

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



TESIS

**“TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR
EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 75,
CIUDAD NEZAHUALCÓYOTL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75 NEZAHUALCÓYOTL

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

M.C. DALILA MENDOZA CASTILLO

DIRECTOR DE TESIS

E.M.F MARIA LUIZA PIZANO ZARATE

REVISORES DE TESIS

DRA. EN HUM. MARIA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ

E.M.I.C. LUIS REY GARCIA TORRES

E.M.F. MARIA GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ

E.M.F. EDGAR RUBÉN GARCÍA TORRES

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2014.

**TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD Y
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 75, CIUDAD NEZAHUALCOYOTL DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

AUTORIZACIONES:

El presente proyecto fue aprobado por el comité de investigación No. 1406 del IMSS, Asignándole el número: R-2013-1406-5

DRA. ALMA DELIA LAGUNES ESPINOSA.

COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD
ESTADO DE MEXICO ORIENTE

DRA. NORA BEATRIZ LEON OJEDA.

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 75, IMSS

DR. EDGAR RUBÉN GARCÍA TORRES.

COORDINADOR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
SEDE UMF 75, IMSS

DRA. PATRICIA NAVARRETE OLVERA.
DIRECTORA DE LA UMF 75, IMSS

AGRADECIMIENTOS

- Quiero agradecer en primer lugar a Dios, ser maravilloso que me dio la fe y fortaleza para creer lo que parecía una meta imposible de alcanzar.
- Quiero agradecer a mis padres, por estar a mi lado, brindándome su apoyo incondicional en cada momento de mi vida.
- Con dedicatoria especialmente a los motores de mi vida, mis hijos Aylin y Diego porque sacrificaron incondicionalmente junto conmigo tres años de su vida compañía, juegos, risas abrazos, aprendizaje, enseñanza y tantas otras cosas. Porque mi amor por ustedes jamás lo pusieron en juicio.
- A la Dra. Pizano como asesora de mi tesis, quien me ha orientado, apoyado y corregido en mi labor científica, con interés que ha sobrepasado, con mucho, todas las expectativas que, como alumna deposité en su persona, conocimientos y en su ética profesional.
- A mis amigos y compañeros pero sobre todo a Pedro por ofrecerme su sincera amistad pero sobre todo por su apoyo total e incondicional.

INDICE

	Pág
I.- MARCO TEORICO	
1.1 Antecedentes	1-16
La familia y FF-SIL	
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
II.1 Argumentación	17
II.2 pregunta de investigación	17
III.- JUSTIFICACIONES	
III.1 Académica	18
III.2 Social	18
III.3 Familiar	19
III.4 Económica	19
IV.- HIPOTESIS	
IV.1 Elementos de la hipótesis	20
IV.1.1 Unidades de Observación	20
IV.1.2 Variables	20
IV.1.2.1 Dependiente	20
IV.1.2.2 Independiente	20
IV.1.3 Elementos lógicos de relación	20
V.- OBJETIVOS	
V.1 General	21
V.2 Específicos	21

VI.- MÉTODO	
VI.1 Tipo de Estudio	22
VI.2 Diseño del estudio	22
VI.3 Operacionalización de variables	23-26
VI.4 Universo de trabajo y tamaño de muestra	27
VI.4.1 Criterios de inclusión	28
VI.4.2 Criterios de exclusión	28
VI.4.3 Criterios de eliminación	28
VI.5 Instrumento de investigación(FF-SIL)	29
VI.5.1 Descripción	29
VI.5.2 Validación	30
VI.5.3 Aplicación	30
VI.6 Instrumento de investigación (DSM IV TR)	31
VI.6.1 Descripción	31
VI.6.2 Validación	32
VI.6.3 Aplicación	32
VI.7 Desarrollo del proyecto	33
VI.8 Limite de espacio y tiempo	33
VI.9 Diseño de análisis	34
VII.- IMPLICACIONES ÉTICAS	35
VIII.-ORGANIZACIÓN	36
IX.-RESULTADOS Y DISCUSIÓN	37-39
X.-CUADROS Y GRAFICOS	40-47
XI.-CONCLUSIONES	48-49
XII.- RECOMENDACIONES	50-51
XII.-BIBLIOGRAFIA	52-55
XIV.- ANEXOS	56-63

I. MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

El trastorno por déficit de atención e Hiperactividad es un trastorno psiquiátrico caracterizado por un patrón persistente de desatención con hiperactividad que se consideran inapropiadas para la edad en desarrollo, presentándose más frecuentemente en hombres 2:1 , hasta 5:1 con una incidencia acumulada hasta los 19 años de 16%, se viene hablando de este síndrome desde 1902 con Still el cual describía niños con dificultad para interiorizar reglas como padecían de fallos sin el control moral sin déficit intelectual. En 1960 se consideró un trastorno del comportamiento asociado con disfunción cerebral mínima. Para 1970 se aclaró que el exceso de actividad de estos niños se debía a la incapacidad para mantener la atención. Hasta 1968 el DSM II introdujo el término de hiperactividad y en 1980 el DSM III el de déficit de atención.¹ Tiene gran impacto en la sociedad en términos de costo económico, estrés familiar, problemas académicos y vocacionales así como una importante disminución de la autoestima del sujeto afectado.

Es un importante problema de salud pública debido a su alta prevalencia, inicio en etapas precoces de la infancia, llegando a ser un proceso incapacitante y crónico, afecta a diferentes esferas familiar, escolar y social, asociándose con otras comorbilidades como trastornos del aprendizaje y problemas de conducta.

En este trastorno son esenciales un diagnóstico y tratamiento precoces ya que van a mejorar mucho su pronóstico, de aquí es la importancia del médico de atención primaria intervenga en la detección oportuna.

El TDAH se caracteriza clínicamente por que afectara de modo negativo el funcionamiento del hogar escuela o trabajo, no es posible aceptar su diagnostico de ocurrir en un solo ambiente, se requiere de al menos de dos de ellos, observándose periodos cortos e inapropiados de inatención, hiperactividad e impulsividad, que suelen aparecer antes de los siete años, y deben permanecer por lo menos seis meses, de etiología multifactorial.²

En la actualidad existen dos clasificaciones más ampliamente utilizadas son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su décima edición (CIE-10) y la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición texto revisado (DSM-IV-TR) De acuerdo al DSM-IV-TR son tres los trastornos propuestos: trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno negativista y Desafiante (TND) y el trastorno disocial (TD). Debe indicarse en función del patrón sintomático predominante durante los últimos 6 meses.

La CIE-10, los incluye como “trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y en la adolescencia” como los trastornos hipercinéticos (F90) y trastornos disociales (F91), cada uno con sus diferentes subtipos.³

La prevalencia promedio mundial de TDAH es de 8% a 12% en niños y adolescentes y de 1.2 a 7.3% en adultos. En Latinoamérica existen al menos treinta y seis millones de personas con TDAH, y estas varían dependiendo de las técnicas de diagnóstico (por ejemplo cuestionario o entrevistas), se tiene el conocimiento de que por cada 100 niños en edad escolar, 3 a 5 presentan TDAH, mientras que en la adolescencia se reportan diferencias por sexo, ya que de cada 100 hombres adolescentes de 1 a 6 lo presentan, y de 100 mujeres adolescentes de 1 a 2 lo presentan.

Siendo más frecuente en hombres que en mujeres, con diferencias que van de 3 a 5 hombres por 1 mujer. En hermanos de niños con TDAH se ha encontrado que tiene un riesgo dos veces mayor de presentarlo.^{3, 4}

Aunque no se conoce la causa, se trata de un trastorno multifactorial con base neurobiológica y predisposición genética que interactúa con factores ambientales:

- Factores genéticos: se ha observado mayor prevalencia de TDAH en familiares con dependencia a drogas, alcohol, y trastornos sociales, además de que no en todos los hermanos se manifiesta de la misma manera, mientras que un hermano puede manifestar síntomas de inatención y el otro de hiperactividad.
- Factores neuroquímicos: observándose que hay deficiencia de dopamina y noradrenalina estando involucrado el lóbulo frontal cuya función 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 agenda), la memoria de trabajo a corto plazo.
Y La noradrenalina implicado en el sistema atencional posterior (lóbulo parietal y cerebelo) encargado de la flexibilidad cognitiva, evita lo que no sirve y fija la atención en nuevos estímulos.
- Factores neuroanatómicos: se ha observado un menor tamaño del cerebro, cuerpo calloso, núcleo caudado y del cerebelo.
- Factores psicosociales: pueden influir y modular las manifestaciones de TDAH, como ciertos factores la inestabilidad familiar, problemas con amigos, trastornos psiquiátricos en padres, paternidad, crianza inadecuada como falta de reglas, límites inconsistentes o falta de acuerdo entre los padres, y el bajo nivel socioeconómico no está claro.³

