Trastornos hiperkinéticos.

Grupo de trastornos caracterizados por su comienzo temprano (habitualmente, durante los primeros cinco años de vida), por falta de constancia en las actividades que requieren de la participación de funciones intelectuales y por una tendencia a cambiar de una actividad a otra, sin completar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Pueden hallarse asociadas varias otras anormalidades. Los niños hiperkinéticos son a menudo imprudentes e impulsivos, propensos a los accidentes y a verse en dificultades disciplinarias, más que por una actitud desafiante deliberada por incurrir en la violación irreflexiva de normas. Sus relaciones con los adultos son a menudo socialmente desinhibidas, carentes de la reserva y la precaución normales. Son impopulares entre los demás niños, y pueden quedar socialmente aislados. Es común el deterioro intelectual, mientras los retrasos específicos del desarrollo motriz y del lenguaje son desproporcionadamente frecuentes. Entre las complicaciones secundarias se cuentan el comportamiento asocial y la baja autoestima.

• Excluye: esquizofrenia, trastornos de ansiedad, generalizados del desarrollo y humor (afectivos).

F90.0. Perturbación de la actividad y de la atención.

- Trastorno o síndrome deficitario de la atención con hiperactividad
- Trastorno hiperkinético con déficit de la atención
- Excluye: trastorno hiperkinético asociado con trastorno de la conducta.

F90.1. Trastorno hiperkinético de la conducta

- Trastorno hiperkinético asociado con trastorno de la conducta

F90.8 Otros trastornos hiperkinéticos.

F90.9. Trastorno hiperkinético, no especificado

- Reacción hiperkinética de la niñez o de la adolescencia SAI.
- Síndrome hiperkinético SAI

Historia Clínica

Anamnesis

La anamnesis obtenida en presencia de los dos padres nos ayudará a obtener la apreciación que cada uno tiene del problema y en que grado está afectando el mismo a nivel social y escolar. Prestaremos una especial atención a la valoración de la conducta escolar, tanto en el aula como en otros ambientes (comedor, gimnasio, autobús escolar, excursiones...). Recogeremos información de las calificaciones escolares, dejando constancia de la posible relación entre las calificaciones y la posibilidad de dificultades del aprendizaje asociadas. Anotaremos la asociación con trastornos de las habilidades de la comunicación y/o motoras, y en qué grado estas afectan la relación del niño con los demás. Indagaremos sobre las relaciones sociales del niño con niños de su edad o diferentes, adultos. Añadiremos el funcionamiento social en relación con la situación ambiental. Finalmente apuntaremos la situación familiar, la residencia habitual, las características de la familia.^{18, 22,23}

Antecedentes personales

En este apartado es básico tomar los antecedentes del embarazo y parto. Añadir las complicaciones, si existieron. Si prematuridad o sufrimiento, hallazgos ecográficos.

Anotar la ingesta de fármacos o tóxicos durante el embarazo. Recoger la edad gestacional y el peso al nacimiento. Se sumará la presencia de enfermedades previas que puedan tener una relevancia en el diagnóstico del TDAH: problemas tiroideos, temblores, convulsiones, meningoencefalitis. Se anotarán los tratamientos empleados en el pasado o en la actualidad si existiesen.

Antecedentes familiares

Se señalará la situación familiar, las relaciones intrafamiliares y la situación laboral de los padres. Se preguntará sobre la presencia de antecedentes neuropsiquiátricos, aunque no estén inicialmente relacionados con la patología a estudio.

Aprovecharemos esta entrevista para observar a los padres, su atención, nivel cultural, la relación entre ambos.²²

Exploración física

En la exploración del niño, no debemos olvidar la observación de su comportamiento durante la consulta. Aunque ésta puede ser de gran utilidad, no debemos olvidar que el niño hiperactivo puede mostrar de forma momentánea una tranquilidad paradójica al encontrarse en ambientes nuevos; es aconsejable relajar el ambiente para observar su conducta habitual. Se valorará adicionalmente la presencia de tics o movimientos anormales.

Tras observar el comportamiento, es necesario obtener información del niño: motivos de comportamiento, relación con sus amigos, padres y profesores. La exploración física no debe ser nunca obviada. Debe recoger la presencia de rasgos dismórficos o trastornos cutáneos, el desarrollo ponderoestatural, el perímetro cefálico, visceromegalias.

El examen neurológico debe ser completo. Debemos añadir en todos los pacientes una valoración sensorial, especialmente de la audición y visión. Se incluirá una valoración inicial de las habilidades motoras y nivel escolar. Debe anotarse la impresión cognitiva. Para estos propósitos podemos pedir al niño la realización de dibujos o escritura libre.²²

I.1.10. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Evidentemente, no todo niño con problemas de atención o malos resultados escolares tiene TDAH. Esto es importante cuando el pediatra de Atención Primaria reciba a niños referidos directamente de los colegios donde se ha detectado otro caso. Ante un niño con posible TDAH debe considerarse un diagnóstico diferencial evolutivo, médico, neurológico, psiquiátrico y social. Evolutivamente el TDAH debe distinguirse de una actividad alta e inatención normal para la edad. Desde el punto de vista médico, debe diferenciarse de problemas de visión o de audición, epilepsia (especialmente ausencias), secuelas de traumatismo craneoencefálico, problemas médicos agudos (infecciones) o crónicos (anemia, hipotiroidismo), malnutrición o sueño insuficiente debido a un trastorno del sueño o a un problema en el ambiente. También deben descartarse los trastornos respiratorios del sueño (TRS) en niños que roncan con frecuencia. Pacientes con el síndrome de Tourette pueden distraerse por la urgencia premonitoria anterior al tic, o por intentar inhibir los tics.

Algunos fármacos como fenobarbital, carbamazepina y, posiblemente, teofilina, y drogas como alcohol o cannabis, reducen la atención. Debe descartarse un retraso mental, cociente intelectual bajo y trastornos del aprendizaje (verbal, no verbal, de la lectura, matemáticas o escritura). Debe hacerse un diagnóstico diferencial psiquiátrico con trastornos de ansiedad, del humor, generalizados del desarrollo (espectro autista), y negativista desafiante sin TDAH.

Desde el punto de vista social, las secuelas de abuso o abandono del niño, una estimulación insuficiente o una sobreestimulación excesiva y exigencias o expectativas de padres y profesores no adecuadas para el nivel de desarrollo del niño, pueden interferir con la atención.²³

I.1.11. TRATAMIENTO

Un plan de tratamiento individualizado y multidisciplinar para un niño con TDAH y su familia casi siempre debe incluir 3 aspectos fundamentales:¹⁹

I.1.11.1. Entrenamiento a los padres:

- Psi-coeducación sobre el TDAH.
- Entrenamiento en técnicas de manejo conductual del niño.

I.1.11.2. Intervención a niveles académico y escolar:

- En el colegio.
- En casa.

I.1.11.3. Medicación específica para el TDAH.

El uso de medicación debe ser una parte del plan de tratamiento inicial en la mayoría de los niños en edad escolar y adolescentes con TDAH, recomendación dada por la Academia Americana de Pediatría (AAP), en 1996 el cual deberá de ser utilizado en combinación con intervenciones psicosociales. El reciente estudio de tratamiento multimodal del TDAH “Multimodal Treatment of ADHD” (MTA), del Instituto Nacional de Salud Mental en EE.UU., ha demostrado que un tratamiento farmacológico cuidadoso y estandarizado se asocia con una reducción de síntomas significativamente mayor, en la mayoría de los niños, que un tratamiento de intervención psicosocial con diferentes tipos de psicoterapia. Sin embargo, el grupo de terapia combinada con psicoterapia y medicación obtuvo mejores resultados que el grupo de terapia con medicación sola en el porcentaje de niños en remisión (68% frente a 56%, respectivamente), y también el grupo de terapia combinada mejoraba en aspectos no directamente relacionados con el TDAH pero sí con la comorbilidad con ansiedad y trastorno oposicionista desafiante.¹⁹

La evidencia también apoya que el tratamiento, no sólo se limite a los días y horas de actividad escolar, sino a las horas fuera del colegio. Por todo ello, un buen conocimiento y manejo de los fármacos eficaces en el TDAH es imprescindible para un médico que trata a estos niños. Además, el conocimiento de la necesidad del tratamiento farmacológico inicial en la mayoría de los niños y adolescentes con TDAH es fundamental en los otros profesionales de la salud y la educación (psicólogos, trabajadores sociales, profesores, pedagogos, farmacéuticos) que entran en contacto con estas familias. Esto, además, contribuirá a reducir la estigmatización del niño y la sensación de culpa de las familias porque se reconocerá de forma universal el TDAH como un problema médico.^{19,20}

I.1.11.4 Tratamiento farmacológico

Los algoritmos internacionales y nacionales promovidos por la Academia Mexicana de Pediatría, establecen que la primera opción de tratamiento para los niños, adolescentes y adultos portadores de TDAH sin comorbilidades son los medicamentos estimulantes.

En México se tiene disponible el metilfenidato en dos presentaciones, el de acción inmediata y el de liberación prolongada o sistema OROS; en Estados Unidos de América (EUA) existen 14 variedades en la presentación para los estimulantes, además del metilfenidato en EUA se comercializan las anfetaminas, las combinaciones de anfetaminas e isómeros del metilfenidato. La dosis terapéutica para el metilfenidato fluctúa de 0.3 a 0.6 mg/kg/día y no se recomienda administrar más de 35 mg/día en niños con peso igual o menor de 25 kg o más de 60 mg/día en menores de 13 años.^{20,21}

Algunos investigadores proponen que deben alcanzarse dosis hasta de 1 mg/kg/día para probar la efectividad en cada paciente, el metilfenidato de acción inmediata funciona mejor cuando se toma en tres dosis al día, en virtud de la vida media corta (< 4 horas). Con el fin de evitar la taquifilaxia asociada al metilfenidato, debe administrarse en dosis ascendentes durante el día (30 mg/día, se recomiendan dar en tabletas de 10 mg: media tableta a las 7:30 horas, una a las 11 horas y una y media a las 15 horas).

Algunas evidencias nuevas señalan que hasta 90% de los adolescentes y de los adultos con TDAH en tratamiento con metilfenidato de acción prolongada mejoran con dosis iguales o mayores a 36 mg/día y hasta 50% de los adolescentes y adultos necesitan dosis iguales o mayores de 54 mg/día para disminuir los síntomas. Algunos clínicos recomiendan suspender el metilfenidato los fines de semana o vacaciones, con el objetivo de evitar efectos adversos en el peso y la talla; sin embargo, esta estrategia no genera diferencias significativas en peso o talla entre quienes continúan y entre quienes suspenden por temporadas el metilfenidato, y los que lo suspenden tienen más problemas de relación social y familiar, por lo que es recomendable tomarse de forma continua. Los efectos colaterales más frecuentes que provoca el metilfenidato son: hiporexia, insomnio, cefalea y dolor abdominal; el médico, el paciente y la familia deben evaluar el máximo beneficio clínico sobre el mínimo de efectos colaterales y ajustar la dosis.²¹

Las investigaciones prospectivas hasta de 10 años de seguimiento en niños y adolescentes con TDAH que han tomado metilfenidato contra niños y adolescentes con TDAH que no han tomado metilfenidato demuestran que quienes toman el medicamento tienen menos riesgo de consumir drogas que aquellos que no lo toman, lo que pareciera paradójico para aquellos profesionales sin experiencia en el tema. Los algoritmos recomiendan evaluar la respuesta al tratamiento con cada dosis de estimulantes en una o dos semanas. Si un primer estimulante no funciona, se recomienda el cambio a un segundo estimulante.²³

En México la única opción es el metilfenidato en dos presentaciones por lo que el paso de una a la otra es la única posibilidad aplicable. Aproximadamente 30% de los pacientes con TDAH no toleran o no responden a los estimulantes. Una vez descartada la efectividad de estos medicamentos, habiendo sido usados en tiempo y dosis adecuadas, se recomienda el uso de medicamentos no estimulantes.²⁴

Los medicamentos no estimulantes incluyen a un grupo amplio, entre los que se encuentran: los antidepresivos tricíclicos (ADT), los agonistas alfa adrenérgicos, los inhibidores de la recaptura de noradrenalina (IRNA) y otros como los estimulantes del alerta (modafinil). En el caso de los ADT, la imipramina es el prototipo, fueron medicamentos utilizados en el pasado y han dejado de ser una alternativa de primera o segunda línea por los efectos colaterales y los riesgos potenciales para desarrollar alteraciones del ritmo y la función cardiaca; sin embargo, la imipramina tiene aplicación cuando existe comorbilidad con enuresis o ansiedad.^{23, 24, 25}

Antes de utilizar un ADT debe realizarse un electrocardiograma basal o cuando se incrementa la dosis (está disponible en presentaciones de 10 hasta 75 mg).

Los agonistas alfa adrenérgicos como la clonidina y la guanfacina, esta última no disponible en México, han sido utilizados de forma más común en preescolares a razón de 0.1 a 0.3 mg/día; sin embargo, el efecto colateral más severo es la somnolencia, lo que obliga frecuentemente a su administración nocturna.²⁶

Actualmente el uso de los IRNA como la atomoxetina en dosis de 1.2 a 1.8 mg/kg/día, el bupropión (anfebutamona) en dosis de 150 a 300 mg/día, la reboxetina en dosis de 4 a 8 mg/día son opciones de segunda línea; aunque han ganado adeptos a su utilización por la capacidad de venderse sin receta lo que resulta atractivo para quienes se rehúsan al uso de estimulantes. La enlafaxina, que es un inhibidor tanto de noradrenalina como de serotonina, y en menor medida de dopamina, ha demostrado también poder disminuir los síntomas del TDAH con dosis de 75 a 150 mg/día; estos fármacos han sido utilizados en investigaciones con pacientes que tienen TDAH comórbido con depresión, ansiedad, tic, trastornos de conducta y consumo utilizado también como tratamiento de primera línea en algunas investigaciones, está disponible en presentaciones de cápsulas de 10, 18, 25, 40 y 60 mg, puede administrarse en una o en dos tomas diarias, matutina o nocturna de forma progresiva durante las primeras tres a cuatro semanas. La magnitud del efecto de la atomoxetina es menor si se compara con los estimulantes (0.75 vs 0.85); sin embargo, parece ser particularmente útil en paciente con TDAH comórbidos con tic o síntomas ansiosos y cuando no es necesario un efecto inmediato, puesto que su eficacia la podremos evaluar hasta después de cuatro semanas de administración. Sus efectos indeseables incluyen: náusea, hiporexia y algunos pacientes reportan hipersomnolia, habitualmente leves y no duraderas.²⁷

Tanto los estimulantes como la atomoxetina se han evaluado en el largo plazo (dos años) y han demostrado ser seguros en tratamientos prolongados.

I.1.11.5 Tratamientos psicosociales

La intervención psicosocial será complementaria al tratamiento farmacológico. Se han utilizado diversos abordajes de tipo cognoscitivo-conductual, individual y grupal con éxito; así como intervenciones interpersonales y familiares. Es muy importante intervenir tanto al paciente como a los padres y maestros acerca del trastorno y ofrecer estrategias de afrontamiento para los síntomas, horarios, programación de las actividades no escolares, organización dirigida, supervisión de estudio, etc. El paciente puede recibir apoyo psicopedagógico o asesorías educativas cuando así se requiera. Solo una minoría de los pacientes con problemas conductuales o educativos graves requerirán de educación especial.²

I.2. FAMILIA DEFINICION E IMPORTANCIA.

Una de las características del ser humano es la de vivir en sociedad, el hombre para poder satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas, y sociales requiere participar y moverse dentro de diferentes grupos en la vida diaria (Sánchez, 1974).

La palabra familia deriva de la raíz latina *famulus* que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo *famul* que se origina de la voz tosca *famel*, esclavo doméstico.²⁹

“La familia representa para el ser humano su grupo natural de adscripción, convirtiéndose en la matriz del desarrollo psicosocial que asegura la supervivencia del hombre como individuo y como especie” (Macías, 1981).

Es dentro de la familia donde el ser humano tiene su origen y puede satisfacer sus necesidades básicas para subsistir, desarrollarse y relacionarse con el mundo.

La Real Academia Española define el término Familia como “Un grupo de personas emparentadas entre sí, que viven juntas o en lugares diferentes” y como “Un conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”.

El censo canadiense la define como “esposo y esposa con o sin hijos; o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo”.

El censo Americano define a la familia como “Un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción”, y que ejercen interacción recíproca porque saben que existen los demás y saben que existen ellos y se consideran unidad.

Álvarez (1993) afirma que en los primeros años de vida el ser humano comparte casi todas sus experiencias con los miembros de la familia, la cual le proveerá la satisfacción de sus necesidades básicas, sobretodo en su vida temprana, pues con el tiempo los hijos deberán encontrar plena respuesta a sus carencias, como requisito para lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento y desarrollo.

Salvador Minuchin (1977), refiere que “En todas las culturas, la familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente. La experiencia humana de identidad posee dos elementos: un sentimiento de identidad y un sentido de separación. El laboratorio en el que estos ingredientes se mezclan y se proveen es la familia, la matriz de identidad”.

La familia partiendo de la teoría general de los sistemas de Gregory Bateson, “constituye una unidad, una integridad, por lo cual no se puede ver como la suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones”.

Maurizio Andolfi, “La familia es un sistema en constante transformación, que cambia y se adapta a las diferentes exigencias tanto del medio externo como las derivadas de sus propias etapas evolutivas, manteniendo un constante equilibrio entre sus fuerzas homeostáticas y sus capacidades de transformación, siempre con el propósito de asegurar continuidad y crecimiento en sus integrantes.

La psicología ha mostrado, en forma convincente, que la conducta de los adultos está determinada en forma decisiva por las experiencias infantiles y estas a su vez dependen de la atmosfera emocional y educacional que rodea al niño durante sus primeros años en el seno de la familia (De la fuente, 1967).

I.2.1. TEORIA ESTRUCTURAL FAMILIAR

La teoría estructural de funcionamiento familiar considera a la familia como un sistema, el cual también tiene subsistemas que permiten la interacción de sus miembros para lograr un funcionamiento adecuado o inadecuado.²⁹

Minuchin (1977, 1995) define a la teoría estructural como “un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia”, estableciendo pautas o límites que deciden cómo, cuándo y con quien, cada miembro de la familia se relaciona con los demás, regulando la conducta de cada uno de ellos.²⁹

De acuerdo con Minuchin (1977) esta teoría presenta las siguientes características:

- Es relativamente fija y estable.

- Presenta un sentido de pertenencia a sus miembros.
- Acepta cierto grado de flexibilidad.
- Facilita el desarrollo individual, así como los procesos de individualización.

Además, la familia presenta las siguientes propiedades en su estructura:

- Una distribución del poder: a través de las normas y los roles que definen las reglas del sistema familiar.
- El poder y la naturaleza de los límites y las alianzas: para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites de los subsistemas deben de ser claros.

Esta teoría menciona que la “funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen adecuadamente y a plenitud (seguridad económica, afectiva, social y de los modelos sexuales existentes en el grupo social) y cuando se obtiene la finalidad del grupo familiar, al generar una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares”, para lo cual utiliza los siguientes elementos para su desarrollo:

- Cohesión
- Armonía
- Comunicación
- Permeabilidad
- Afectividad
- Roles
- Adaptabilidad

Para realizar un diagnóstico estructural y funcional de la familia es necesario partir de conceptos estructurales y funcionales, ambas construcciones conceptuales como unidad inseparable, ya que una determina a la otra.

Los elementos teóricos que nos permiten el conocimiento y realización del estudio de la estructura familiar se pueden enlistar de la siguiente manera:

- 1.- Ciclo de vida familiar.
- 2.- Estructura y dinámica de la familia.
- 3.- Tipología familiar.
- 4.- Funciones de la familia.

Estos elementos llegan a ser fundamentales para que el médico familiar pueda, con una metodología precisada, dedicarse científicamente al estudio de la familia.