Según la edad, se presentan signos característicos:

- En niños 1-3 años: niños que no obedecen, no respetan las normas, molestan y pueden tener alteraciones del sueño, del lenguaje y del desarrollo. Siendo el diagnóstico muy difícil.
- Preescolares 3-6 años: se puede observar una inquietud motriz, menor intensidad y duración en el juego, dificultad en la coordinación motora, accidentes y conducta negativista desafiante.
- Escolares 6 a 12 años: es cuando hay más consultas los niños se distraen con facilidad, presentan inquietud motora, conducta impulsiva perturbadora, trastornos específicos del aprendizaje, rechazo por los compañeros, relaciones familiares alteradas baja autoestima, y comportamiento agresivo.
- Adolescentes 13 a 20 años: en un 70% evolucionan con manifestaciones clínicas hasta la adolescencia, con la edad va disminuyendo la hiperactividad motora y se transforma en hiperactividad mental sensación de impaciencia. Búsqueda de afecto de forma indiscriminada con la implicación en conductas de riesgo.

Para llegar al diagnóstico se deben cumplir con los siguientes criterios:

- Edad de inicio: deben estar presentes antes de los 6 a 7 años.
- Duración: los síntomas deben de persistir durante al menos 6 meses y haber estado presente en dos situaciones o mas (escuela, trabajo, casa)
- Disfunción. Los síntomas deben de 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.⁴

Debe evaluarse al niño en conjunto, incluyendo factores médicos, psicológicos, psiquiátricos, familiares, ambientales, escolares, sociales, así como el desarrollo evolutivo del niño hasta la actualidad, es importante obtener información de varias fuentes tomando en cuenta los criterios diagnósticos descritos previamente, y el sistema de multinformantes que incluye entrevista con los padres sobre las diferentes etapas del desarrollo del niño o adolescente y su comportamiento, un examen directo al menor o paciente, una revisión de la información que proviene del profesor de la escuela.⁵

La evaluación del adolescente es de forma similar que con los niños pero a diferencia de estos tienen un mayor conocimiento de sus problemas sociales, escolares y de comportamiento.⁵

Cabe señalar que no existen pruebas diagnósticas para el TDAH, el electroencefalograma no hace el diagnóstico ni es un estudio obligado. Los estudios psicológicos son complementarios para el diagnóstico, evolución y tratamiento del TDAH y las pruebas neuropsicológicas son importantes para detectar si tiene compromiso en algunas de las funciones cerebrales y saber si tiene problemas de aprendizaje.⁵

Existen diferentes escalas para la evaluación del TDAH con el objetivo de cuantificar los síntomas del padecimiento. La principal aplicación es realizar un tamizaje o distinguir entre los niños que tiene la probabilidad de padecerlo y otros sirven para comprobar de forma estandarizada los cambios en los síntomas a través del tratamiento, sin que esto sustituya el criterio clínico. Las siguientes son escalas más utilizadas en niños y adolescentes: Conners es aplicada para padres y maestros comparando los ambientes familiares y escolar diagnóstica la repercusión en los 3 ambientes; CEPO es solo utilizada para adolescentes; EDAH penaliza los síntomas de inatención, SDQ es rápido consta de 5 subescalas.^{6, 7, 8} Pero para nuestro estudio nos enfocamos en la Escala del DSM IV TR en la cual se describe en forma global y se puede saber el subtipo prevalente existente en la población diagnosticada.⁹

DSM IV TR valora el patrón persistente de desatención, y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar (criterio A). Algunos síntomas de hiperactividad e impulsividad o desatención causantes de problemas pueden aparecer antes de los 7 años de edad. Sin embargo, bastantes sujetos son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas durante varios años, (criterio B). Algún problema con los síntomas debe producirse en dos situaciones (casa, escuela y trabajo), (criterio C). Debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica, o laboral propia del nivel de desarrollo (Criterio D). El trastorno no aparece exclusivamente en el trascurso generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo trastorno del ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad) (Criterio E). Habiendo 3 subtipos.⁹

TDAH tipo combinado: este debe utilizarse si han persistido, por lo menos durante 6 meses, 6 o más síntomas de desatención, y 6 o más síntomas de hiperactividad-impulsividad. La mayor parte de los niños y adolescentes se encuentra en este tipo combinado.

TDAH tipo con predominio de déficit de atención: es cuando han persistido por lo menos durante seis meses 6 o más de los síntomas de desatención pero menos de 6 síntomas de hiperactividad o impulsividad.

TDAH tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: es cuando han persistido por lo menos 6 meses o más de 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad (pero menos de 6 síntomas de desatención).⁹

Debido a que los problemas conductuales asociados a TDAH son muy diversos y crónicos, se requiere la implementación de una gran variedad de tratamientos. Para ello, es necesaria la intervención de profesionales de diversas disciplinas, como médicos generales, familiares, pediatras, psiquiatras generales, psiquiatras de niños y adolescentes, neurólogos, psicólogos, trabajadores sociales y profesores. La integración de todas estas áreas se denomina Tratamiento Multimodal.¹⁰

La evidencia apoya que el tratamiento, no solo se limite a los días y horas de actividad escolar, sino a las horas fuera del colegio, esto además contribuirá a reducir la estigmatización del niño y la sensación de culpa de las familias por que se reconocerá el TDAH con o un problema médico.¹⁰

El tratamiento es integral, personalizado y multidisciplinario. El tratamiento debe de ser adecuado a las necesidades y características específicas de cada uno de los pacientes, el uso de medicamentos estimulantes como el metilfenidato (MFD) y no estimulantes (Atomoxetina) han sido muy estudiados, y han mostrado mejoría, sin ser drogas adictivas.

La fisiopatología tiene como mecanismo final una alteración del sistema dopaminérgico y noradrenérgico, diana de los mecanismos de acción de los medicamentos estimulantes y no estimulantes de manera respectiva.¹⁰

❖ Fármacos Estimulantes en el tratamiento de TDAH

Metilfenidato: (MFD)

Puede usarse en pacientes a partir de los seis años de edad. Disminuye los síntomas claves (inatención, hiperactividad e impulsividad) asimismo mejora las interacciones psicosociales y el desempeño académico.

Los efectos adversos más frecuentes son: disminución en el apetito, insomnio, cefalea, irritabilidad ansiedad y dolor de estomago; no obstante, son limitados. La dosis recomendada es: 0.6 a 1 mg/kg/día (sin exceder 72 mg/día).

Anfetaminas y derivados

- Dexanfetamina (Dexedrine) Se usa en pacientes que no responden a metilfenidato.

Dosis inicial debe de 0.2-0.4mg/kg/dosis La dosis se debe modificar de acuerdo con síntomas y efectos adversos durante 4-6 semanas incrementar a un máximo de 20mg/día.

En niños de 6 a 18 años: se puede hasta 40mg/día puede ser requerida.

- Atomoxetina. (ATX) Strattera

Es un inhibidor potente del transportador presináptico de norepinefrina con afinidad mínima por otros receptores noradrenérgicos o por otros transportadores de neurotransmisores o receptores. Es un medicamento no estimulante.

Facilita el proceso de atención, control de la impulsividad e hiperactividad. Se considera no estimulante y puede ser considerada un fármaco de segunda línea en el TDAH sin comorbilidad o de primera línea si coexiste con tic o trastornos ansiosos

La dosis recomendada es: 1.3mg/kg/día (sin exceder 2mg/kg/día).

Ha demostrado eficacia a corto y largo plazo a partir de los seis años, adolescentes y adultos. Se administra una vez al día, tiene bajo potencial cardiotoxic y no afecta el crecimiento. Los efectos más frecuentes fueron gastrointestinales (nausea y disminución del apetito).¹⁰

Las intervenciones psicológicas que han mostrado alguna evidencia científica de eficacia para el TDAH se basan en principios de la terapia cognitivo conductual (TCC). Esta está basada en un análisis funcional de la conducta en el que se identifican los factores que están manteniendo la conducta inadecuada, se delimitan las conductas que se desea cambiar, se lleva a cabo la observación y registro de estas, se analizan las contingencias existentes, se planifica un programa de reforzamientos y se evalúa el programa de tratamiento.