I.2.1.1 Ciclo de vida familiar

El ciclo vital de la familia es un concepto ordenador, útil para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que enfrentan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros; así mismo, permite el análisis genérico de la historia natural de una familia, desde su formación hasta su disolución y constituye un útil instrumento de organización y sistematización invaluable para el pensamiento clínico. Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que deben desempeñar cada uno de los integrantes de la familia antes de pasar a la siguiente etapa de su ciclo; su cumplimiento oportuno los lleva a una vida sana y funcional, en tanto que su incumplimiento resulta ser fuente de constantes conflictos y tensiones.²⁹

La misma enfermedad diagnosticada en diferentes etapas del ciclo de vida familiar tiene diferentes implicaciones en lo que respecta a su prevención, atención y tratamiento, tanto de los aspectos físicos, como de los psicológicos y sociales. Por eso, el conocimiento y manejo adecuado del paciente y su familia en cada etapa de desarrollo, permite identificar factores de riesgo y actuar en forma integral en las diferentes situaciones y momentos que afecten la salud familiar.²⁹

Se refiere a la fase evolutiva en la cual se encuentra la familia, y que se va contrayendo a medida en que se entra en contacto el entorno social, al mismo tiempo que cada miembro de la misma se extiende.

El ciclo vital familiar según Geyman se divide en cinco fases:

- a) *Fase de matrimonio*: Inicia con la consolidación del vínculo matrimonial y termina con el nacimiento del primer hijo. En esta etapa es fundamental la preparación para una nueva vida, el acoplamiento en pareja, al adaptación de nuevos roles y la preocupación de satisfacer necesidades básicas.
- b) *Fase de expansión*: En esta etapa la familia se expande, incorporándose nuevos miembros cuyo ingreso causa tensiones que deben resolverse para recibir un nuevo integrante. Inicia con el nacimiento del primer hijo y termina con el nacimiento del último.
- c) *Fase de dispersión*: Se caracteriza por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela. En esta etapa la importancia se centra en un trabajo triple que consiste en ayudarlos a que se adapten socialmente, que desarrollen su autonomía y satisfagan sus necesidades.

- d) *Fase de independencia*: Culmina cuando los hijos trabajan y son autosuficientes, en ocasiones han formado nuevas familias, se presenta aproximadamente veinte o treinta años después de su inicio.
- e) *Fase de retiro y muerte*: En esta última etapa se presenta desconcierto, nostalgia condicionada por la incapacidad para lograr, presencia de patología crónica degenerativa, desempleo, y agotamiento de recursos económicos, cuando no se tomaron providencias para poder afrontarla. La pareja nuevamente se encuentra sola.

I.2.1.2 Estructura familiar

Es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, considerando a esta como un sistema que opera mediante pautas transaccionales. Estas regulan las conductas de los miembros de la familia.^{29,30}

- *Límites o fronteras*: son las reglas que definen quien puede participar y cómo debería hacerlo dentro de un sistema o subsistema. Estas reglas delimitan dónde, cuándo y en qué condiciones determinado miembro de la familia se comporta de una u otra manera, es lo que se denomina límites individuales; cuando estos delinean entre la familia y el exterior es lo que se le llama límites externos; y, cuando esto se da entre los subsistemas de la familia (marital, parental y filial) se trata de límites entre subsistemas.

Son fronteras imaginarias que separan a los individuos y a los subsistemas, regulando su relación con los demás en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos y autonomía, facilitando el desarrollo de la identidad personal de cada uno de sus miembros.

Los límites definen los derechos de cada persona y de cada subsistema en la convivencia grupal.

- *Jerarquía o autoridad*: es el grado de autoridad o influencia que tiene un miembro sobre la conducta de los demás componentes del sistema. En la familia se establecen diferentes niveles de autoridad que varían de acuerdo con las etapas de ciclo vital, las características de personalidad de sus miembros, la dinámica de las relaciones conyugales, el orden al nacimiento; cada individuo pertenece a varios subsistemas y en ellos adopta niveles de autoridad.

- *Roles:* (asignación-acepción de roles o reglas) son lo que equivale a las expectativas de conducta que son dirigidas hacia un individuo en una situación o contexto social dados. Es la conducta que se espera de un individuo en determinado contexto. Todos los miembros de la familia asumen una variedad de roles cuya integración depende que la familia realice sus tareas con éxito.
- *Centralidad o territorio:* se refiere al espacio que cada cual ocupa en un determinado contexto. Se refiere al miembro de la familia que es el centro de atención.
- *Geografía:* es el esquema que representa gráfica y sencillamente la organización de una familia y proporciona datos para entender la dinámica del grupo familiar.
- *Alianzas:* son la asociación afín positiva, abierta o encubierta entre dos o más miembros del sistema familiar y es potencialmente neutra.
- *Coaliciones:* es la asociación aliada entre dos o más miembros del sistema familiar, con la finalidad de oponerse a otra parte del sistema o a un miembro de la misma familia, colocándose en una posición combativa o de exclusión, en perjuicio de un tercero.

I.2.1.3 Tipología Familiar

Desde el punto de vista de su desarrollo social, la familia se clasifica:

- *Familia moderna:* en donde la madre trabaja fuera del hogar, lo cual modifica roles de los cónyuges.
- *Familia Tradicional:* el padre es el proveedor económico, conservándose los roles tradicionales.
- *Familia primitiva o arcaica:* se refiere a la familia campesina, cuyo sustento proviene de los productos de la tierra que trabajan.

Desde el punto de vista demográfico y según su ubicación geográfica de residencia:

- *Rural*
- *Urbana*
- *Suburbana*

De acuerdo con su integración familiar, se clasifica en:

- *Familia integrada:* en donde los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.
- *Familia semi-integrada:* en donde los cónyuges viven juntos, pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.
- *Familia desintegrada:* en donde existe ausencia de uno de los cónyuges, sea por muerte, divorcio, separación, abandono o la desintegración familiar por causas internas o externas.
- *Familia Extensa:* aquella en donde se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones con lazos consanguíneos.
- *Familia compuesta:* aquella que incluye otros miembros sin lazos consanguíneos.
- *Familia múltiple:* son dos o más familias de cualquier tipo que vivan bajo el mismo techo.

I.2.1.4 Funciones Familiares

Para Geyman las funciones familiares incluyen:

- *Socialización:* la tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado a un individuo dependiente en una persona totalmente independiente capaz de participar y desarrollarse en la sociedad.
- *Cuidado:* esta función preserva a la especie humana y consiste en llenar las necesidades físicas y sanitarias. Identificando cuatro determinantes: vestido, alimentación, seguridad física y apoyo emocional.
- *Afecto:* corresponde a la necesidad de pertenencia y reconocimiento hacia nuestros semejantes. Se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia y está muy relacionado con el cuidado.
- *Reproducción:* consiste en proveer nuevos miembros a la sociedad con compromiso y responsabilidad; incluye aspectos de salud reproductiva y de educación sexual.

- *Estatus*: se refiere al reconocimiento de la familia dentro de la sociedad.

I.3. LA ENFERMEDAD CRÓNICA, EL PACIENTE Y SU FAMILIA.

La enfermedad crónica es un padecimiento de larga evolución, con desarrollo generalmente insidioso, progresivo, con gran deterioro físico, mental, o ambos, no curable, que origina complicaciones, con gran repercusión individual y familiar.^{29, 31}

La experiencia de la enfermedad no se circunscribe únicamente al enfermo sino que se extiende al grupo social del que forma parte, su familia; lo que va a desencadenar situaciones de preocupación, tensión e incertidumbre ante la aparición de signos y síntomas que condicionaran cambios en la forma de vida de la familia en un amplia gama de situaciones, desde limitaciones y modificaciones en las actividades de la vida diaria y laboral, así como en aspectos económicos por generación de gastos en medicamentos, utensilios u hospitalizaciones, hasta temores por la nueva situación ante las complicaciones que van sucediendo y que modificaran patrones, límites y jerarquías en el núcleo familiar.²⁹

El padecer una enfermedad crónica no es privativo de los miembros de mayor edad, se puede presentar en todas las épocas de la vida. Es así que a través de las diferentes fases del ciclo de vida familiar podremos estar en contacto con familias que presenten uno o más miembros con patologías crónicas que ameriten atención.³¹

El médico familiar podrá llevar el seguimiento continuo de las familias a su cargo, lo que le permitirá darse cuenta del proceso salud enfermedad desde sus fases iniciales hasta su culminación, así como la interrelación y repercusión entre sus miembros.

Aunque cada individuo y cada familia responderán de forma particular a la presencia de una enfermedad crónica, existen semejanzas que permiten distinguir cinco etapas por las que atraviesan en su conjunto:²⁹

- Etapa 1 o de negación del padecimiento, de duración variable, en la cual rechaza el diagnóstico.
- Etapa 2 o de enojo o resentimiento, donde el paciente y la familia presentaran actitudes negativas hacia otras personas o entre sí mismas, culpándolas de la situación.
- Etapa 3 o de pacto, donde los miembros de la familia abandonan las actitudes negativas para replantear aquellas que puedan beneficiar al enfermo.

- Etapa 4 o de depresión, en la que el paciente tiende al aislamiento al abrumarse por el paso de la enfermedad y la repercusión que ocasiona en su familia.
- Etapa 5 o de resignación o aceptación de la enfermedad.

La enfermedad crónica dada su evolución a largo plazo puede presentarse a través de todas las fases del ciclo de vida familiar, desde la fase de expansión hasta la de retiro, y enfrentarse a ella resultará un verdadero reto para todo el núcleo familiar, en que se van a involucrar recursos económicos, educacionales, mentales, emocionales, físicos y sociales.^{30, 31}

El impacto psicosocial de la enfermedad crónica en los miembros de la familia es considerable, requiriendo un cambio de roles y una redistribución de la tareas. La adaptabilidad de la familia se pone a prueba. La enfermedad crónica equivale a tener un miembro nuevo en la familia: hay que hacer ajustes para vivir con su presencia.

La familia deberá de buscar un equilibrio entre las necesidades del enfermo y de los demás miembros del sistema familiar, logrando con esto relaciones satisfactorias entre sí. Y deberá también brindar atención y apoyo al miembro enfermo sin que este se sienta acosado lo cual lo llevaría a incluso no cumplir con sus planes terapéuticos como reproche al acoso familiar.³¹

I.3.1. ENFERMEDAD CRONICA EN LA INFANCIA

En el caso de ser un niño quien padezca la enfermedad, el reto abarcará a sus padres, pues ellos tendrán que superar los sentimientos y emociones de la pérdida del niño idealizado para enfrentar el peligro que representa la enfermedad, la cual condicionara cambios en el estilo de vida del grupo familiar, cuidados especiales, que no deberán de llegar a la sobreprotección, pues resultaría totalmente dañina al contribuir a el aislamiento social e incrementar manifestaciones de rechazo y rebeldía ante la enfermedad, lo cual repercutirá negativamente en su adhesión terapéutica e impedirá el desarrollo de su autonomía. Ante ello será necesario que desde el diagnostico tanto el niño enfermo como sus familias se sobrepongan y adquieran conocimientos acerca del tratamiento y desarrollen destrezas en su manejo, con el fin de llevar un control adecuado de la enfermedad.²⁹

I.4. LA ESCUELA Y EL TDAH.

I.4.1. El funcionamiento cognitivo en el TDAH

El TDAH no correlaciona necesariamente con ningún tipo de disfunción cognitiva. De hecho, la mayor parte de sujetos que padecen TDAH presentan cocientes

intelectuales similares a los de su grupo de edad y no se encuentran más casos de niños superdotados ni con retraso cognitivo que en la población general. No obstante, lo que sí ocurre con cierta frecuencia es que el niño hiperactivo, por su dificultad para prestar atención y su tendencia a responder de manera impulsiva, sin reflexionar previamente, puntúe más bajo que sus compañeros en las pruebas psicométricas destinadas a medir su cociente intelectual. Por lo cual, a la hora de interpretar los resultados del test, debe tenerse en cuenta el déficit atencional del niño así como su estilo de respuesta (impulsivo e irreflexivo).^{32,33,44}

También es característico del síndrome el que, a causa de la incapacidad del niño para mantener su atención, se produzca un retraso escolar gradualmente, vaya perdiendo el ritmo de su grupo, y se vea obligado a repetir curso. Este retraso, no obstante, no implica que el niño realmente tenga menor capacidad intelectual que el resto del grupo, sino que su dificultad le impide rendir al mismo nivel que ellos.³³

Además puede darse la circunstancia de que el niño hiperactivo con capacidad intelectual límite presente un deterioro cognitivo gradual como consecuencia del rechazo social al que se ve abocado por el síndrome hiperactivo. Cualquiera de estas circunstancias conduce, como es fácil deducir, a un estancamiento del nivel cognitivo del niño, bien porque no recibe información del exterior o bien porque la que recibe no le conduce a ningún aprendizaje. Y como consecuencia presentará un nivel de madurez inferior al que le correspondería por edad.^{34,44}

Sin embargo, pese a que como se ha señalado, el TDAH no tiene por qué ir unido a ningún tipo de retraso o déficit cognitivo, en la práctica clínica sí nos encontramos con una serie de características comunes a la mayor parte de los sujetos hiperactivos y que, sin ser consecuencia directa del síndrome, tienen su origen en él y en la función cognitiva atencional, gravemente dañada en muchos casos. A causa de los principales síntomas del TDAH los sujetos que lo padecen suelen presentar dificultades en todas aquellas tareas que requieran una atención mantenida, así como en las actividades en las que sea preciso memorizar material para su posterior recuperación. Al niño hiperactivo le cuesta trabajo seleccionar, de entre toda la estimulación que le llega, cual es la más importante en cada momento, a cual debe atender y cual puede obviar. Esta dificultad da lugar a muchos errores en su ejecución y frustración secundaria y la aparición de sentimientos de menos valía.^{34, 35,43}

Todo ser humano recibe en cada momento una buena cantidad de datos procedentes de su entorno, información que debe ser atendida, filtrada y elaborada para que el sujeto pueda responder de manera adecuada. Sin embargo, en el cerebro del niño hiperactivo no se produce el filtrado de información que tiene lugar en el cerebro del niño sano, y el sujeto percibe toda la estimulación externa al mismo tiempo: sonidos, imágenes, olores, temperaturas, incluso su propio pensamiento llegan al niño como una maraña de información con la que debe luchar para adaptarse al medio.^{35, 36}

Este fallo de filtraje provoca que el niño no sepa realmente qué parte de la información que le llega es importante, y por tanto debe ser atendida, y cual es irrelevante y por tanto, prescindible. Por este motivo el niño puede parecer incapaz de prestar atención más que de una manera global, y sin embargo en otras situaciones, se queda fijado en un detalle trivial, que logra captar su atención durante un largo tiempo, o incluso obsesionarle.^{36,42}

Es en la capacidad de abstracción donde más a menudo se manifiesta la dificultad cognitiva del niño hiperactivo. El razonamiento abstracto exige no solo prestar atención, sino manejar mentalmente una serie de datos, operar con ellos y buscar una respuesta. Para el niño hiperactivo este proceso resulta, en la mayor parte de los casos, sencillamente imposible, ya que le requiere poner en marcha precisamente aquellos procesos para los que está menos preparado. En su “almacén de datos” la información sólo se mantiene un tiempo corto y debe salir inmediatamente para permitir la entrada de nueva información de manera continua. Esto provoca que su memoria a corto plazo sea algo deficiente, gran inconveniente de cara a las tareas escolares más habituales. No ocurre lo mismo con la memoria a largo plazo, que suele estar muy bien desarrollada: al niño hiperactivo quizás le cuesta mucho recordar lo que ha sucedido tan solo unos momentos antes, pero si la información pasa al almacén a largo plazo (bien porque el material se repita con frecuencia o porque sea de gran interés para el niño), permanecerá en él durante mucho tiempo.^{36,37}

La dificultad del niño para el razonamiento abstracto se hace patente cuando se le administran pruebas para medir su cociente intelectual. Habitualmente la puntuación de estos niños en el CI manipulativo es más alta que la del CI verbal. Esto se debe a que, en las pruebas manipulativas, el sujeto tiene en las manos el material de trabajo, mientras que en las de tipo verbal el niño debe manejar palabras y conceptos abstractos, tarea que le resulta bastante más complicada.³⁸

I.4.2. El desarrollo emocional en el TDAH

Autoestima

El síndrome de hiperactividad con frecuencia se presenta muy temprano: ya antes de los siete años suelen estar presentes algunos de los síntomas. A esta edad ya se han establecido las bases del desarrollo físico, es decir el desarrollo del organismo como tal, que a partir de este momento continuará su crecimiento. No ocurre lo mismo con el desarrollo emocional del niño, que todavía no posee una personalidad formada y está aprendiendo justamente en esa época los diferentes estilos de comportamiento y sus consecuencias, las formas de relacionarse socialmente, e incluso se encuentra en pleno proceso de creación de su propia imagen. Esto significa que el trastorno va a estar presente a lo largo de todo este desarrollo emocional del niño y por tanto puede afectarle en mayor o menor grado, según la gravedad del trastorno y el tratamiento que le sea aplicado.^{39,40}

Muchos niños hiperactivos ya desde pequeños tienen dificultades para controlar sus impulsos y se ven rechazados por otros niños porque no se integran correctamente en el juego, no siguen las normas, hacen lo que quieren en cada momento... Surgen entonces las conductas agresivas y cuando los demás niños no hacen lo que él quiere, es fácil que les insulte, les grite o incluso les pegue.⁴⁰

Esta situación hará que, poco a poco, el niño se vea aislado y se quede sin amigos o bien se relacione tan solo con niños más pequeños que él, quienes seguramente se mostrarán más complacientes. Si este niño no aprende a controlar sus impulsos, ni siquiera ante los demás, no será capaz de relacionarse adecuadamente con ellos. En este caso lo más probable es que se genere un rechazo ante todo lo social, un odio incluso, en que el niño se sienta apartado del grupo, sin saber por qué ni cómo solucionarlo. No debemos olvidar que el niño hiperactivo no actúa de manera descontrolada porque quiera, sino porque no sabe hacerlo de otra manera. La indefensión surgida de esta manera repercutirá en la formación de su autoconcepto y el niño se sentirá malo, tonto, poco válido. Además la sociedad le confirmará de manera continua esta etiqueta, al recriminarle permanentemente su actitud. La autoimagen del niño hiperactivo en esta situación es bastante pobre, y su autoestima por tanto, baja.^{41, 42}

Síntomas depresivos

Aunque también puede darse la situación opuesta: en gran número de ocasiones, el niño hiperactivo aprende desde muy pequeño una serie de estrategias o técnicas que le permiten mantener unas relaciones sociales adecuadas, sacando además el mejor partido a su problema, al menos desde su punto de vista: frecuentemente el niño TDAH se convierte en “el gracioso” del grupo, el que siempre tiene las mejores ideas al menos eso piensan sus compañeros, el que no tiene problemas para enfrentarse a un profesor, en una palabra: el líder. Este tipo de niños quizás presenta problemas para focalizar su atención, para controlar sus impulsos, para obedecer a sus padres, pero en el aspecto social lo tienen todo resuelto, o al menos eso parece. En función del resto de habilidades y capacidades del niño esta puede ser la solución a sus problemas y, si es capaz de vencer el resto de dificultades que su hiperactividad le origina, seguramente se convertirá en uno de esos adultos que todos conocemos que es “el alma de la fiesta”, el más divertido y el que nunca descansa. En caso contrario, los problemas aparecerán y el niño se cansará de que los amigos estén con él para reírse, pero no para apoyarle, y aunque durante un tiempo esta solución le haya servido, también él se sentirá mal.