La intervención psicopedagógica representa un conjunto de prácticas institucionalizadas de intervención en el campo del aprendizaje, sea como prevención y tratamiento de trastornos, sea como modificación del proceso de aprendizaje escolar. La intervención psicopedagógica procura comprender los procesos de enseñanza-aprendizaje en contextos escolares y extraescolares e intervenir eficazmente en su mejora permitiendo al estudiante abordar las situaciones de aprendizaje de un modo eficaz.¹¹

Los programas en las escuelas para el TDAH pueden incluir adaptaciones en el aula, entrenamiento para docentes, técnicas de modificación de conducta y otras estrategias de manejo en TDAH en el aula (aplicación de normas y límites, presentación de las tareas, sistemas de evaluación del alumno con TDAH, etc.). Según la guía SIGN (2005)¹²

Los padres de niños y adolescentes diagnosticados con TDAH frecuentemente tienen frente a si diversas opciones de tratamiento que cuentan con mayor o menor evidencia científica, que incluyen el uso de medicamentos, intervenciones psicosociales, terapias alternativas, el uso de suplementos alimenticios o modificaciones en su dieta. Una mala comunicación y colaboración entre los cuidadores de los niños con TDAH y los profesionales de la salud. Conlleva a recurrir a las recomendaciones de amigos de la familia, medios de comunicación, material bibliográfico, teniendo conocimiento de las creencias y conocimientos de los padres y niños con TDAH ayuda al mejoramiento de la comunicación atención y colaboración entre los distintos participantes en el

tratamiento del TDAH y reducir el tiempo transcurrido entre la identificación del problema y el inicio del tratamiento.¹³

La detección precoz del trastorno nos ayudara a iniciar cuanto antes el tratamiento adecuado, fundamental para prevenir los problemas asociados (Mal rendimiento escolar, dificultades en las relaciones sociales, trastornos de conducta).¹⁴

LA FAMILIA

La familia es el microcosmos donde se desarrolla el niño en la primera etapa evolutiva, donde recibe las primeras lecciones acerca de las normas sociales, de lo que puede hacer o no y sobre su valía y la importancia que tienen sus acciones. Cada familia se caracteriza por una forma particular de comunicarse, de expresar sus sentimientos, de cumplir los roles y funciones, de relacionarse, de enfrentar los conflictos. Cada familia es única y tiene un estilo propio de funcionamiento diferente al de otras familias.

Para poder entender la complejidad del funcionamiento de cada familia es importante analizar su sistema de valores, su sistema normativo, el funcionamiento de los subsistemas que conforman la estructura familiar (conyugal, parental y filial), la relación que se establece entre ellos, la evolución que la familia sigue en su ciclo vital y su capacidad de adaptación a los cambios. Así, existen características del ambiente familiar que se pueden considerar factores de riesgo ya que aumentan la vulnerabilidad del niño a desarrollar patologías como son: unas relaciones familiares frías o conflictivas , una disciplina familiar inconsistente o con ausencia de criterios, prácticas autoritarias de crianza, relaciones muy tensas o estrictas, interacciones verbales hostiles, castigo corporal y otras estrategias punitivas .

En cambio, existen otras variables familiares que posibilitan un buen funcionamiento psicológico del niño, como son: una aceptación adecuada por parte de los padres, la existencia de una relación paternofilial con una definición clara de los límites de las conductas y respeto de las iniciativas individuales de los hijos, dentro de los límites establecidos.¹⁵

Poco se sabe sobre la adaptación de los niños a los cambios que tienen lugar hoy en el entorno familiar. Pero, sí se sabe que la presencia del padre y la madre siempre que sea posible y la estabilidad del núcleo familiar, son factores esenciales en el desarrollo pleno y armonioso de su personalidad. La familia, independientemente de su estructura, es la primera y más importante base para conformar una sociedad.

En ella, los niños reciben las premisas de su educación y adquieren los primeros valores sociales, reglas de comportamiento y de comunicación, respeto por sí mismos y por cuanto les rodea, aprenden allí cómo convivir con los demás.

Los niños se relacionan con amigos, vecinos y otras personas, las relaciones que la familia tenga con los demás se verán reflejadas en el futuro del niño, ya que de la misma manera se relacionará él con sus semejantes. En la familia se aprende a asumir diferentes funciones: a cooperar, a compartir, a recibir y a establecer rutinas.¹⁶

El ambiente familiar es una entidad formativa en el desarrollo de cualquier niño la cual provee factores protectores y, a la vez, actúa como una de las fuentes de estrés. Ha sido establecido que la calidad de las relaciones familiares y los patrones de interacción podrían estar relacionados con el desarrollo y curso de diversos patrones de psicopatología en la niñez, son más comunes en las familias disfuncionales y en ambientes con niveles elevados de adversidad crónica.