En cualquiera de los casos expuestos, aparte de la propia imagen que tiene el niño de sí mismo y la que le devuelve la sociedad, es muy probable que aparezca la frustración por no conseguir rendir al mismo nivel que los otros niños, por no ser tan bueno en algunas actividades, por ser, en una palabra, inferior. El niño se siente distinto, peor, enfermo, tonto o loco y la probabilidad de que aparezcan sentimientos depresivos aumenta. En otros casos lo que surge es el negativismo desafiante, o el trastorno disocial, que no son en estos niños más que intentos por

defenderse ante una sociedad que les rechaza sin saber ellos por qué. El problema es que sus características personales y principalmente su escasa capacidad de control, empeoran la situación haciendo que estas manifestaciones se conviertan en el principal problema del niño, lejos ya del TDAH.^{42,44}

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1. Argumentación

El TDAH es una patología psicosocial de alta prevalencia en México, que no solo afecta al menor quien la padece sino al sistema familiar al cual pertenece, ya que la familia tendrá que realizar cambios en su dinámica en busca de implementar estrategias de apoyo al menor, con el objeto de que el padecimiento y las características particulares de estos menores, no generen secuelas emocionales que impacten en su ámbito social y académico.

II.2. Pregunta de investigación

¿Cuál es la estructura familiar en niños con Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la Unidad de Medicina Familiar No 64?

III. JUSTIFICACIONES

III .1 Académica

La presente investigación además de las connotaciones académicas correspondientes permitirá la obtención del Diploma de Médico Especialista en Medicina Familiar.

III .2 Epidemiológica

En México la prevalencia de TDAH es de 400.000 niños y adolescentes afectados. La relación según el sexo, muestra mayor prevalencia en varones que en niñas con una relación de 1:2 a 1:6 respectivamente. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es en nuestros días una de las patologías psicosociales que mas prevalencia e incidencia muestra, la cual afecta no solo a niños en etapas preescolar y escolar, sino también a jóvenes adolescentes y adultos convirtiéndose este en un padecimiento crónico.

III .3 Educativa

Es de suma importancia lograr un cambio de actitud en la sociedad, en las personas que conviven con niños con TDAH, es necesario que el padecimiento se conozca pero sobre todo que se comprenda, es importante que la familia, la escuela y todos los que conviven con el menor con TDAH, sean un apoyo para el menor, ya que esto ayudara a que el menor con TDAH no sea un miembro de la sociedad etiquetado, sino todo lo contrario aceptado e impulsado en su desarrollo.

III .4 Social

El TDAH genera en quien lo padece alteraciones en su desarrollo tanto físicas como emocionales, ya que este tipo de niños se ven inmersos en situaciones difíciles generadas por las características que el mismo trastorno detona en ellos, como lo son la dificultad para socializar, generada por la impulsividad y la poca tolerancia a la frustración, ocasionando que sean rechazados en la escuela, en la sociedad e incluso dentro de su núcleo familiar lo cual genera en ellos sentimientos de ansiedad y depresión, siendo este padecimiento una situación sumamente difícil de afrontar ya que tanto el menor como la familia deberán implementar estrategias que ayuden al menor a integrarse a la sociedad.

III.5. Económica

Dentro del trastorno por déficit de atención con hiperactividad la economía juega un papel decisivo en apoyo al menor, ya que estos menores necesitaran un

tratamiento integral el cual en muchas de las ocasiones esta fuera de los alcances del estándar de las familiar, no contando las instituciones de salud con la infraestructura necesaria para la terapéutica de los menores. Es importante destacar que la mayoría de los menores con TDAH presentan altas tasas de deserción escolar lo cual afecta sin duda afecta no solo la economía individual, sino la economía a nivel global de la sociedad.

IV. HIPOTESIS

Las familias de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la Unidad de Medicina Familiar del IMSS No 64, en su estructura familiar se encuentran límites difusos, tienen periferia parental y tienen tipología familiar moderna.

IV.1 Elementos de la hipótesis.

IV.1.1 Unidades de Observación.

Las familias de niños con Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar del IMSS No 64.

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependiente.

Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad.

IV.1.2.2 Independientes.

Estructura Familiar.

IV.1.3 Elementos lógicos de relación.

En su estructura se encuentran límites difusos, tienen periferia parental y tienen tipología familiar moderna.

V. OBJETIVOS

V.1 General.

- Identificar la estructura familiar en niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.

V.2 Específicos.

- Identificar si todos los pacientes cuentan con diagnóstico de trastorno por déficit de Atención con o sin hiperactividad.
- Genero en niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.
- Edad en niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.
- Religión en niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.
- Ocupación del menor con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.
- Identificar el número de integrantes de la familia de los niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.
- Identificar la ocupación profesional u oficio que desempeña la madre del niño con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.
- Identificar la ocupación profesional u oficio que desempeña el padre del niño con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.
- Identificar el nivel académico del padre del niño con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.
- Identificar el nivel académico de la madre del niño con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.
- Identificar la tipología Familiar en niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad según su composición.

- Identificar la tipología Familiar en niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad según su integración.
- Identificar la tipología Familiar en niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad según su desarrollo social.
- Identificar la tipología Familiar en niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad según su demografía.
- Identificar la tipología Familiar en niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad según sus complicaciones en su desarrollo.
- Identificar aspectos de estructura familiar como lo son: Jerarquía en familias con niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.
- Identificar el ciclo de vida familiar en el cual se encuentran las familias de niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.
- Tipo de límites entre el subsistema conyugal en familias de niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.
- Tipo de límites entre el subsistema paterno- filial en familias de niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.
- Tipo de límites de geografía en familias de niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.
- Centralidad en familias de niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.
- Periferia en familias de niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.
- Identificar la presencia de relaciones conflictivas entre subsistemas.
- Identificar la presencia de relaciones cerradas entre subsistemas.
- Identificar la presencia de relaciones distantes entre subsistemas.

- Identificar la presencia de relaciones dominantes entre subsistemas.
- Identificar la presencia de relaciones estrechas entre subsistemas.
- Identificar la presencia de alianzas entre subsistemas.
- Identificar si se cumplen las funciones familiares básicas en niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.

VI. MÉTODO.

VI.1 Tipo de estudio.

El presente trabajo es de tipo transversal y descriptivo.

VI.2. Diseño del estudio.

Se aplico un instrumento de recolección de datos sobre estructura familiar en familias de menores con TDAH.

VI.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	INDICADORES	ITEMS
Trastorno por déficit de Atención con o sin hiperactividad	Determinado grado de déficit de atención con o sin hiperactividad, impulsividad que resulta desadaptativo e incoherente en relación con el nivel de desarrollo del niño.	Paciente con grado de déficit de atención con o sin hiperactividad al momento de realizar el estudio.	Cualitativa Dicotómica	Cuenta con hoja de referencia Paidosiquiatria. 1. Si 2. No	I
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Años cumplidos al momento del estudio.	Cuantitativa discreta	1. Menor de 5 años 2. 5-8 años 3. 9- 11 años	I
Género	Diferencias biológicas entre las personas, diferenciados en masculino y femenino.	Condiciones físicas que determinan el ser humano como hombre o mujer.	Cualitativa nominal	1. Masculino 2. Femenino	I
Religión	Conjunto de creencias o dogmas, símbolos y prácticas, que posee el objetivo de venerar a uno o varios dioses.	Conjunto de creencias o dogmas, símbolos y prácticas que poseen las familias de niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.	Cualitativa nominal	1) Católica 2) Cristiana 3) Testigo de Jehová 4) No profesante	I
Grado escolar	Cada una de las etapas en que se divide un nivel educativo. A cada grado corresponde un conjunto de conocimientos	Cada una de las etapas en que se divide un nivel educativo. A cada grado corresponde un conjunto de conocimientos.	Cualitativa ordinal	1) Preescolar 2) Primaria	I

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ITEMS
Ocupación de los padres	Empleo, trabajo de los padres del menor con TDAH	Empleo, trabajo de los padres del menor con TDAH	Cualitativa nominal	1) Hogar 2) Empleado(a) 3) Obrero (a) 4) Profesionista 5) Comerciante 6) Otro	I
Nivel académico de los padres	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un colegio	Conjunto de cursos que han tenido los padres de los niños con TDAH	Cualitativa ordinal	1) Analfabeto (a) 2) Primaria 3) Preparatoria 4) Carrera técnica 5) Licenciatura 6) Posgrado	I
Número de integrantes de la familia	Cantidad de personas que conforman un grupo.	Cantidad de personas que conforman la familia de niños con trastorno por déficit de atención.	Cuantitativa discreta	1) 3 integrantes 2) 4-6 integrantes 3) Más de 6 integrantes	I
Tipología familiar	Hace referencia a determinadas características que permiten clasificar a las familias según su: composición, integración, desarrollo social, demografía y complicaciones en su desarrollo.	Hace referencia a determinadas características que permiten clasificar a las familias según su: composición, integración, desarrollo social, demografía y complicaciones en su desarrollo.	Cualitativa nominal	Por su composición: 1) Nuclear 2) Extensa 3) Compuesta 4) Seminuclear Por su integración: 1) Integrada 2) Semidesintegrada 3) Desintegrada Por su desarrollo social: 1) Moderna 2) Tradicional Por su demografía: 1) Rural 2) urbana Por complicaciones en su desarrollo: 1) Interrumpida 2) Contraída 3) Reconstruida	II

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	INDICADORES	ITEMS
Estructura Familia	Conjunto invisible demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia (Minuchin S.1990)	Conjunto invisible demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia de niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.	<p>Cualitativa nominal</p> <p>Cualitativa dicotómica</p> <p>Cualitativa nominal</p> <p>Cualitativa Nominal</p> <p>Cualitativa Nominal</p> <p>Cualitativa Nominal</p> <p>Cualitativa dicotómica</p>	<p>Jerarquía</p> <p>1) Paterna</p> <p>2) Materna</p> <p>3) Compartida</p> <p>Centralidad</p> <p>1) -Presente</p> <p>2) -Ausente</p> <p>Periferia</p> <p>1) Parental</p> <p>2) Materna</p> <p>3) Conyugal</p> <p>4) Ausente</p> <p>Limites Subsistemas: Conyugal</p> <p>1)Claro</p> <p>2)Difuso</p> <p>3)Rígido</p> <p>4)Flexible</p> <p>Fraterno</p> <p>1)Claro</p> <p>2)Difuso</p> <p>3)Rígido</p> <p>4)Flexible</p> <p>Filial</p> <p>1)Claro</p> <p>2)Difuso</p> <p>3)Rígido</p> <p>4)Flexible</p> <p>Alianzas</p> <p>1) -Presente</p> <p>2) -Ausente</p> <p>Coaliciones</p> <p>1) -Presente</p> <p>2) -Ausente</p>	III

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ITEMS
Ciclo vital	Etapa del desarrollo familiar en el cual se encuentra la familia.	Etapa del desarrollo familiar en el cual se encuentra la familia del niño con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Matrimonio 2. Expansión 3. Dispersión 4. Independencia 5. Retiro y muerte 	III
Funciones familiares	Deberes básicos que debe de cumplir la familia durante su desarrollo.	Deberes básicos que debe de cumplir la familia de los niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Socialización 2. Cuidado 3. Afecto 4. Reproducción 5. Estatus 	IV
Familiograma	Representación gráfica de la familia.	Representación grafica de la familia del niño con TDAH.	Cualitativa nominal	Relaciones familiares: <ol style="list-style-type: none"> 1) Estrechas 2) Conflictivas 3) Cerradas 4) Distantes 	V
			Cualitativa nominal	Estructura familiar	

VI.4. Universo de Trabajo.

El universo de trabajo estuvo compuesto por 32 familias con niños con TDAH quienes acudían a consulta médica periódicamente y ya contaban con diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, por lo cual este estudio no conto con muestra ya que el número de familias proporcionadas por el área de información médica y archivo clínico (ARIMAC) conformo un universo capaz de estudiarse.

VI.4.1 Criterios de inclusión.

Familias de niños con diagnóstico de TDAH dado por el servicio de Neurología y/o paidopsiquiatría.

VI.4.2 Criterios de exclusión.

Familias con niños que aun no cuenten con diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Familias que no acepten participar en el estudio.

VI.4.3 Criterios de eliminación.

Familias que no terminen el cuestionario de estructura familiar.

VI.5. Instrumento de Investigación.

Instrumento de recolección de datos de estructura familiar, diseñado por el médico residente investigador.

VI.5.1 Descripción.

El instrumento de investigación estuvo conformado por ficha de identificación familiar y 52 preguntas que fueron aplicadas por el médico investigador con respuestas de opción múltiple las cuales abarcaron los siguientes puntos:

I. Estudio de la estructura familiar

1.1. Tipología familiar: Sustentar que tipo de familia es, según los ejes de clasificación: conformación, desarrollo, integración, ocupación, ubicación, etc.

1.2. Etapa actual del ciclo de vida familiar. Describir con argumentos en que etapa se encuentra la familia.

1.3. Funciones familiares básicas. Explicar la clasificación acorde con las funciones de socialización, cuidado, afecto, reproducción (relación de pareja, educación de la sexualidad y paridad) y estatus; así como el cumplimiento de los roles estructurales y dinámicos.

1.4. Realizar el genograma estructural y socio dinámico incluyendo: estructura familiar, demografía familiar, problemas sociales y de salud.

1.5. Identificar aspectos sociodemograficos: edad, sexo, estado civil, religión y ocupación de la familia con TDAH.

VI.5.2 Validación.

Este instrumento de investigación de estructura familiar fue diseñado por el médico residente investigador y validado por médicos especialistas expertos en Medicina Familiar, con base en los puntos preestablecidos del formato de estudio de salud familiar del Consejo Mexicano de Médicos Familiares. Previo a la aplicación del instrumento de investigación se realizó una prueba piloto a la población objeto de estudio para identificar las ventajas y desventajas del mismo.

VI.5.3 Aplicación.

Una vez realizada la prueba piloto, el instrumento se aplicó a las familias de menores con diagnóstico de TDAH de la Unidad de Medicina Familiar No 64.

VI.6 Desarrollo del proyecto.

El presente estudio se dividió en tres fases: en una primera fase se inicio con la sensibilización al personal médico de la Unidad de Medicina Familiar No 64, mediante la realización de sesiones matutinas informativas sobre el tema a investigar y la importancia del mismo para el médico familiar. Logrando en esta primera fase del proceso de investigación la obtención de la población objeto de estudio a través de sus médicos tratantes, a lo cual siguió el acercamiento del investigador con la familia.

En una segunda fase del proceso se invito a la familia a participar en la prueba piloto del instrumento con el objeto de identificar ventajas y desventajas del mismo previa validación de este por un grupo de expertos Médicos Especialistas en Medicina Familiar, informando ampliamente los objetivos del mismo y garantizando la confidencialidad de la información proporcionada, ya con el consentimiento de la familia se realizo la aplicación del instrumento de investigación de estructura familiar tomando en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y eliminación dispuestos en el proyecto.

En una tercera fase se realizo el análisis estadístico de la misma y la representación grafica de esta.

VI.7 Límite de espacio

El estudio se llevo a cabo en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No.64 Tequesquihuac, Edo. De México, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

VI.8 Límite de tiempo

El estudio se realizo de septiembre del 2011 a agosto del 2012.

VI.9 Diseño de análisis.

El análisis descriptivo de los datos recabados durante el proceso de investigación, se realizo por medio del programa computarizado SPSS y representando los mismos a través de tasas, porcentajes, y razones.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación no constituye riesgo alguno para la población objeto del mismo, ya que se mantendrán los principios de; respeto por las personas, beneficencia y justicia, conocidos como principios Belmont que se encuentran incluidos dentro del informe Belmont el cual fue publicado en 1979 por la comisión nacional de investigación.

Respeto por las personas

Este principio se encuentra en los escritos del filósofo Emmanuel Kant. Nos exige tratar a los individuos como seres humanos autónomos y no utilizar a las personas como un medio para lograr un fin. Debemos permitir a las personas elegir por sí mismas y brindar protección extra a aquellos con autonomía limitada.

Entre los elementos de la autonomía se incluyen:

- Capacidad mental, habilidad de comprender y procesar información.
- Voluntariedad, libertad del control o influencia de otro.

Por lo tanto, los sujetos tienen autonomía plena cuando tienen la capacidad de comprender y procesar información, y la libertad de ofrecerse como voluntarios en investigaciones, sin coerción o influencia indebida por parte de otros.

Entre las reglas derivadas del principio del respeto por las personas se incluyen:

- El requisito de obtener consentimiento informado.
- El requisito de respetar la privacidad de los sujetos de investigación.

Beneficencia

Este principio nos responsabiliza a minimizar los daños y maximizar los beneficios. Entre las reglas derivadas correspondientes se incluyen:

- El requisito de utilizar el mejor diseño de investigación posible para maximizar los beneficios y minimizar los daños.
- Los requisitos de garantizar que los investigadores sean capaces de ejecutar los procedimientos y controlar los riesgos.

- La prohibición de realizar investigaciones que carezcan de una relación riesgo-beneficio favorable.
-
- Justicia

El principio de justicia nos exige tratar a las personas justamente y diseñar investigación de manera que sus cargas y beneficios sean compartidos equitativamente. Entre las reglas derivadas se incluyen:

- El requisito de seleccionar sujetos equitativamente.
- El requisito de evitar la explotación de poblaciones vulnerables o poblaciones de conveniencia.

VIII. ORGANIZACIÓN

Este trabajo de investigación se realizó por:

Tesista:

M.C. Carolina Sánchez Olivera

Director de tesis:

M en IC. Luis Rey García Cortes

IX. RESULTADOS Y DISCUSION

El presente estudio se realizo en 32 familias de niños con Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, quienes cumplieron con los criterios de inclusión, a quienes se les aplico el instrumento de estudio de estructura familiar, previamente validado por una ronda de expertos en el área de Medicina Familiar.

Este estudio no conto con muestra ya que se tomo la totalidad del universo de estudio, siendo 32 familias las que cuentan con niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Los 32 pacientes contaron con hoja de referencia por paidopsiquiatria.

(Ver tabla y Gráfica 1)

A continuación presento las características socio demográficas que se indagaron con apoyo de la ficha de identificación familiar de las 32 familias, y de estructura familiar indagadas en apoyo con el instrumento de estudio de estructura familiar.

En la variable de género, encontramos una mayoría de población infantil con TDAH en hombres con una frecuencia de 24 lo que representa el 75%, mientras que las mujeres presentaron una frecuencia de 8 lo que representa el 25%.

(Ver tabla y Gráfica 2)

En la variable edad, encontramos en el rango de 5 a 8 años una mayor frecuencia representada por 20 niños (as) con TDAH con un porcentaje del 62.5%, seguida por aquellos menores de 5 años en donde la frecuencia fue de 8 con un porcentaje del 25% y una mínima frecuencia de 4 con un porcentaje del 12.5% en el rango de 9-11 años.

(Ver tabla y Gráfica 3)

En la variable de religión, encontramos una frecuencia mayoritaria de 23 para familias que profesan la religión católica que representa el 71.9%, seguida de la religión cristiana con una frecuencia de 4 y 4 para aquellos que no profesan religión representando un 12.5% para cada grupo, y una mínima frecuencia para aquellas familias testigos de Jehová con una frecuencia de 1 que representa el 3.1%.

(Ver tabla y Gráfica 4)

En la variable de ocupación de los menores con TDAH, encontramos una mayor frecuencia de 18 en aquellos que se encuentran cursando la primaria lo que representa el 56.3%, y una frecuencia de 14 que representa un 43.8% en aquellos que se encuentran a nivel preescolar.

(Ver tabla y Gráfica 5)

Al realizar el análisis de las variables socio demográficas, se encontró que la mayoría de la población infantil con TDAH eran del género hombre con un porcentaje del 75% sobre un 25% del género mujer lo que representa una relación de 3:1, corroborando los reportes epidemiológicos, que muestran mayor prevalencia en varones que en niñas con una relación de 1:2 a 1:6 respectivamente.² Con respecto a la edad, encontramos un mayor porcentaje del 62.5% en el grupo de 5-8 años, que corresponde a la edad escolar, y ocupación de un 56.3% en nivel primaria, lo cual corrobora reportes que mencionan que de los 6-12 años suele ser cuando se producen más consultas a profesionales de la salud por los problemas académicos que el trastorno detona, y hace que estos niños sean diagnosticados con mayor facilidad en comparación con menores de 5 años en quienes las características propias de la edad dificultan el diagnóstico oportuno.¹⁶ Con respecto a la religión la mayoría de las familias profesan la religión Católica en un 71.9%, lo cual es congruente ya que en México este grupo eclesíástico es el de mayor prevalencia.

(Ver tabla y gráfica 2,3 ,4 y 5)

En la variable de distribución según el número de integrantes que componen a la familia de niños (as) con TDAH, encontramos una frecuencia mayoritaria de 21 en aquellas familias compuestas por 4 a 6 integrantes que representa 65.6%, seguida de aquellas compuestas por 3 integrantes con una frecuencia de 3 que representa el 21.9%, y una frecuencia minoritaria de 4 en aquellas familias compuestas por más de 6 integrantes lo que representa un 12.5%.

(Ver tabla y Gráfica 6)

En cuanto al análisis de las familias en relación con el número de integrantes, se encontró un porcentaje mayor de un 65.6% de familias de 4-6 integrantes, conformadas en su mayoría por padres e hijos.

(Ver tabla y gráfica 6)

En la variable de distribución según la ocupación materna de la población infantil con TDAH, encontramos una frecuencia mayoritaria de 22 en quienes se dedican al hogar que representa el 68.8%, seguida de una frecuencia de 5 para aquellas madres que trabajan como empleadas que representa un 15.6%, con una

frecuencia de 3 en aquellas madres que trabajan como profesionistas que representa un 9.4%, y una frecuencia minoritaria para aquellas madres comerciantes que representa el 3.1%.

(Ver tabla y Gráfica 7)

En la variable de distribución según la ocupación paterna de la población infantil con TDAH, encontramos una frecuencia mayoritaria de 13 para quienes trabajan como obreros que representa un 40.6%, con una frecuencia de 12 para aquellos que trabajan como empleado que representa un 37.5%, con una frecuencia de 6 para aquellos que trabajan como profesionistas que representa un 6%, y una frecuencia minoritaria de 1 ubicado en el rubro de otro que representa un 3.1%.

(Ver tabla y Gráfica 8)

En la variable de distribución según el nivel académico paterno en familias de población infantil con TDAH, encontramos una frecuencia mayoritaria de 13 para aquellos padres con nivel preparatoria que representa un 40.6%, una frecuencia de 11 para aquellos con nivel secundaria que representa un 34.4%, una frecuencia de 5 para aquellos con nivel licenciatura que representa un 15.6%, una frecuencia de 2 en aquellos con carrera técnica que representa un 6.3%, y una frecuencia minoritaria de 1 en aquellos con nivel primaria que representa el 3.1%.

(Ver tabla y Gráfica 9)

En la variable de distribución según el nivel académico materno en familias de población infantil con TDAH, encontramos una frecuencia mayoritaria de 16 en aquellas con nivel secundaria que representa un 50%, una frecuencia de 7 a nivel preparatoria que representa un 21.9%, una frecuencia de 4 a nivel primaria que representa el 12.5%, con una frecuencia de 2 para nivel licenciatura y posgrado que representa un 6.3% cada una, y una minoría con frecuencia de 1 en población materna analfabeta que representa un 3.1%.

(Ver tabla y Gráfica 10)

Al analizar la ocupación materna y paterna así como el nivel académicos de ambos encontramos que en un 68.8% las madres se dedican al hogar y tienen un nivel académico de un 50% a nivel secundaria, lo cual se corrobora ya que en México la mayoría de las madres de familias con o sin profesión se dedican al 100% a su hogar. Mientras que la ocupación paterna y el nivel académico mostro que un 81.2% de los padres de familia no son profesionistas; de los cuales 37.5% son empleados, 40.6% obreros, y un 18.8% profesionistas. Con un nivel académico paterno de un 84.4% en nivel básico- medio y solo un 15.6% nivel

superior. Lo cual es una constante en México en donde no se ha logrado la igualdad de oportunidad de desarrollo académico.

(Ver tabla 7, 8,9 y 10)

En la variable de tipología familiar según su composición en población infantil con TDAH, encontramos una frecuencia mayoritaria de 21 para familias nucleares que representa un 65.6%, una frecuencia de 8 para aquellas familias extensas que representa un 25%, una frecuencia de 2 para familias seminucleares que representa un 6.3%, y una frecuencia minoritaria de 1 en aquellas familias compuestas que representa un 3.1%.

(Ver tabla y Gráfica 11)

En la variable de tipología familiar según su integración en población infantil con TDAH, encontramos una frecuencia mayoritaria de 28 para las familias integradas que representa un 87.5%, una frecuencia de 3 para familias semidesintegradas que representa un 9.4%, y una frecuencia minoritaria de 1 para familias desintegradas que representa un 3.1%.

(Ver tabla y Gráfica 12)

En la variable de tipología familiar según su desarrollo social en población infantil con TDAH, encontramos una frecuencia mayoritaria de 21 para familias tradicionales que representa un 65.6%, y una frecuencia mínima de 11 para familias modernas que representa un 34.4%.

(Ver tabla y Gráfica 13)

En la variable de tipología familiar según su demografía de población infantil, encontramos una frecuencia de 32 para familias urbanas lo cual representa un 100%.

(Ver tabla y Gráfica 14)

En la variable de tipología familiar según sus complicaciones en su desarrollo en población infantil con TDAH, encontramos una frecuencia mayoritaria de 26 para aquellas familias con ausencia de complicaciones en su desarrollo que representa un 81.3%, una frecuencia de 3 para familias contraídas que representa un 9.4%, una frecuencia de 2 para familias reconstruidas que representa el 6.3%, y una minoría con frecuencia de 1 en familias interrumpidas que representa un 3.1%.

(Ver tabla y Gráfica 15)

Al analizar la tipología familiar encontramos que la mayoría de las familias fueron nucleares con un 65.6% según su composición, e integradas en un 87.5% según su integración, tradicionales en un 65.6% según su desarrollo social, un 81.3% de las familias no presentaron complicaciones en su desarrollo mientras que un 18.8% presentaron complicaciones, lo cual al correlacionar con estudios previos no es similar ya que refieren que la mayoría de las familias con niños con TDAH, presentan complicaciones en su desarrollo generadas por el stress al cual se encuentran sometidos los diferentes subsistemas, pero sobre todo el conyugal lo que ocasiona el deterioro de sus relaciones.⁴⁵ De las familias estudiadas el 100% fueron urbanas esto debido a que el estudio fue realizado en una clínica urbana.

(Ver tabla y gráfica 11, 12, 13,14 y 15)

En la variable de distribución de jerarquía en familias de población infantil con TDAH, encontramos una frecuencia mayoritaria de 12 para aquellas familias en donde la jerarquía es compartida entre el subsistema conyugal que representa un 37.5%, una frecuencia de 11 para aquellas familias en donde la jerarquía es paterna que representa un 34.4%, y una minoría de frecuencia de 9 en aquellas familias en donde la jerarquía es materna que representa un 28.1%.

(Ver tabla y Gráfica 16)

Con respecto a la jerarquía encontramos que la mayoría de las familias estudiadas mantenían jerarquía compartida entre el subsistema conyugal en un 37.5%, paterna en el 34.4% y materna en el 28.1%, lo cual se correlaciono con estudios previos, en los cuales refieren que el hecho de la existencia de jerarquía compartida ayuda en mucho al sistema familiar a lograr metas de tratamiento en menores con TDAH.⁴⁵

(Ver tabla y gráfica 16)

En la variable de ciclo vital familiar en población infantil con TDAH, encontramos que la mayoría de las familias se encuentran en fase de dispersión con una frecuencia de 24 que representa un 75%, y una frecuencia mínima de 8 familias que se encuentran en dos o más fases que representa un 25%.

(Ver tabla y Gráfica 17)

En lo que se refiere al ciclo vital familiar, el 75% de las 32 familias estudiadas se encontraban en fase de dispersión lo que se justifica ya que la mayoría de la población infantil se encontraba en etapa escolar en donde la frecuencia diagnóstica es mayor por las alteraciones a nivel académico que el padecimiento de la detona,¹⁶ y un 25% en 2 o más fases, esto debido a que algunas de estas familias se encontraban con familiares en estado gestacional y otras en retiro y muerte.

(Ver tabla y gráfica 17)

En la variable de límites en el subsistema conyugal en familias de población infantil con TDAH, encontramos que la mayoría de los subsistemas conyugales tienen límites claros con una frecuencia de 22 que representa un 68.8%, 7 familias presentaron límites rígidos en el subsistema conyugal que representa un 21.9%, y la menor frecuencia fue de 3 familias que presentaban límites difusos conyugales que representa un 9.4%.

(Ver tabla y Gráfica 18)

En cuanto a los límites dentro del sistema familiar, el subsistema conyugal presentó una mayor proporción de límites claros lo que resulta positivo ya que en estudios previos se ha visto que el hecho de que la pareja tenga bien delimitado su espacio e individualidad sin dejar de ser subsistema, ayuda en mucho a la familia en su totalidad y por ende al menor con TDAH.

(Ver tabla y gráfica 18)

En la variable de límites en el subsistema paterno-filial en familias de población infantil con TDAH, encontramos que la mayoría de las familias presentaban límites flexibles con una frecuencia de 17 que representa 53.1%, seguida de 8 familias con límites difusos entre subsistema paterno-filial que representa 25%, 4 familias presentaron límites claros que representa 12.5%, y una frecuencia minoritaria de 3 familias con límites rígidos que representa un 9.4%.

(Ver tabla y Gráfica 19)

Los límites entre el subsistema paterno-filial, es decir entre padres e hijos, fueron mayoritariamente flexibles, lo cual es un tema bastante controversial ya que existen estudios previos en donde se expresa, que los límites flexibles son una característica negativa que en nada apoya a las familias en el tratamiento de estos menores, sin embargo existen también estudios en donde se menciona que los límites demasiados rígidos son contraproducentes para estos menores quienes por su naturaleza generada por el trastorno se sienten agredidos y detonan su impulsividad. Es importante mencionar que estos niños ameritan tener reglas en casa, sin embargo estas deben de tener cierta flexibilidad que permita al menor sentirse libre, sin perder en ningún momento la jerarquía que debe de existir en los diferentes subsistemas ya que los menores deben de aprender a respetar y acatar indicaciones sin que esto limite su libertad de pensamiento el cual deberá de ser expresado por el mismo, en tiempo y forma oportuna.

(Ver tabla y Gráfica 19)

En la variable de límites de geografía en familias de población infantil con TDAH, encontramos que 26 familias presentaban límites difusos lo que representa un 81.3% siendo esta la mayoría, y 6 familias presentaron límites claros que representa un 18.8% siendo la minoría.

(Ver tabla y gráfica 20)

Con respecto a límites de geografía se mostro una mayor proporción de límites difusos, lo cual es un factor negativo para estas familias ya que los miembros que la componen deben de mantener su espacio personal, y sobre todo el menor con TDAH debe de tener un área geográfica individual dentro de la casa.

(Ver tabla y gráfica 20)

En la variable de centralidad en familias de población infantil con TDAH, encontramos que en las 32 familias se encontraba centralidad en alguno de los miembros, lo que representa un 100%.

(Ver tabla y grafica 21)

Todas las familias estudiadas tuvieron presencia de centralidad positiva o negativa, dirigida hacia el menor con TDAH, justificada por la importancia de la participación familiar en el tratamiento del menor o bien por el stress que genera la conducta de este dentro del sistema.

(Ver tabla y gráfica 21)

En la variable de periferia en familias de población infantil con TDAH, encontramos que la mayoría de las familias presentaron periferia paterna con una frecuencia de 30 que representa un 93.8%, y una frecuencia de 1 tanto para la ausencia de periferia como para la periferia conyugal que representa cada una un 3.1%.

(Ver tabla y Gráfica 22)

En lo que respecta a la periferia, encontramos una proporción mayoritaria de periferia paterna, esto debido a que la mayoría de las familias fueron tradicionales en donde el padre es el único proveedor económico en casa y pasa largas jornadas laborales fuera, sin intervenir en los procesos de enseñanza y disciplina de los hijos, y sobre todo del menor con TDAH. Es interesante que en este estudio se encontrara periferia conyugal, relacionada con el nivel académico alto y el desempeño profesional de los padres, quedando los hijos al cuidado de terceros, lo cual se ha estudiado previamente y se ha visto que las familias en donde padre y madre trabajan presentan mayor alteraciones en su dinámica.

(Ver tabla y gráfica 22)

En la variable de relaciones conflictivas por subsistemas en familias de población infantil con TDAH, encontramos una frecuencia mayoritaria de 23 familias con ausencia de relaciones conflictivas que representa un 71.9%, 6 familias presentaron relaciones conflictivas dentro del subsistema conyugal que representa un 18.8%, y una minoría de familias con una frecuencia de 3 presentaron relaciones conflictivas entre el subsistema paterno-filial que representa un 9.4%.

(Ver tabla y Gráfica 23)

En la variable de relaciones cerradas por subsistemas en familias de población infantil con TDAH, encontramos una frecuencia mayoritaria de 31 de ausencia de este tipo de relaciones en las familias lo que representa un 96.9%, y una frecuencia minoritaria de 1 familia con relación cerrada en el subsistema conyugal que representa un 3.1%.

(Ver tabla y Gráfica 24)

En la variable de relaciones distantes por subsistemas en familias de población infantil con TDAH, encontramos que 16 familias presentaron relaciones distantes en el subsistema familiar que representa un 50%, y las 16 familias restantes no presentaron este tipo de relaciones en ninguno de sus subsistemas lo que representa un 50%.

(Ver tabla y Gráfica 25)

En la variable de relaciones dominantes por subsistemas en familias de población infantil con TDAH, encontramos que la mayoría de las familias con una frecuencia de 21 presentaron ausencia de este tipo de relaciones entre sus subsistemas que representa un 65.5%, y 11 familias presentaron relaciones dominantes en el subsistema conyugal que representa un 34.4%.

(Ver tabla y Gráfica 26)

En la variable de relaciones estrechas por subsistemas en familias de población infantil con TDAH, encontramos una frecuencia mayoritaria de 20 en el subsistema paterno-filial que representa un 62.5%, seguida de una frecuencia de 11 familias con relaciones estrechas entre dos o más subsistemas que representa un 34.4%, y una frecuencia mínima de 1 familia con relación estrecha en el subsistema fraternal que representa un 3.1%.

(Ver tabla y Gráfica 27)

En la variable de alianzas por subsistemas en familias de población infantil con TDAH, encontramos una frecuencia mayoritaria de 15 familias con alianzas entre

el subsistema conyugal que representa un 46.9%, seguida de 9 familias con alianzas entre el subsistema paterno-filial que representa un 28.1%, y una minoría de 8 familias quienes presentaron alianza familiar entre todos sus subsistemas que representa un 25%.

(Ver tabla y Gráfica 28)

Con respecto al tipo de relaciones entre los diferentes subsistemas, se mostro una proporción de un 50% de familias las cuales tuvieron relaciones distantes en el subsistema conyugal, lo cual no favorece al tratamiento del menor con TDAH, puesto que es importante que el subsistema conyugal se encuentre íntimamente relacionado y con apoyo mutuo, afortunadamente las relaciones conflictivas se encontraron ausentes en más del 50% de las familias. Un hallazgo muy positivo es que a pesar de la existencia de relaciones distante y en menor proporción conflictivas en el subsistema conyugal, se encontró una alta proporción de relaciones estrechas y de alianzas entre los subsistemas familiares, lo cual se ha comprobado tiene un impacto positivo en el tratamiento en beneficio del menor con TDAH.

(Ver tablas y gráficas 23, 24, 25, 26, 27 y 28)

En la variable del cumplimiento de las funciones familiares básicas de población infantil con TDAH, encontramos una frecuencia mayoritaria de 17 familias en donde las funciones familiares básicas se cumplen parcialmente que representa un 53.1%, y una frecuencia minoritaria de 15 familias en las cuales se cumplen totalmente las funciones familiares básicas que representa un 46.9%.

(Ver tabla y Gráfica 29)

X. TABLAS Y GRAFICAS

Tabla 1.

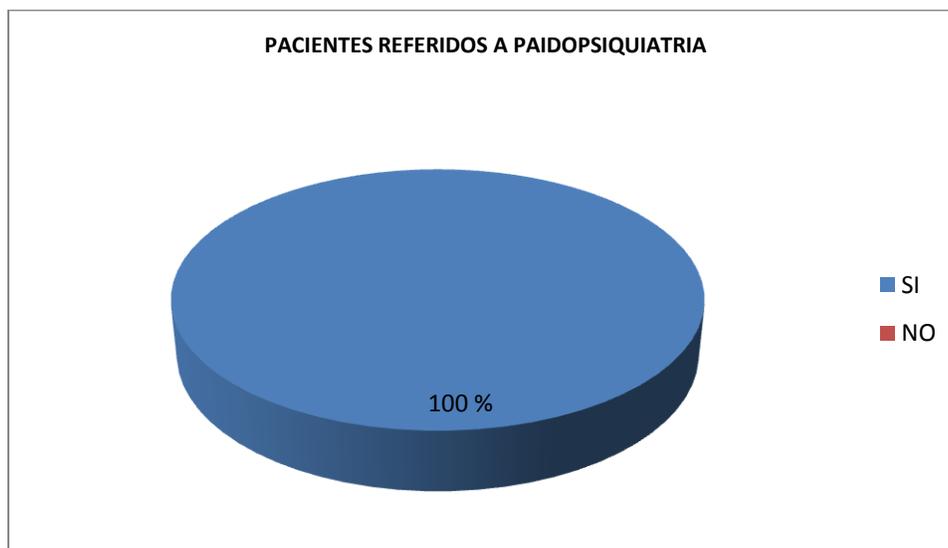
Pacientes que cuentan con referencia de paidopsiquiatría con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad de la UMF No 64; 2012.

Pacientes referidos a paidopsiquiatría		
DIAGNOSTICO	Frecuencia	Porcentaje
SI	32	100
NO	0	0
TOTAL	32	100

Fuente. Ficha de datos Sociodemográficos.

Gráfica No 1.

Pacientes que cuentan con referencia de paidopsiquiatría con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad de la UMF No 64; 2012.



Fuente. Tabla 1.