Las familias disfuncionales no expresan los sentimientos negativos, no identifican los problemas, no son capaces de enfrentar las crisis, no se comunican con claridad, utilizan dobles mensajes, no permiten el desarrollo individual, la unión no es productiva y existe confusión de roles.¹⁶

La crianza de un niño que es excesivamente inquieto, con falta de atención e impulsivo ofrece numerosos retos y los padres de niños con TDAH usualmente reportan altos niveles de frustración en sus intentos de manejar y controlar su conducta, siendo la gravedad de las dificultades de los niños un factor importante de la situación estresante.

La disfuncionalidad familiar es mayor para los padres de niños con TDAH que para los padres de otros niños y esta consistentemente asociada con la persistencia de los síntomas del TDAH en los niños. Debido a la alta prevalencia del TDAH en niños, la naturaleza crónica de este trastorno, el deterioro grave en el funcionamiento de los niños y el grado en el cual el trastorno esta caracterizado por interacciones negativas entre padres y niños es importante examinar la relación entre el ambiente familiar y esta condición clínica¹⁷.

Keown analizó las variables predictivas de problemas conductuales de los niños hiperactivos, a partir de las relaciones de los padres con sus hijos hiperactivos en edades tempranas en comparación con los niños sin TDAH. Los resultados obtenidos fueron indican que los padres de los niños hiperactivos utilizan practicas disciplinarias laxas, tienen menos comunicación con sus hijos y, a demás, hay menor sincronía en las interacciones madre-hijo. Esto sugiere que la forma en que interactúan los padres con sus hijos hiperactivos en edades preescolares es precursora del desarrollo de dificultades de comportamiento experimentado por los niños hiperactivos en edades posteriores.¹⁸

Kendall con 11 familias de niños hiperactivos destaca que los hermanos manifiestan sentirse influidos por la conducta de su hermano hiperactivo en tres formas: como víctimas, por que se ven obligados por sus padres a ejercer de “cuidadores” o guardianes” de su hermano, y por los sentimientos de tristeza e indefinición que experimentan.¹⁸

En síntesis, los estudios revisados sugieren que las conductas de los niños con TDAH aumentan los niveles de estrés familiar debido a los retos para la educación que plantea el comportamiento típico de los niños hiperactivos (por ejemplo, temperamento difícil, escasa adaptación a situaciones nuevas, irritabilidad, actividad excesiva, etc.).

También puede apuntar que este incremento del estrés se asocia frecuentemente con respuestas negativas de los padres incluidos estilos de crianza des adaptativos, que pueden empeorar la conducta del niño, incrementar los problemas psicológicos en los padres e incluso perjudicar las relaciones matrimoniales y familiares.¹⁸

La evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el nivel primario constituye un proceso importante para el diagnóstico y la planificación de las intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud.¹⁹

FF-SIL

Instrumento construido por Master en Psicología de Salud para evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

Para realizar la evaluación del funcionamiento familiar como parte de la historia de salud familiar, se considerara el resultado de la prueba de percepción de funcionamiento familiar (FF- SIL) y el criterio del equipo de salud respecto al cumplimiento de las funciones básicas por la familia

Evaluación del funcionamiento familiar según la dinámica de las relaciones internas: el funcionamiento familiar, como dinámica de las relaciones entre los miembros de la familia, se producen en forma sistémica y es relativamente estable, condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes.

La evaluación del funcionamiento familiar según la dinámica de las relaciones internas de la familia puede medirse a través de la aplicación de la prueba del FF-SIL.

Para el diseño de esta prueba se siguió el principio de que fuera un instrumento sencillo, de bajo costo, de fácil comprensión para cualquier nivel de escolaridad y que pudiera ser aplicado por el personal que labora en las áreas de salud general.

Este instrumento evalúa el funcionamiento familiar a partir de la percepción de uno de los miembros y su aplicación se realiza al miembro de la familia que a criterio del equipo de salud, tenga capacidad para responderla, en condiciones de privacidad adecuadas.²⁰

Los dominios que evalúa FF-SIL son:

1. Cohesión. Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en toma de decisiones de las tareas domésticas.
2. Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
3. Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos en forma clara y directa.
4. Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar la estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
5. Afectividad: capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivos unos a otros.

6. Rol: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
7. Permeabilidad: capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones.

Dichas categoría se distribuyen de acuerdo con los ítems que se exploran:

1. Cohesión: 1 y 8
2. Armonía: 2 y 13
3. Comunicación: 5 y 11
4. Adaptabilidad: 6 y 10
5. Afectividad: 4 y 14
6. Roles: 3 y 9
7. Permeabilidad: 7 y 12

Se evalúa por medio de una puntuación con escala tipo Likert:

- | | |
|-------------------|----------|
| Casi siempre..... | 5 puntos |
| Muchas veces..... | 4 puntos |
| A veces..... | 3 puntos |
| Pocas veces..... | 2 puntos |
| Casi nunca..... | 1 punto |

Diagnostico de la Funcionalidad Familiar según la puntuación total de la prueba
FF-SIL

Funcional.....	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional.....	De 56 a 43 puntos
Disfuncional.....	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional.....	De 27 a 14 puntos

De esta forma el resultado del diagnostico de la funcionalidad familiar podrá ser:

1. Familia Funcional: cuando la familia cumple con las funciones básicas y la puntuación obtenida a partir de la aplicación de la prueba FF-SIL se corresponda con el diagnostico de familia funcional.
2. Familia con riesgo de Disfuncionalidad: cuando cumple con las funciones básicas, pero la puntuación obtenida de la aplicación de la prueba FF- SIL se corresponde con el diagnostico de familia moderadamente funcional.
3. Familia Disfuncional: cuando la familia no cumpla con alguna de las funciones básicas cuando la puntuación obtenida a partir de la aplicación de la prueba FF-SIL se corresponda con el diagnostico de familiar disfuncional, en cualquiera de sus dos niveles.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación

Los niños y adolescentes con TDAH presentan más dificultades de aprendizaje que el resto de la población, siendo este hecho uno de los principales motivos de consulta y de fracaso escolar, lo que lleva a que el profesor sea el primero en hacer énfasis en el trastorno.

El bajo rendimiento académico es debido, en parte, a las propias dificultades organizativas, de planificación, priorización, atención y precipitación de la respuesta que obedecen a las alteraciones de las funciones ejecutivas (memoria de trabajo e inhibición de la respuesta) propias del TDAH, y a las dificultades específicas que comportan los trastornos específicos del aprendizaje frecuentemente asociados como es la dislexia. En general, las niñas con TDAH muestran una menor presencia de trastornos del aprendizaje asociados y mejores habilidades en la capacidad lectora, hecho que influye en su infra diagnóstico. En los adolescentes y jóvenes se observa más el consumo de sustancias, conducta antisocial y alteraciones emocionales.

En muchas de las veces el diagnóstico no se hace a tiempo, debido en gran medida por las diferencias en el patrón de presentación y a los cambios en la misma historia natural de la enfermedad. El pronóstico es variable en función de la gravedad de los síntomas y de los problemas y/o trastornos que puedan coexistir con el TDAH, sin embargo el diagnóstico e intervención precoz mejoran el pronóstico del TDAH. Las repercusiones psicológicas, ambientales y sociales incluyen invariablemente a la familia, siendo ésta básica para el buen o mal pronóstico de la enfermedad.

II.2 Pregunta de investigación

¿Existe asociación entre el TDAH de un miembro de la familia y la funcionalidad familiar?

III.- JUSTIFICACIONES

III. 1 Académica

El contexto familiar juega un papel fundamental en el desarrollo de TDAH y puede exacerbar su presentación. Los estilos disciplinarios altamente directivos y hostiles o excesivamente permisivos facilita la interiorización de las reglas sociales asociándose a una competencia autor regulatoria deficiente en niños con TDAH. Se han realizado estudios para evaluar la Funcionalidad Familiar en niños con TDAH, sin embargo los instrumentos que han utilizado solo valoran cohesión y adaptabilidad, no así los factores que predisponen su persistencia como son las vivencias al interior del seno familiar, el estrés, la pérdida del equilibrio familiar, así como la relación entre los miembros. Por lo que es necesario profundizar en algunas cuestiones al interior de las familias, sentimientos y actitudes de y hacia los padres, así como variables que pueden aportar información diferencial sobre sus interacciones familiares para su diagnóstico e intervención.

Además de lo ya enunciado cabe mencionar que el presente estudio es solicitado para lograr el diploma como especialista en medicina familiar.

III. 2 Social.

El TDAH representa un problema de salud pública debido a su elevada prevalencia, que se estima entre un 3 y un 7% de la población escolar 8% a 12% en niños y adolescentes y de 1.2% a 7.3% en adultos, en la adolescencia se reportan diferencias por sexo de 100 hombres adolescentes de 1 a 6 lo presentan, y de 100 mujeres adolescentes de 1 a 2 lo presentan, siendo el inicio de los síntomas los 7 años de edad.⁶

A menudo presentan dificultades de adaptación en su entorno familiar, escolar y en las relaciones con sus iguales, lo que conlleva a roturas familiares, fracaso escolar, aislamiento y depresión entre otras.