Tabla 2

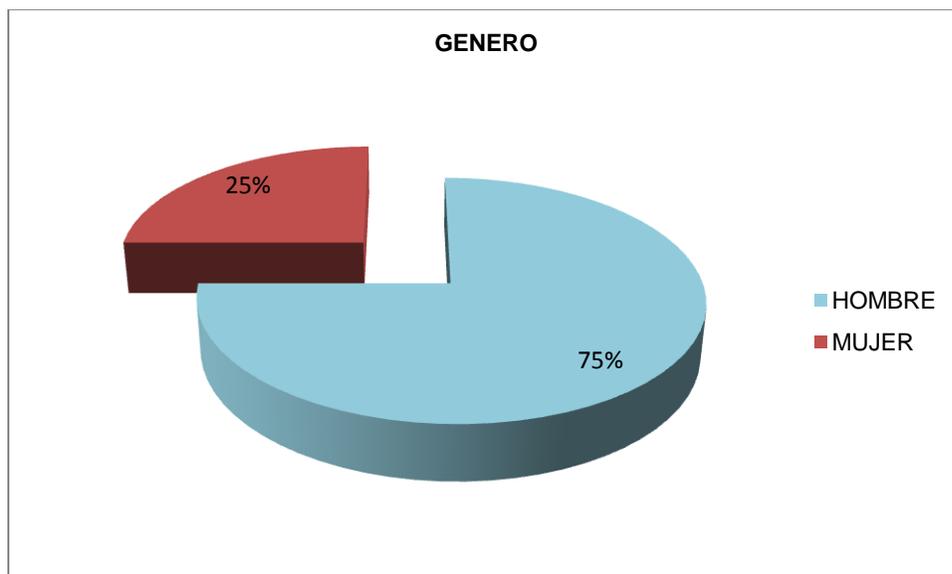
Género en población infantil que padecen trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

GENERO		
	Frecuencia	Porcentaje
HOMBRE	24	75.0
MUJER	8	25.0
Total	32	100.0

Fuente: Ficha de Identificación Familiar

Gráfica 2

Género en población infantil que padecen trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 2

TABLA 3

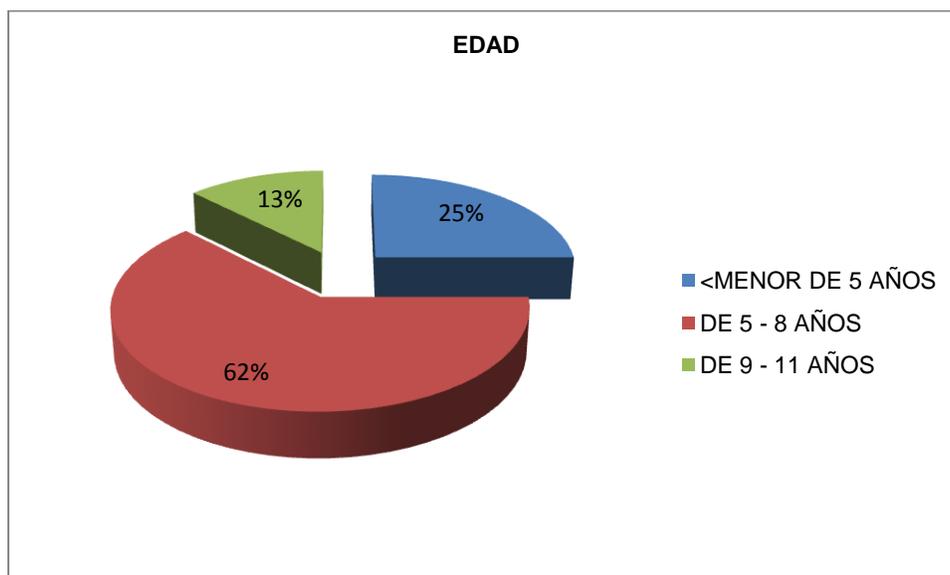
Edad en población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

EDAD		
	Frecuencia	Porcentaje
<MENOR DE 5 AÑOS	8	25.0
DE 5 - 8 AÑOS	20	62.5
DE 9 - 11 AÑOS	4	12.5
Total	32	100.0

Fuente: Ficha de Identificación Familiar

Gráfica 3

Edad en población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 3

Tabla 4

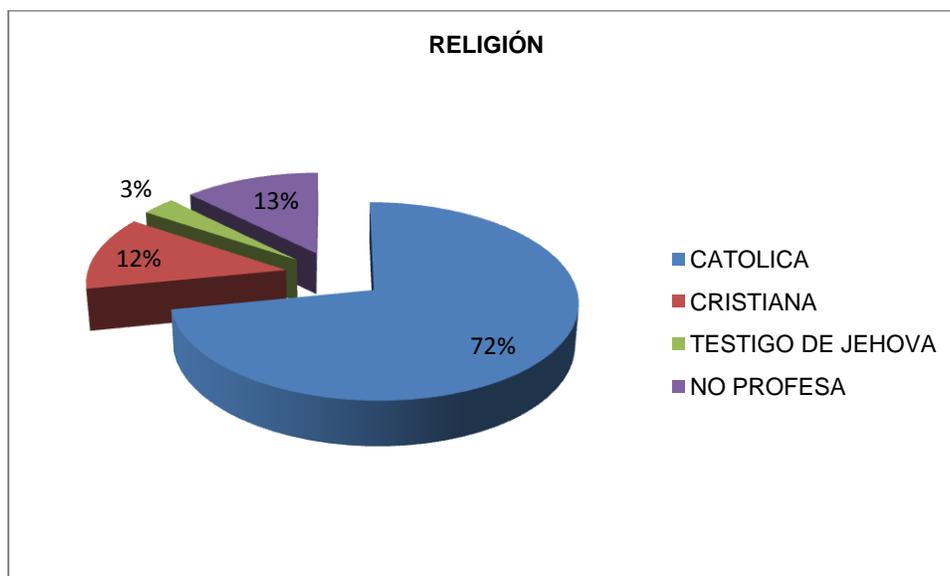
Religión en población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

RELIGION		
	Frecuencia	Porcentaje
CATOLICA	23	71.9
CRISTIANA	4	12.5
TESTIGO DE JEHOVA	1	3.1
NO PROFESA	4	12.5
Total	32	100.0

Fuente: Ficha de Identificación Familiar

Gráfica 4

Religión en población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 4

Tabla 5

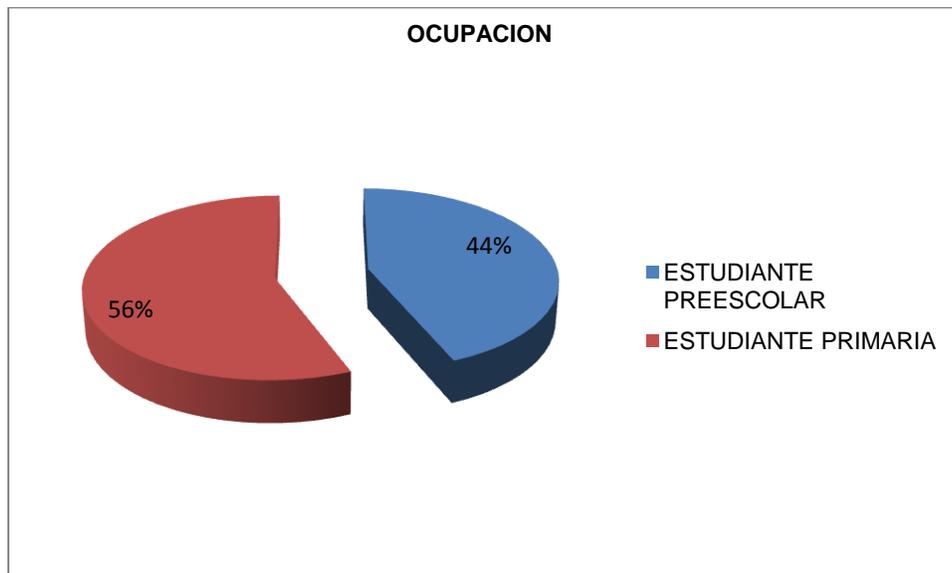
Ocupación en población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

OCUPACION		
	Frecuencia	Porcentaje
ESTUDIANTE PREESCOLAR	14	43.8
ESTUDIANTE PRIMARIA	18	56.3
Total	32	100.0

Fuente: Ficha de Identificación Familiar

Gráfica 5

Ocupación en población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 5

Tabla 6

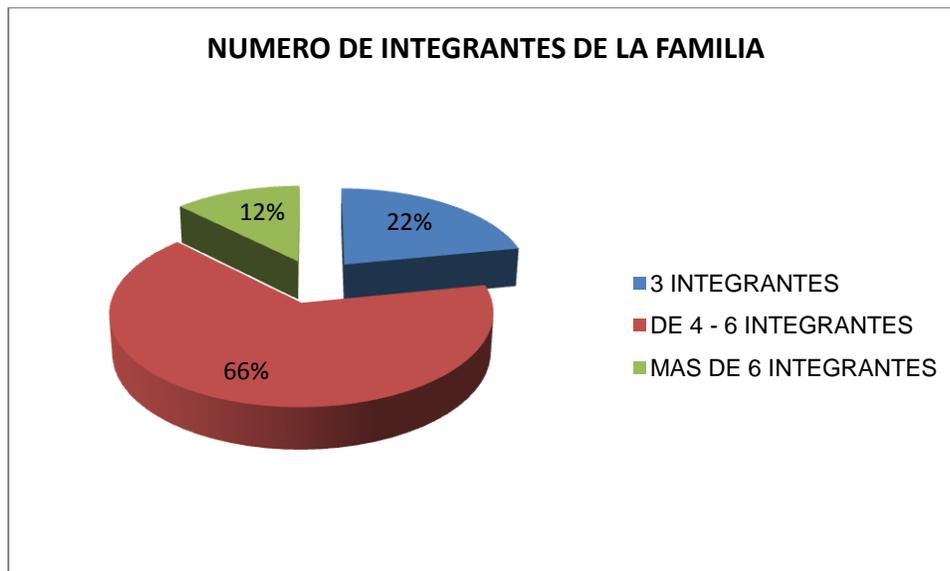
Número de integrantes que componen la familia de la población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

NUMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA		
	Frecuencia	Porcentaje
3 INTEGRANTES	7	21.9
DE 4 - 6 INTEGRANTES	21	65.6
MAS DE 6 INTEGRANTES	4	12.5
Total	32	100.0

Fuente: Ficha de Identificación Familiar

Gráfica 6

Número de integrantes que componen la familia de la población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 6

Tabla 7

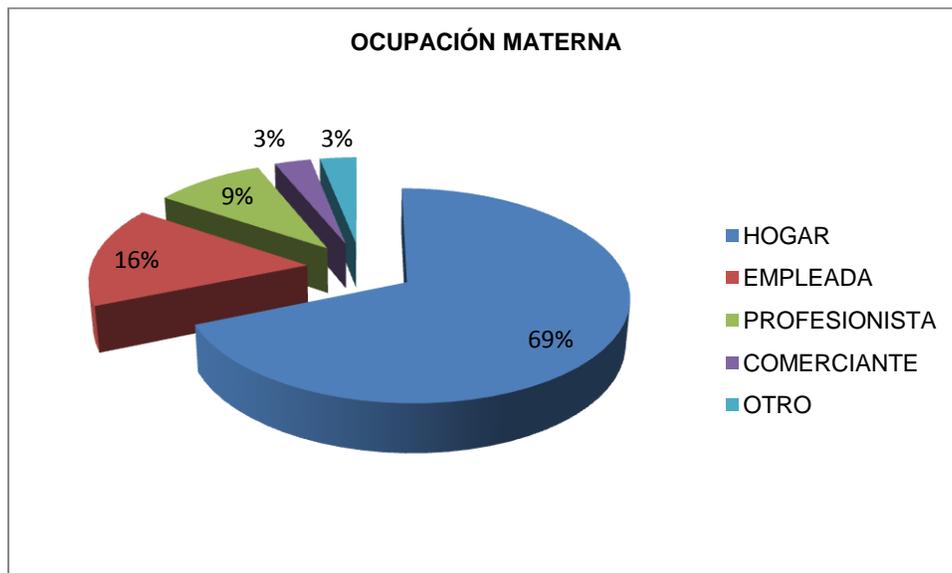
Ocupación materna en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

OCUPACIÓN MATERNA		
	Frecuencia	Porcentaje
HOGAR	22	68.8
EMPLEADA	5	15.6
PROFESIONISTA	3	9.4
COMERCIANTE	1	3.1
OTRO	1	3.1
Total	32	100.0

Fuente: Ficha de Identificación Familiar

Gráfica 7

Ocupación materna en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 7

Tabla 8

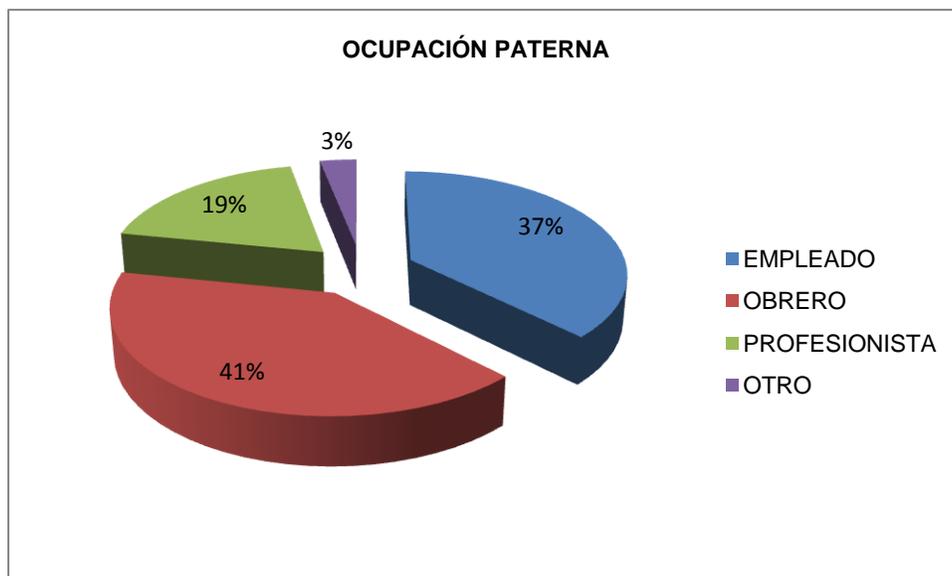
Ocupación paterna en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

OCUPACIÓN PATERNA		
	Frecuencia	Porcentaje
EMPLEADO	12	37.5
OBRERO	13	40.6
PROFESIONISTA	6	18.8
OTRO	1	3.1
Total	32	100.0

Fuente: Ficha de Identificación Familiar

Gráfica 8

Ocupación paterna en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 8

Tabla 9

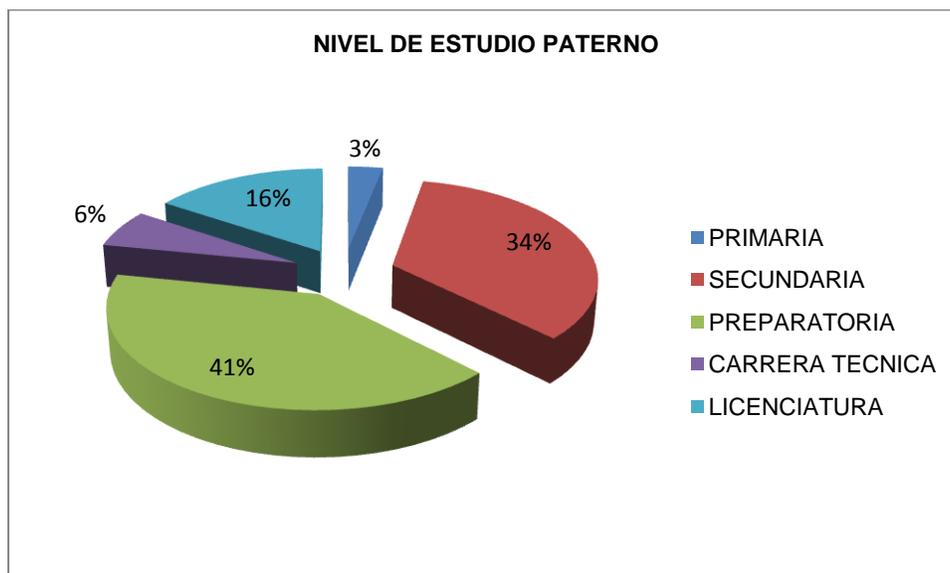
Nivel académico paterno en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

NIVEL DE ESTUDIO PATERNO		
	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	1	3.1
SECUNDARIA	11	34.4
PREPARATORIA	13	40.6
CARRERA TECNICA	2	6.3
LICENCIATURA	5	15.6
Total	32	100.0

Fuente: Ficha de Identificación Familiar

Gráfica 9

Nivel académico paterno en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 9

Tabla 10

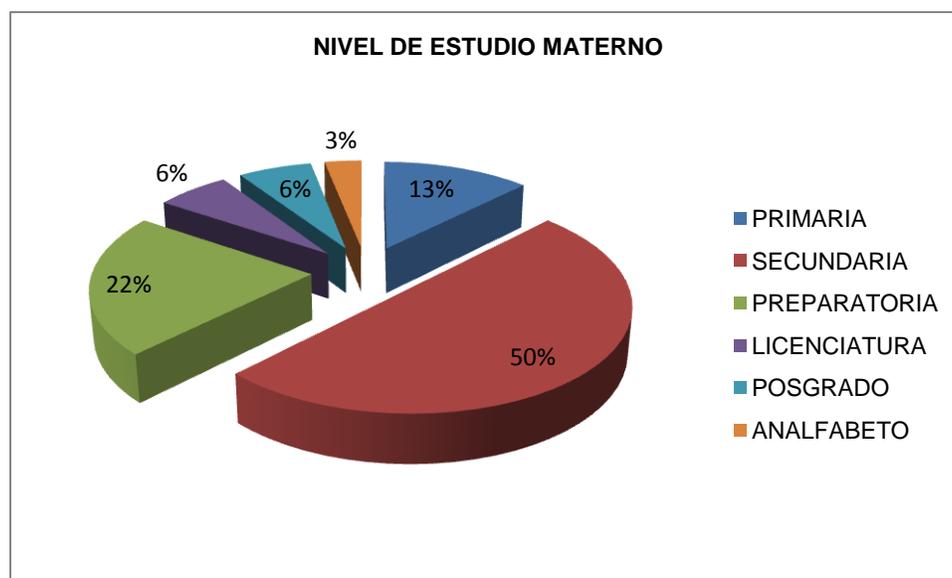
Nivel académico materno en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

NIVEL DE ESTUDIO MATERNO		
	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	4	12.5
SECUNDARIA	16	50.0
PREPARATORIA	7	21.9
LICENCIATURA	2	6.3
POSGRADO	2	6.3
ANALFABETO	1	3.1
Total	32	100.0

Fuente: Ficha de Identificación Familiar

Gráfica 10

Nivel académico materno en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 10.

Tabla 11

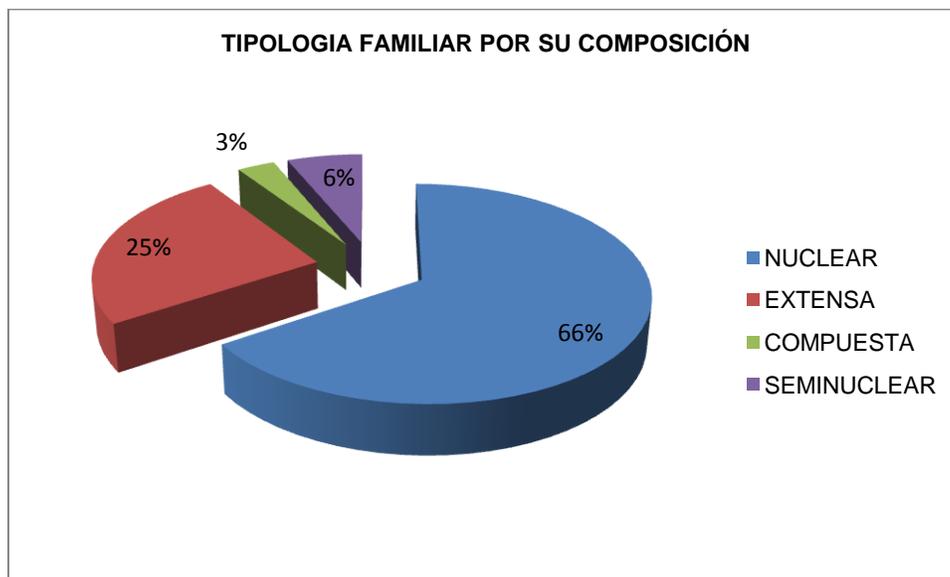
Tipología familiar según su composición en población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

TIPOLOGIA FAMILIAR POR SU COMPOSICIÓN		
	Frecuencia	Porcentaje
NUCLEAR	21	65.6
EXTENSA	8	25.0
COMPUESTA	1	3.1
SEMINUCLEAR	2	6.3
Total	32	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluación de Estructura Familiar

Gráfica 11

Tipología familiar según su composición en población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 11

Tabla 12

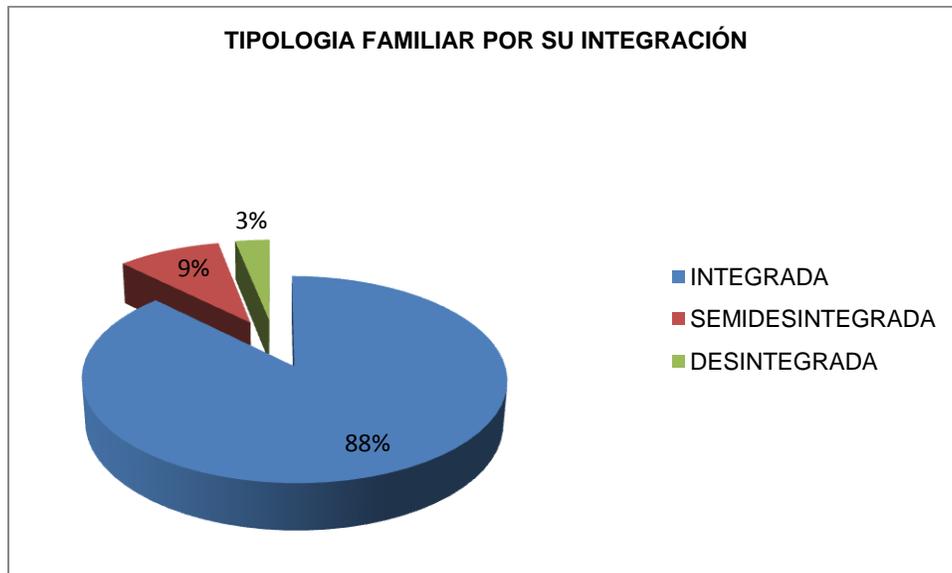
Tipología familiar según su integración en población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

TIPOLOGIA FAMILIAR POR SU INTEGRACIÓN		
	Frecuencia	Porcentaje
INTEGRADA	28	87.5
SEMIDESINTEGRADA	3	9.4
DESINTEGRADA	1	3.1
Total	32	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluación de Estructura Familiar

Gráfica 12

Tipología familiar según su integración en población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 12

Tabla 13

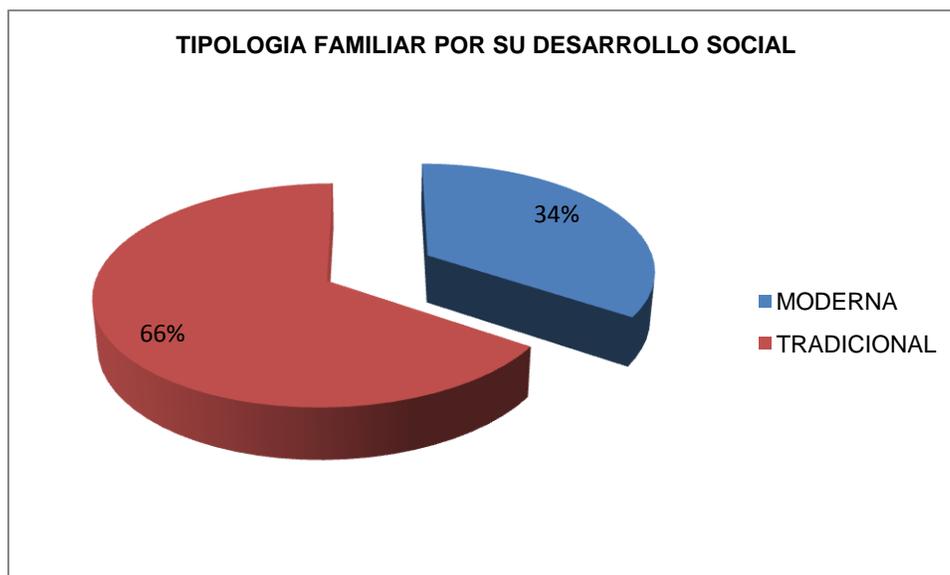
Tipología familiar según su desarrollo social en población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

TIPOLOGIA FAMILIAR POR SU DESARROLLO SOCIAL		
	Frecuencia	Porcentaje
MODERNA	11	34.4
TRADICIONAL	21	65.6
Total	32	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluación de Estructura Familiar

Gráfica 13

Tipología familiar según su desarrollo social en población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 13

Tabla 14

Tipología familiar según su demografía en población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

TIPOLOGIA FAMILIAR POR SU DEMOGRAFIA		
	Frecuencia	Porcentaje
URBANA	32	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluación de Estructura Familiar

Gráfica 14

Tipología familiar según su demografía en población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 14

Tabla 15

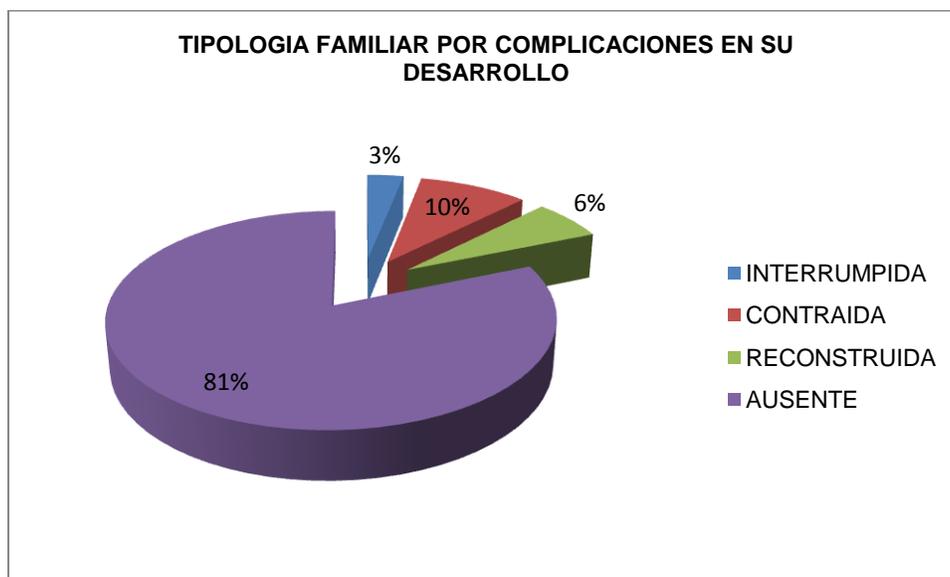
Tipología familiar según sus complicaciones en su desarrollo en población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

TIPOLOGIA FAMILIAR POR COMPLICACIONES EN SU DESARROLLO		
	Frecuencia	Porcentaje
INTERRUMPIDA	1	3.1
CONTRAIDA	3	9.4
RECONSTRUIDA	2	6.3
AUSENTE	26	81.3
Total	32	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluación de Estructura Familiar

Gráfica 15

Tipología familiar según sus complicaciones en su desarrollo en población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 15

Tabla 16

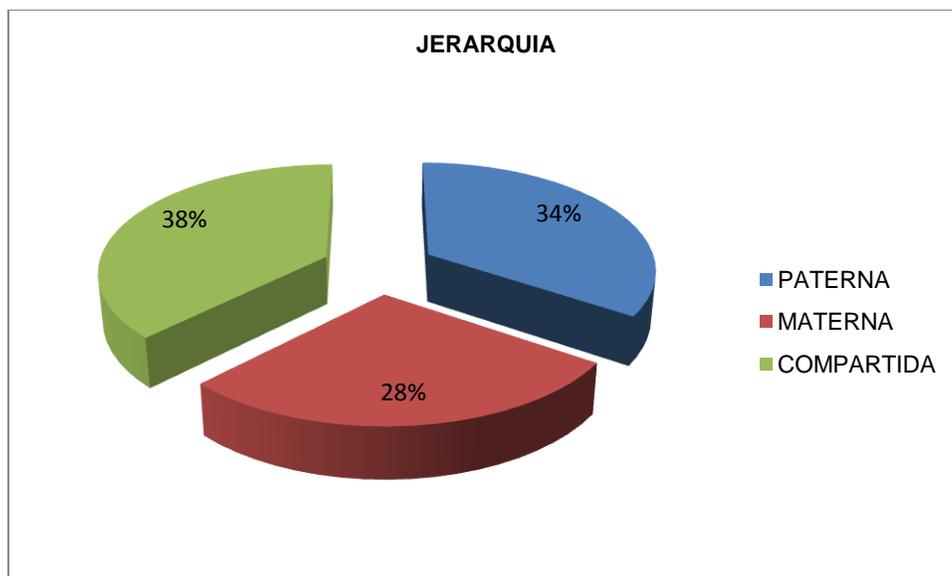
Jerarquía en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

JERARQUIA		
	Frecuencia	Porcentaje
PATERNA	11	34.4
MATERNA	9	28.1
COMPARTIDA	12	37.5
Total	32	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluación de Estructura Familiar

Gráfica 16

Jerarquía en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 16

Tabla 17

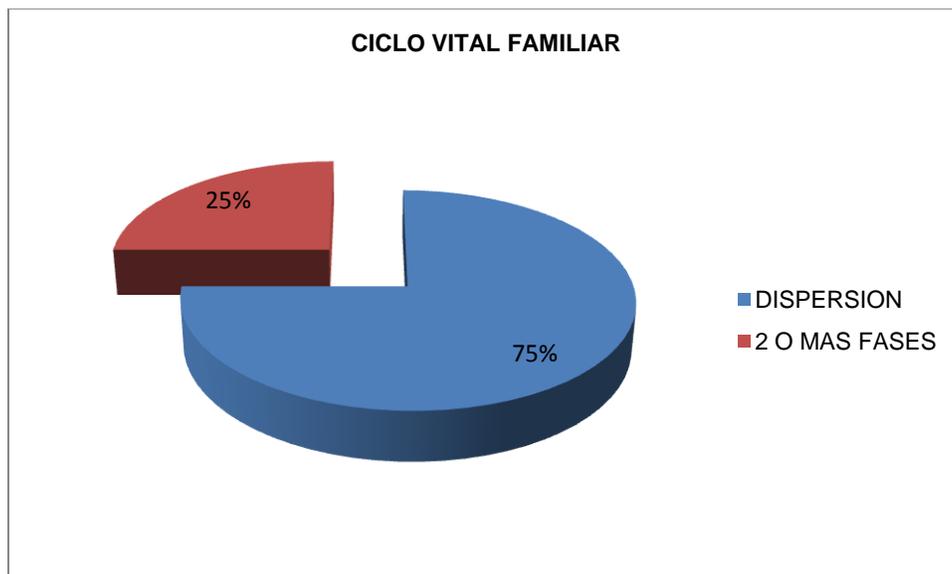
Ciclo vital familiar en población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

CICLO VITAL FAMILIAR			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
DISPERSION	24	75.0	75.0
2 O MAS FASES	8	25.0	100.0
Total	32	100.0	

Fuente: Instrumento de Evaluación de Estructura Familiar

Gráfica 17

Ciclo vital familiar en población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 17

Tabla 18

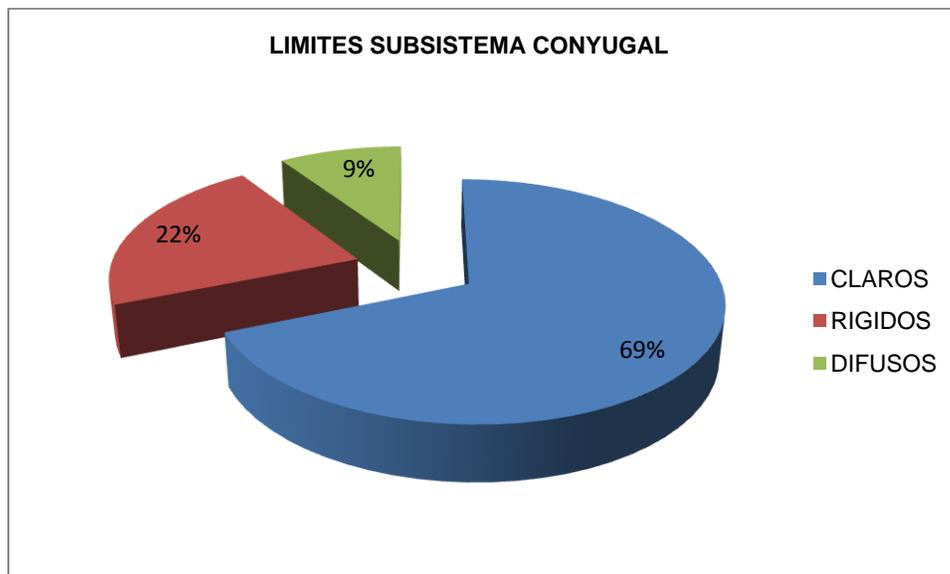
Límites en el subsistema conyugal en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

LIMITES SUBSISTEMA CONYUGAL		
	Frecuencia	Porcentaje
CLAROS	22	68.8
RIGIDOS	7	21.9
DIFUSOS	3	9.4
Total	32	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluación de Estructura Familiar

Gráfica 18

Límites en el subsistema conyugal en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 18

Tabla 19

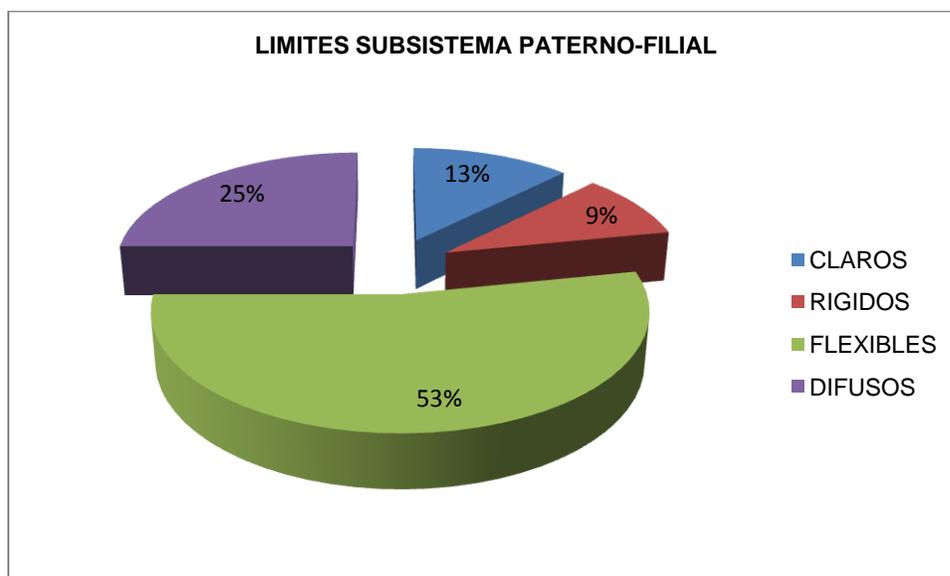
Límites en el subsistema paterno-filial en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

LIMITES SUBSISTEMA PATERNO-FILIAL		
	Frecuencia	Porcentaje
CLAROS	4	12.5
RIGIDOS	3	9.4
FLEXIBLES	17	53.1
DIFUSOS	8	25.0
Total	32	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluación de Estructura Familiar

Gráfica 19

Representación gráfica de límites en el subsistema paterno-filial en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 19

Tabla 20

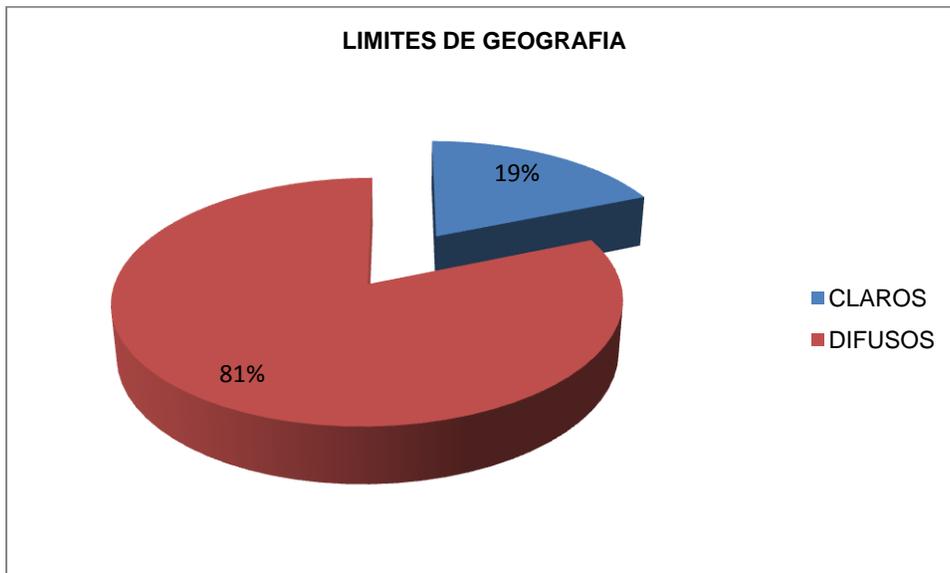
Límites de geografía en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

LIMITES DE GEOGRAFIA			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CLAROS	6	18.8	18.8
DIFUSOS	26	81.3	100.0
Total	32	100.0	

Fuente: Instrumento de Evaluación de Estructura Familiar

Gráfica 20

Límites de geografía en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 20

Tabla 21

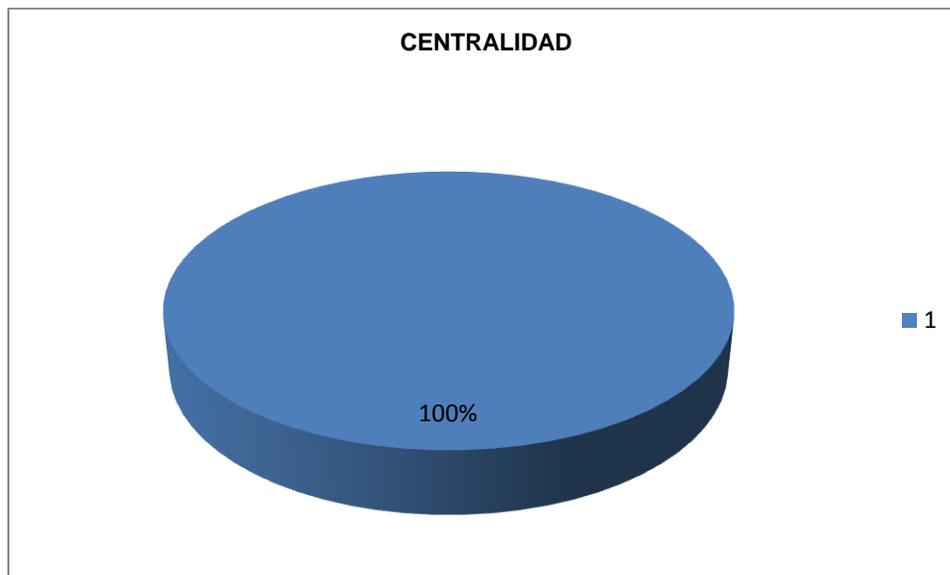
Centralidad en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

CENTRALIDAD		
	Frecuencia	Porcentaje
PRESENTE	32	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluación de Estructura Familiar

Gráfica 21

Centralidad en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 21

Tabla 22

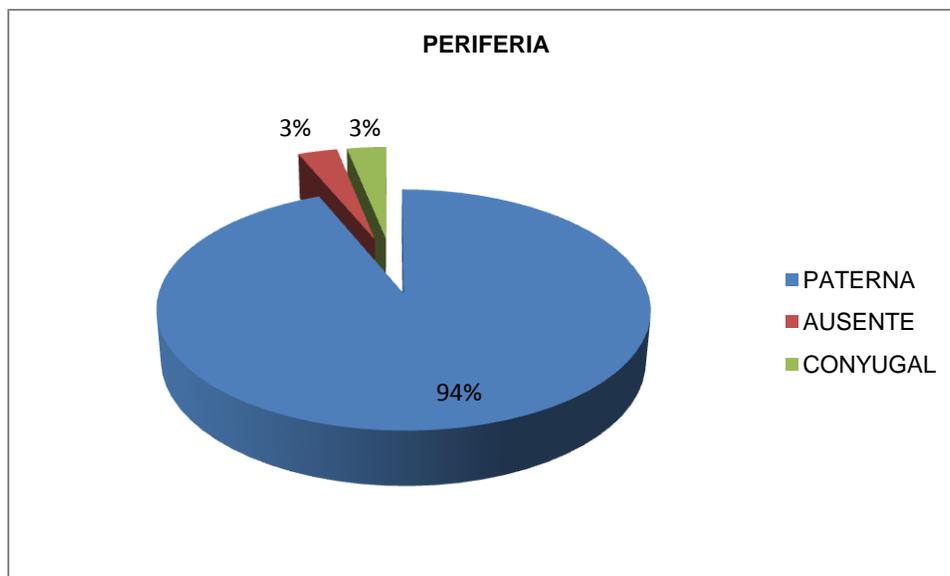
Periferia en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

PERIFERIA		
	Frecuencia	Porcentaje
PATERNA	30	93.8
AUSENTE	1	3.1
CONYUGAL	1	3.1
Total	32	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluación de Estructura Familiar

Gráfica 22

Periferia en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 22

Tabla 23

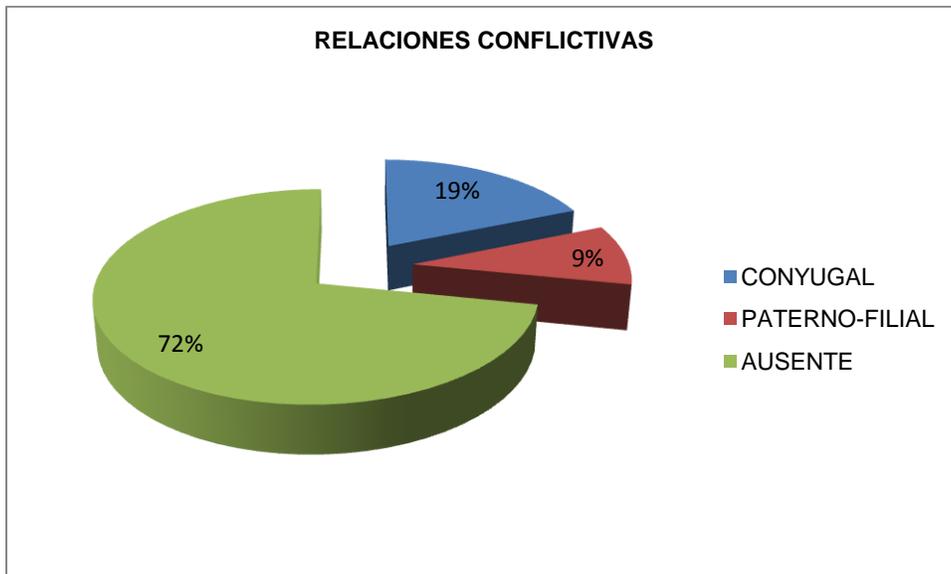
Relaciones conflictivas por subsistemas en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

RELACIONES CONFLICTIVAS		
	Frecuencia	Porcentaje
CONYUGAL	6	18.8
PATERNO-FILIAL	3	9.4
AUSENTE	23	71.9
Total	32	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluación de Estructura Familiar

Gráfica 23

Relaciones conflictivas por subsistemas en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 23

Tabla 24

Relaciones cerradas por subsistemas en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

RELACIONES CERRADAS		
	Frecuencia	Porcentaje
CONYUGAL	1	3.1
AUSENTE	31	96.9
Total	32	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluación de Estructura Familiar

Gráfica 24

Relaciones cerradas por subsistemas en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 24

Tabla 25

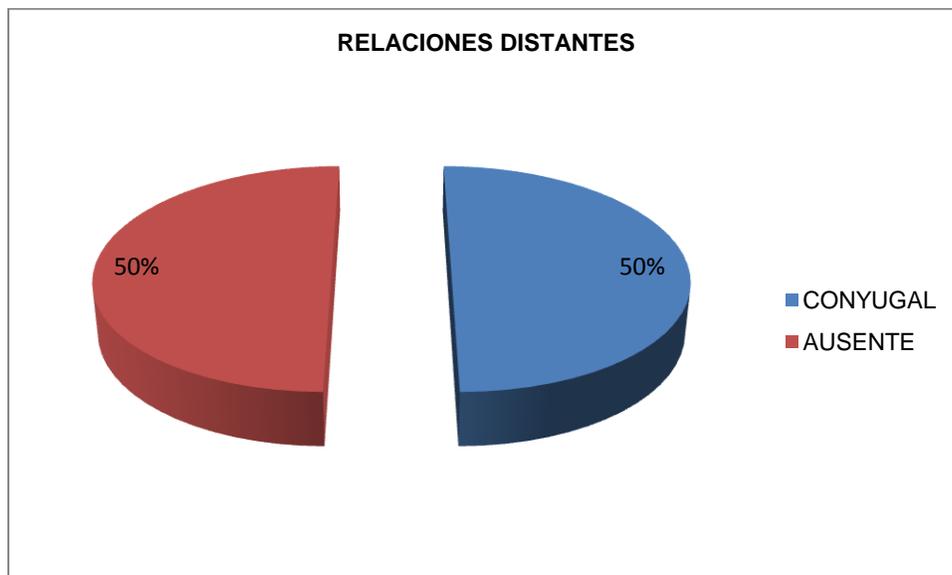
Relaciones distantes por subsistemas en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

RELACIONES DISTANTES		
	Frecuencia	Porcentaje
CONYUGAL	16	50.0
AUSENTE	16	50.0
Total	32	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluación de Estructura Familiar

Gráfica 25

Relaciones distantes por subsistemas en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 25

Tabla 26

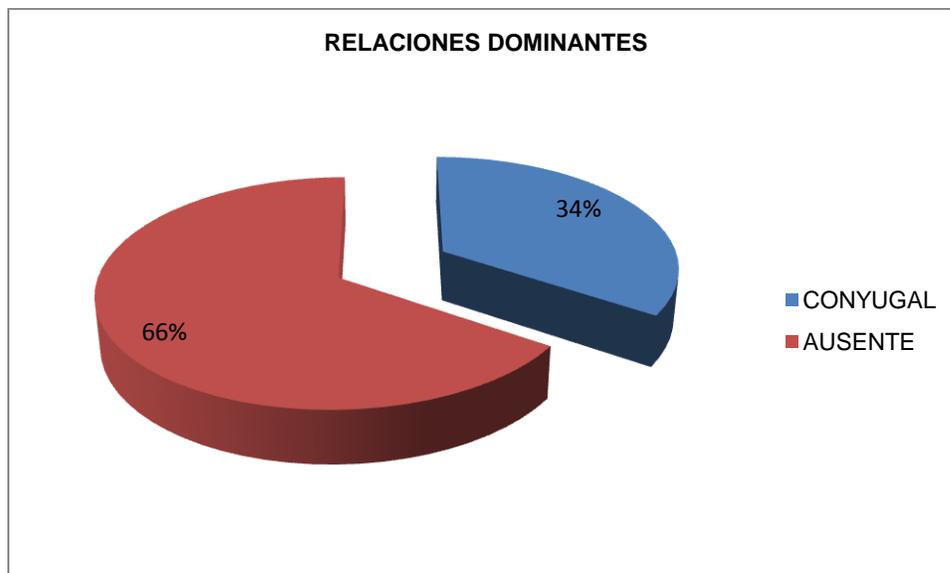
Relaciones dominantes por subsistemas en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

RELACIONES DOMINANTES		
	Frecuencia	Porcentaje
CONYUGAL	11	34.4
AUSENTE	21	65.6
Total	32	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluación de Estructura Familiar

Gráfica 26

Relaciones dominantes por subsistemas en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 26

Tabla 27

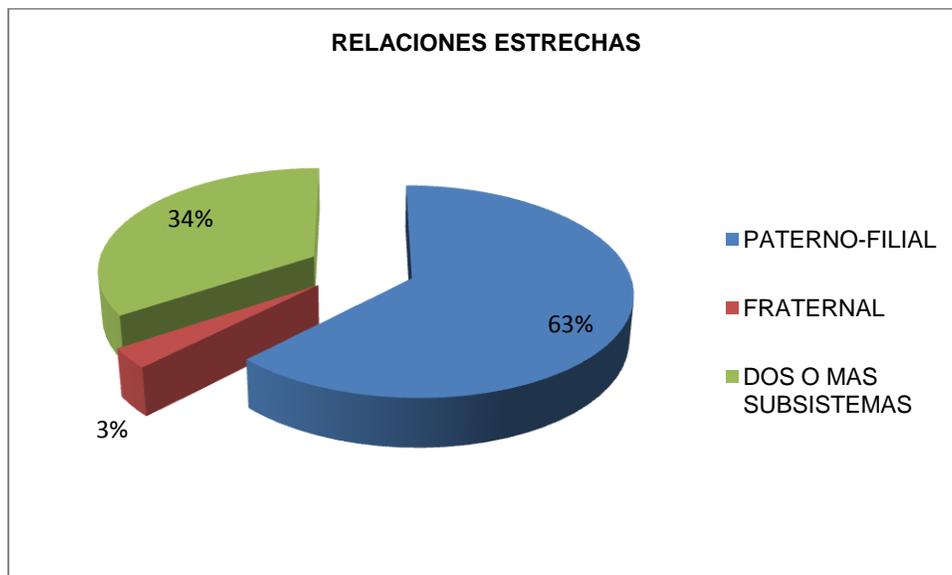
Relaciones estrechas por subsistemas en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

RELACIONES ESTRECHAS		
	Frecuencia	Porcentaje
PATERO-FILIAL	20	62.5
FRATERNAL	1	3.1
DOS O MAS SUBSISTEMAS	11	34.4
Total	32	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluación de Estructura Familiar

Gráfica 27

Relaciones estrechas por subsistemas en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 27

Tabla 28

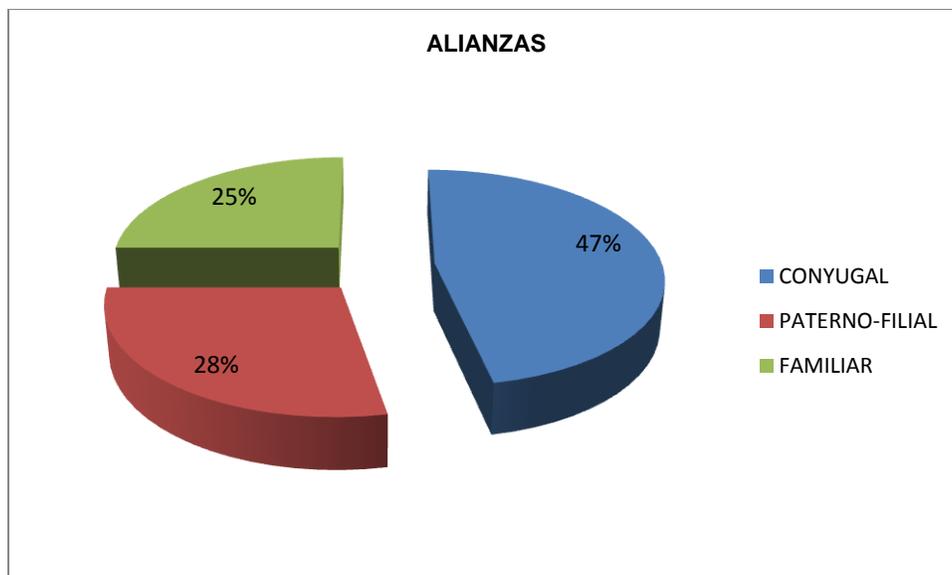
Alianzas por subsistemas en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ALIANZAS		
	Frecuencia	Porcentaje
CONYUGAL	15	46.9
PATERNO-FILIAL	9	28.1
FAMILIAR	8	25.0
Total	32	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluación de Estructura Familiar

Gráfica 28

Alianzas por subsistemas en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 28

Tabla 29

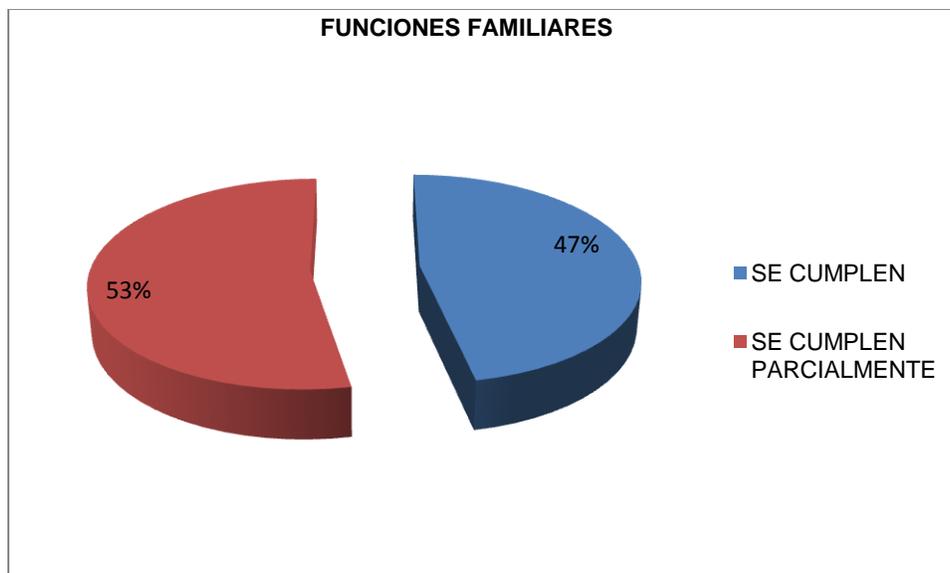
Cumplimiento de las funciones familiares básicas en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

FUNCIONES FAMILIARES		
	Frecuencia	Porcentaje
SE CUMPLEN	15	46.9
SE CUMPLEN PARCIALMENTE	17	53.1
Total	32	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluación de Estructura Familiar

Gráfica 29

Cumplimiento de las funciones familiares básicas en familias de población infantil que padece trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de la unidad de medicina familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 29

XI. CONCLUSIONES

En cuanto a las características socio demográficas de los menores con TDAH, encontramos una mayor prevalencia del trastorno en el género hombre. Siendo más frecuente el trastorno en edad escolar de 5-8 años, sobre todo a nivel primaria, lo cual se justifica ya que la mayoría de estos niños son diagnosticados en edad escolar por los problemas que este trastorno detona en ellos.

Con respecto a las características socio demográficas de las familias de menores con TDAH, la gran mayoría de las familias estudiadas profesaban la religión católica.

En cuanto a la estructura familiar encontramos que según su tipología; la mayoría de las familias fueron nucleares e integradas, es decir estaban compuestas por subsistema conyugal e hijos conformados en su mayoría por 4-6 integrantes, la mayoría fueron tradicionales en donde el padre era el único proveedor económico en casa desempeñándose en su mayoría como obrero y empleado en el ámbito laboral, mientras la madre se dedicaba en su mayoría al hogar. El 100% de las familias fueron urbanas esto debido a la zona en donde se aplico el estudio. La mayoría de las familias mostraron un nivel académico de los padres de básico a medio. Con un porcentaje mínimo a nivel licenciatura.

Con respecto al ciclo vital familiar la mayoría de las familias se encontraban en fase de dispersión, esto debido a que la población estudio contaba con menores en etapa escolar.

La jerarquía se encontró compartida entre el subsistema conyugal en la mayoría de las familias.

En cuanto al tipo de límites entre los subsistemas familiares encontramos, un mayor número de familias con límites claros en el subsistema conyugal, flexibles en el subsistema paterno-filial, y difusos con respecto a geografía dentro del sistema.

Se encontró que el 100% de las familias presentaban centralidad la cual recaía en los menores con TDAH.

Con respecto a la existencia de periferia se encontró una proporción mayoritaria de periferia paterna.

En lo que respecta a las relaciones familiares encontramos una frecuencia significativa de relaciones distantes entre el subsistema conyugal, y una proporción mayoritaria de relaciones estrechas entre padres e hijos.

Con respecto a las alianzas encontramos la mayoría de las familias contaban con alianzas entre el subsistema conyugal en beneficio de los hijos.

En cuanto al cumplimiento de las funciones familiares básicas, encontramos que la mayoría de las familias cumplían parcialmente estas funciones.

Las familias estudiadas se encontraban en un estatus social de trabajadoras en su mayoría.

En general podemos concluir que las familias modernas en donde papa y mama trabajan fuera de casa, presentan más límites difusos entre padres e hijos siendo esta situación aun más notoria entre mas sea el nivel académico de los padres, lo que genera que estos se mantengan largas jornadas fuera de casa dando cumplimiento a sus múltiples ocupaciones profesionales y dejando sus responsabilidades familiares a terceras personas, quienes no poseen la entrega necesaria e incondicional de apoyo al menor con TDAH. La existencia de jerarquía individualizada entre el subsistema conyugal detona límites difusos, ya que los hijos tienden a confundirse al no haber una comunicación acorde entre los padres. Así también la presencia de relaciones distantes y conflictivas entre los padres genera límites difusos, todo esto generado por la falta de comunicación efectiva.

En contraparte las familias en las cuales la madre se dedica al hogar, tienen más claridad en los límites, lo cual está relacionado con la atención que se les presta a los hijos, aun existiendo periferia paterna, resultando positivo en el menor con TDAH el apoyo recibido por parte de un ser sentimentalmente unido a él como lo es la madre.

XII. RECOMENDACIONES

En cuanto a esta investigación considero necesario aumentar el número de familias incluidas en el estudio, ya que el nuestro estuvo supeditado a solo 32 familias que fueron con las cuales contaba la unidad y cumplían los criterios de inclusión, esto con el objeto de lograr llegar a todos los estratos sociales e identificar características similares y diferencia importantes entre las mismas.

Resultaría muy interesante el realizar una intervención educativa de apoyo en estas familias y poder comparar resultados, en busca de mejores alternativas cognitivo-conductuales.

Considero que es sumamente importante, que el médico familiar se involucre más en el asesoramiento y apoyo a estas familias, es importante que la familia conozca el padecimiento y logre entenderlo, ya que el TDAH es una patología crónica que no solo afecta al individuo que la padece, sino al sistema dentro del cual se desarrolla, como lo son; la familia, la escuela y la sociedad, tomando un papel fundamental que puede ser benéfico o negativo para el menor.

Es importante formar redes de apoyo y educación, integradas por padres con niños con TDAH en las cuales entre todos, y partiendo de sus experiencias de vida se puedan implementar estrategias de apoyo familiar al menor y a la familia con TDAH.

Es necesario que las instituciones de salud pública, cuenten con la infraestructura necesaria y el personal capacitado, que garantice un tratamiento integral no solo al menor sino a la familia en su totalidad, ya que la terapia en estos niños debe de ser multidisciplinaria, y la mayoría de las familias no cuentan con los recursos económicos necesarios para dar al menor el apoyo necesario debido a los altos costos a nivel privado.

Considero la institución cuenta con medios, por medio de los cuales se puede apoyar a estas familias, ya que existen los centros de recreación del IMSS en donde se imparten cursos de natación, pintura, música, etc., lo cual es parte fundamental en el tratamiento de estos niños ya que deben de tener actividades que les ayuden a gastar el exceso de energía que la mayoría posee, ayudando con esto a reducir el estrés generado en casa. Además es importante que dentro de la institución el departamento de psicología no se limite solo a emitir una valoración psicológica coadyuvante para el diagnóstico, es necesario que este departamento se involucre durante todo el proceso de atención al menor y a su familia por medio de terapias individuales y de grupo que ayuden a la familia en su día a día con el trastorno.

Es fundamental que tanto los médicos, psicólogos, terapeutas y académicos se encuentren en contacto constante y con retroinformación del avance del menor a través de la familia.

Es necesario entender, que el TDAH es un padecimiento crónico de tipo psicosocial el cual genera alteraciones importantes en quien lo padece y en la familia a la cual pertenece, debemos de entender que si para los padres es difícil sobrellevar el TDAH, para los que lo padecen es aun peor vivir con él, es importante que hagamos todo cuanto esté a nuestro alcance y que tratemos de entender que los niños no tienen por qué pensar o sentir como adultos, somos los adultos los que no debemos de olvidar que los niños son niños. En nuestras manos esta que nuestros hijos crezcan con salud tanto mental como física, que se convertirán en personas productivas, valiosas y justas para la sociedad.

Debemos entender que las instituciones nos ayudan, pero sin duda en este padecimiento lo más importante, es la necesidad de un amor desmedido e incansable por parte de la familia en apoyo al menor con TDAH.

XIV. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Fernandez A. Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad. Aspectos históricos. Rev Adana. 2009; 2 (6): 2-4.
- 2.- Fernandez A. Epidemiología del TDAH. Rev Neurol. 2007; 3 (2): 12-16.
- 3.- García R. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev Neur. 2005; 6 (9): 1-12.
- 4.- Fernández A. Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad. Rev Neurol. 2007; 19 (3): 10-40.
- 5.- De la fuente JE. ¿Existe conexión entre TDAH y TC? Seguimiento longitudinal de 26 años. Rev Psiq. 2003; 7 (5): 1-15.
- 6.- Barragán E. Diagnostico y clasificación del TDAH. Bol Med Hosp Inf Mex. 2007; 68 (5): 1-10.
- 7.- Espina A. Guía práctica para los trastornos de déficit atencional con o sin hiperactividad. 3 ed. Agosto 2008. 1-78.
- 8.- Palacios C. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno bipolar pediátrico: ¿Comorbilidad o traslape clínico? Salud Mental 2008; 31:19-22.
- 9.- Lefa S.E. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Estudio para valorar los factores de riesgo, los factores asociados y el estilo educativo de los progenitores. An Esp Pediatr 1999; 50:145-150.
- 10.- Pascual L. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Neuropediatría. AEP. 2008; 3 (20): 140-150.
- 11.- Hidalgo M.I. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Scielo. 2007; 6 (3): 6-20.
- 12.- Fernández A. Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad. Rev Neurol. 2007; 19 (3): 10-40.
- 13.- Mardomingo MJ. El TDAH. Un trastorno de nuestro tiempo. Rev Adana. 2005; 6 (7): 2-8.
- 14.- Trillo M. El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y ansiedad. Rev Adana. 2005; 7 (9): 3-9.
- 15.- Bauermeister J. Estudio comparativo de niños y niñas con TDAH. Rev adana. 2007; 4 (13): 1-8.
- 16.- Eddy LS. El pediatra de Atención Primaria y TDHA: diagnostico precoz. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 261-6.

17. - American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association. TDAH (Guía de tratamiento para padres). 2002.; 2: 1-26.
- 18.- Ruíz GM. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Actualidades diagnosticas y terapéuticas. Bol Med Hosp infant Mex. 2005; 62 (2): 145-152.
- 19.- Biederman MD. Tratamiento del TDAH con medicación estimulante. Rev Adana. 2007; 4 (12): 1-4.
- 20.- Saucedo JM. Avances en el tratamiento de los trastornos por déficit de atención. Bol Med Hosp Infant Mex. 2005; 62 (3): 166-167.
- 21.- Montañés F. Fármacos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Rev Neurol 2009; 48 (9): 469-481.
- 22.- Trujillo A. Complicaciones en el diagnostico del TDAH: diferencias entre padres y profesores. Rev Psiq. 2007; 11 (1): 1-9.
- 23.- Cornella J. Dilemas e imprecisiones en el diagnostico en salud mental del adolescente: el paradigma del TDAH. Rev Psiq. 2011; 15 (4): 37-48.
- 24.- Orrego J. Estudio retrospectivo de trastorno por déficit de atención/ Hiperactividad entre pacientes adultos ingresados por abuso de sustancias a la sala del servicio de Psiquiatria del hospital Vall de Hebrón. Rev Psiq. 2011; 11 (5): 15-42.
- 25.- De la fuente JE. ¿Existe conexión entre TDAH y TC? Seguimiento longitudinal de 26 años. Rev Psiq. 2003; 7 (5): 1-15.
- 26.- Giner P. Utilidad de las pruebas neurofisiológicas como apoyo al test DSM-IV en el diagnostico de TDAH. Av Neurol. 2011; 2 (8): 1-12.
- 27.- Fernández R. Impacto corporal de los medicamentos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los niños. Rev UNAM Izt. 2009; 12 (2): 54-73.
- 28.- Bauermeister JJ. ¿Puede conducir un exceso de TV en edades tempranas a tener TDAH? Rev Adana. 2004; 2 (5): 1-8.
- 29.- Anzures. Medicina Familiar, Ed. Corinter, 2008.
- 30.- Guía de estudios examen de certificación en medicina familiar. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar A.C.
- 31.- Velasco ML. Manejo del enfermo crónico y su familia. Manual Moderno. 1era Edición. 2001.
- 32.- Zuluaga V. Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnostico de trastorno deficitario de atención con hiperactividad. Rev Lat Psic. 2009; 41 (3): 481-496.

- 33.- Idiazábal MA. Procesamientos cognitivos en niños con TDAH. Evidencia de los potenciales evocados cognitivos. Rev Psiq. 2005; 2 (9): 1-10.
- 34.- Santurde E. Prevención de la drogodependencia en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev Psic. 2011; 31 (15): 1-15.
- 35.- Bernal J. Familia, escuela y niños con TDAH. Relaciones Funcionales. Rev Psic. 2009; 6 (2): 1-8.
- 36.- Saucedá JM. Impacto del TDAH en la vida de las personas. Rev Psic. 2008; 3 (1): 1-4.
- 37.- Bauermeister JJ. Inventario de Experiencia Familiar: Una medida del impacto de los hijos e hijas en los padres y madres. Rev psic. 2008; 19 (6): 216-222.
- 38.- Orjales I. Impacto y detección de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev Psic. 2007; 4 (8): 1-12.
- 39.- García M. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH); La evolución del TDAH del niño al adulto. Rev Adana. 2004; 2 (6): 4-8.
- 40.- Balletle JM. El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y la adolescencia. Rev Adana. 2005; 6 (8): 3-7.
- 41.- Littman E. Papas con el TDAH: construyendo relaciones afectuosas con sus hijos. Rev Adana. 2006; 3 (11): 5-10.
- 42.- Rosales A. El trastorno por déficit de atención y su relación con el comportamiento antisocial en menores infractores. Rev Psic. 2011; 15 (3): 1-10.
- 43.- Mena Pujol B. El alumno con TDAH. Barcelona. Ediciones Mayo. 2 Ed. Julio 2006. 1-74.
- 44.- Tenenbaum N. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Una causa frecuente de fracaso escolar. Intramed. 2004; 8(2):1-14.
45. kendall. Patterns of Parenting in Korean Mothers of Children With ADHD: A Q-Methodology Study 2006.
- 46.- Woodward. Análisis de métodos de disciplina de padres de niños con TDAH. Rev Psic 2007; 2(3): 1-56.

XV. ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Estructura familiar en niños con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad de la Unidad de Medicina Familiar No 64.						
Patrocinador externo (si aplica):							
Lugar y fecha:	Tlalnepantla, edo. De México a 14 de Mayo del 2012.						
Número de registro:	1408						
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar la estructura familiar en niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.						
Procedimientos:	Contestar un instrumento impreso de investigación con el cual se buscara identificar las características de las familias con niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.						
Posibles riesgos y molestias:	Riesgos: Abordar temas de carácter íntimo de mi familia.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Beneficios: contribuir en un estudio que de resultados positivos para las familias con niños con TDAH.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio						
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.						
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	_____						
Beneficios al término del estudio:	_____						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dra. Carolina Sánchez Olivera. Residente de 3er. Año de Medicina Familiar Matricula:98153257						
Colaboradores:	_____						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

INSTRUMENTO DE ESTUDIO DE ESTRUCTURA FAMILIA

El presente instrumento de investigación tiene como objetivo recabar datos de usted y su familia que ayuden a identificar las características de las familias con niños con TDAH, este instrumento no constituye riesgo alguno ya que los datos proporcionados serán manejados con alta confidencialidad por el médico investigador. Agradezco su atención y contribución para la realización del presente estudio.

(El presente cuestionario será llenado por el médico investigador).

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1.1 NOMBRE DE LA FAMILIA

- Nombre de la familia: _____
- Numero de Afiliación: _____
- Consultorio: _____ Turno: _____
- Unidad de Medicina familiar # 64.

1.2 DOMICILIO

Calle: _____ Número: _____
Colonia: _____ Municipio: _____
Estado: _____ Teléfono: _____

1.3 FECHA DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTO

El estudio se inició el día: _____

INTEGRANTES DE LA FAMILIA:

Nombre	Edad	Parentesco	Edo. Civil	Escolaridad	Religión	Ocupación	Originario	Enfermedades

(*) CASO PISTA

II. TIPOLOGÍA FAMILIAR (Marque con una "X" la ó las respuestas que considere correctas)

1.- ¿Quiénes viven en casa?

- a) *Papa* b) *Mama* c) *Hijos* d) *Hermanos* e) *Tíos* f) *Abuelos*
g) *Otros* *Especifique:* _____

2.- ¿Quién es el sostén económico en casa?

- a) *Papa* b) *Mama* c) *Ambos Padres* d) *Hijos* e) *Abuelos*
g) *Otros* *Especifique:* _____

3.- ¿Con que servicios públicos cuenta su casa?

- a) *Drenaje* b) *Agua* c) *Luz* d) *Teléfono* e) *Internet* f) *Cable* g) *Gas*

4.- ¿La casa en donde habitan es?

- a) *Propia* b) *Rentada* c) *Prestada* d) *Compartida*
e) *Otro* *Especifique:* _____

5.- ¿La pareja con quien vive actualmente es el padre de sus hijos?

- a) *Sí* b) *No*

c) *Otro* *Especifique:* _____

- **De acuerdo a su composición**

Nuclear *Extensa* *Compuesta* *Seminuclear* *Múltiple*

- **De acuerdo a su integración familiar:**

Integrada *Semidesintegrada* *desintegrada*

- **De acuerdo a su desarrollo social:**

Moderna *Tradicional* *Primitiva*

- **Desde el punto de vista demográfico:**

Rural *Urbana*

- **Según las complicaciones del desarrollo familiar:**

Interrumpida *Contraída* *Reconstruida*

III. ESTRUCTURA FAMILIAR

3.1. Jerarquía

6.- ¿Quién toma la mayoría de las decisiones en casa?

- a) *Papa* b) *Mama* c) *Ambos Padres* d) *Hermano* e) *Hijos* f) *Abuelos*
g) *Otro* *Especifique:* _____

7.- ¿Quién da los permisos en casa?

- a) *Papa* b) *Mama* c) *Ambos Padres* d) *Hermano* e) *Hijos* f) *Abuelos*
g) *Otro* *Especifique:* _____

8.- ¿Quién pone las reglas sobre lo que se debe y no hacer en casa?

- a) Papa b) Mama c) Ambos Padres d) Hermano e) Hijos f) Abuelos
g) Otro Especifique: _____

9.- ¿Quién hace respetar las reglas en casa?

- a) Papa b) Mama c) Ambos Padres d) Hermano e) Hijos f) Abuelos
g) Otro Especifique: _____

10.- ¿En mi familia está claro quién manda?

- a) Siempre b) La mayoría de las veces c) Rara vez d) Nunca
Especificar: _____

11.- ¿Quién reprende a los hijos cuando hacen algo indebido?

- a) Papa b) Mama c) Ambos Padres d) Hermano e) Hijos f) Abuelos
g) Otro Especifique: _____

¿La jerarquía la tiene? _____

3.2. Límites

12.- ¿Existe confusión acerca de lo que debe hacer cada uno de los miembros de su familia?

- a) Siempre b) La mayoría de las veces c) Rara vez d) Nunca
Especificar: _____

13.- ¿Sus hijos tienen obligaciones dentro de la casa?

- a) Siempre b) La mayoría de las veces c) Rara vez d) Nunca
Especificar: _____

14.- ¿Si no se cumplen las reglas de la casa todos conocen las consecuencias?

- a) Siempre b) La mayoría de las veces c) Rara vez d) Nunca
Especificar: _____

15.- ¿Cuándo sus hijos no cumplen con sus obligaciones se les impone una sanción?

- a) Siempre b) La mayoría de las veces c) Rara vez d) Nunca
Especificar: _____

16.- ¿Sus hijos solicitan permiso para acudir a algún evento?

- a) Siempre b) La mayoría de las veces c) Rara vez d) Nunca
Especificar: _____

17.- ¿Algunos parientes (suegros, cuñados, hermanos, etc.) intervienen en las decisiones que toman en mi familia?

- a) Siempre b) La mayoría de las veces c) Rara vez d) Nunca
Especificar: _____

3.3. Centralidad

18.- ¿Dentro de su familia hay algún miembro que sea el centro de atención?

- a) Papa b) Mama c) Ambos Padres d) Hermano e) Hijos f) Abuelos
g) Otro Especifique: _____

19.- ¿En su familia de quien se habla más cosas positivas?

- a) Papa b) Mama c) Ambos Padres d) Hermano e) Hijos f) Abuelos
g) Otro Especifique: _____

20.- ¿En su familia hay algún miembro del que se hable más negativamente?

- a) Papa b) Mama c) Ambos Padres d) Hermano e) Hijos f) Abuelos
g) Otro Especifique: _____

3.4. Periferia

21.- ¿Hay algún miembro de la familia que casi nunca está en casa?

- a) Papa b) Mama c) Ambos Padres d) Hermano e) Hijos f) Abuelos
g) Otro Especifique: _____

22.- ¿Existe alguien que casi no participe en las relaciones familiares?

- a) Papa b) Mama c) Ambos Padres d) Hermano e) Hijos f) Abuelos
g) Otro Especifique: _____

23.- ¿Existe alguien que generalmente no se involucra en la resolución de crisis de la familia?

- a) Papa b) Mama c) Ambos Padres d) Hermano e) Hijos f) Abuelos
g) Otro Especifique: _____

¿Quién es periférico en la familia? _____

3.5. Relaciones

24.- ¿Con quiénes de su familia tiene relaciones conflictivas?

- a) Papa b) Mama c) Ambos Padres d) Hermano e) Hijos f) Abuelos
g) Otro Especifique: _____

25.- ¿Con quienes de su familia tiene relaciones cerradas?

- a) Papa b) Mama c) Ambos Padres d) Hermano e) Hijos f) Abuelos
g) Otro Especifique: _____

26.- ¿Con quienes de su familia tiene relaciones distantes?

- a) Papa b) Mama c) Ambos Padres d) Hermano e) Hijos f) Abuelos
g) Otro Especifique: _____

27.- ¿Con quienes de su familia tiene relaciones dominantes?

- a) Papa b) Mama c) Ambos Padres d) Hermano e) Hijos f) Abuelos
g) Otro Especifique: _____

3.6. Límites y geografía

a) Subsistema conyugal

28.- ¿Cómo es la relación con su pareja?

- a) *Conflictiva* b) *Distante* c) *Cerradas* d) *Dominante* e) *Estrecha*

29.- ¿Usted con su pareja tienen bien delimitados sus roles?

- a) *Siempre* b) *La mayoría de las veces* c) *Rara vez* d) *Nunca*

Especificar: _____

b) Subsistema parental-hijos

30.- ¿Cada uno de sus hijos sabe cuáles son sus obligaciones en casa?

- a) *Siempre* b) *La mayoría de las veces* c) *Rara vez* d) *Nunca*

Especificar: _____

31.- ¿Ambos padres saben y están de acuerdo en las actividades que deben de desempeñar los hijos?

- a) *Siempre* b) *La mayoría de las veces* c) *Rara vez* d) *Nunca*

Especificar: _____

32.- ¿Los hijos muestran respeto por las decisiones que toman los padres?

- a) *Siempre* b) *La mayoría de las veces* c) *Rara vez* d) *Nunca*

Especificar: _____

c) Geografía

33.- ¿En casa cada uno de los miembros de la familia tiene su espacio personal?

- a) *Siempre* b) *La mayoría de las veces* c) *Rara vez* d) *Nunca*

Especificar: _____

34.- ¿En casa existen espacios compartidos y si existen entre quienes se comparten?

- a) *Siempre* b) *La mayoría de las veces* c) *Rara vez* d) *Nunca*

Especificar: _____

¿Cómo son los límites en el subsistema conyugal? _____

¿Cómo son los límites en el subsistema parental – hijos? _____

¿Cómo son los límites de geografía? _____

3.7. Alianzas y Coaliciones

35.- ¿En la familia cuando alguien está en conflictos suelen unirse en beneficio de él?

- a) *Siempre* b) *La mayoría de las veces* c) *Rara vez* d) *Nunca*

Especifique quienes: _____

36.- ¿En la familia acostumbran a unirse para dañar, castigar, perjudicar a alguien?

a) Siempre b) La mayoría de las veces c) Rara vez d) Nunca

Especifique quienes: _____

IV. Funciones familiares básicas

a) Cuidado

37.- ¿Quién lleva a los hijos a la escuela?

a) Papa b) Mama c) Ambos Padres d) Hermano e) Hijos f) Abuelos

g) Otro Especifique: _____

38.- ¿Los hijos son llevados a recibir sus vacunas oportunamente?

a) Siempre b) La mayoría de las veces c) Rara vez d) Nunca

Especifique: _____

39.- ¿En casa se toman las medidas necesarias para evitar o disminuir el riesgo de accidentes?

a) Siempre b) La mayoría de las veces c) Rara vez d) Nunca

Especifique: _____

b) Afecto

40.- ¿En su familia existen muestras de afecto manifiestas por caricias?

a) Siempre b) La mayoría de las veces c) Rara vez d) Nunca

Especifique: _____

41.- ¿Qué tan frecuente son las expresiones de cariño en su familia?

a) Siempre b) La mayoría de las veces c) Rara vez d) Nunca

Especifique: _____

42.- ¿Cuándo su esposo se dirige a los miembros de la familia lo hace con cariño?

a) Siempre b) La mayoría de las veces c) Rara vez d) Nunca

Especifique: _____

43.- ¿Entre los padres existen muestras de afecto?

a) Siempre b) La mayoría de las veces c) Rara vez d) Nunca

Especifique: _____

44.- ¿Entre sus hijos existen muestras de afecto?

a) Siempre b) La mayoría de las veces c) Rara vez d) Nunca

Especifique: _____

c) Reproducción

45.- ¿Sus hijos han sido planificados?

a) Siempre b) La mayoría de las veces c) Rara vez d) Nunca

Especifique: _____

46.- ¿En su familia se habla libremente sobre situaciones de planificación familiar?

- a) Siempre b) La mayoría de las veces c) Rara vez d) Nunca

Especifique: _____

47.- ¿Entre padres e hijos se abordan temas de sexualidad de acorde a su edad?

- a) Siempre b) La mayoría de las veces c) Rara vez d) Nunca

Especifique: _____

d) Estatus

48.- ¿Su familia tiene buena relación con sus vecinos?

- a) Siempre b) La mayoría de las veces c) Rara vez d) Nunca

Especifique: _____

49.- ¿Cómo considera que es vista su familia por su comunidad?

- a) Trabajadora b) Colaboradora c) Distante d) Conflictiva

50.- ¿Qué tan frecuentemente su familia se involucra en actividades comunitarias?

- a) Siempre b) La mayoría de las veces c) Rara vez d) Nunca

Especifique: _____

e) Socialización

51.- ¿Su familia y usted acuden a algún grupo social?

- a) Siempre b) La mayoría de las veces c) Rara vez d) Nunca

Especifique: _____

52.- ¿Su familia acostumbra acudir a reuniones sociales?

- a) Siempre b) La mayoría de las veces c) Rara vez d) Nunca

Especifique: _____



“GRACIAS POR SU VALIOSO APOYO”.

“QUE VIVA LA FAMILIA”

V. Familiograma