III.3 Familiar.

Los niños con este trastorno tienen un mayor riesgo de fracaso escolar, problemas de comportamiento, accidentes y dificultades en las relaciones socio-familiares, en adolescentes y adultos se observa con mayor frecuencia el abuso de sustancias y la delincuencia como consecuencia de los síntomas propios del TDAH. El curso del trastorno es crónico y requiere tratamiento a largo plazo, con el correspondiente costo social. El TDAH es uno de los motivos más frecuentes por el que los niños son remitidos al pediatra, neuropediatra o al equipo de salud mental debido a que presentan problemas de conducta.

III.4 Económico.

Las repercusiones del TDAH en el sistema de salud, servicios educativos, la familia o cuidador y la sociedad misma se desconoce, se estima un costo superior a 40 mil millones de dólares anuales en Estados Unidos ²⁴Esto dependerá de las diferencias en el patrón de TDAH, la comorbilidad con otro trastorno, edad de inicio y tratamiento, abuso de sustancias, conducta antisocial, fracaso escolar, disfunciones en la familia y la sociedad, entre otros.

Se pretende identificar a niños y jóvenes con TDAH y valorar su relación con la funcionalidad familiar, esto es factible debido a que son pacientes derecho habientes, ya identificados por el especialista y cuyo costo es mínimo

IV. HIPÓTESIS

Al menos en un 50% de niños y adolescentes con TDAH de la UMF 75 del IMSS, Nezahualcóyotl Estado de México pertenecen a una familia con algún grado de disfuncionalidad

IV. 1 Elementos de la Hipótesis

IV.1.1. Unidades de Observación

Niños y adolescentes von TDAH de la UMF 75 del IMSS, Nezahualcóyotl estado de México.

IV. 1. 2 Variables

IV.1.2.1.Dependiente

Funcionalidad familiar

IV.1.2.2 Independiente

Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad

IV.1.3 Elementos lógicos de relación

En los, pertenecen, de disfuncionalidad

V.-OBJETIVOS

V.1 GENERAL

- Determinar la asociación entre la presencia de TDAH en un miembro de la familia y la funcionalidad familiar.

V.2 ESPECIFICOS

- Determinar mediante la Escala de FF-SIL la Funcionalidad Familiar de pacientes con Diagnostico de TDAH en los últimos 5 años en derechohabientes la UMF 75.
- Identificar el subtipo de TDAH más prevalente
- Identificar los aspectos socioculturales que experimentan las familias con hijo con TDAH (estrés, sentimientos de incompetencia, discordias matrimoniales, relaciones adversas entre padres e hijos, ausentismo laboral, abuso de sustancias, etc.)
- Identificar los aspectos socioculturales que experimenta el niño/adolescente con TDAH (rechazo, aislamiento social, baja auto estima, fracaso académico, abuso de sustancias, delincuencia, etc.)
- Comparar las características socioculturales de las familias con un hijo con TDAH
- Determinar que características sociales se asocian a disfunción familiar.

VI. MÉTODO

VI.1 Tipo de estudio: Estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo, estudio de casos y controles 2:1.

VI.2. Diseño del estudio:

- Se realizó en un periodo comprendido de 5 meses posterior a la obtención de registro por el Comité Local de Investigación. Conforme a los registros encontrados en la Unidad de Medicina Familiar 75 Delegación Estado de México Oriente, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de enero 2009 a enero 2013.
- Se inició la captura de pacientes con diagnóstico de TDAH, por medio de muestreo no probabilístico por cuotas, con remplazo, corroborando su diagnóstico por médico de 2º o 3er nivel de atención en el expediente médico.
- Para el grupo control se tomaron escolares y adolescentes de escuelas públicas aledañas a la zona de influencia de la UMF 75, elegidos al azar conforme a la base de datos de las escuelas, en una proporción 1 caso por 2 controles.
- A ambos grupos se les aplicaron instrumentos para valorar información relacionada a la enfermedad, repercusiones sociales y familiares, así también FF-SIL para evaluar funcionalidad familiar.
- Para el análisis de los resultados se realizó análisis de estudio de casos y controles 1:2 pareado por edad y sexo, descriptivo de la población por medio de medidas de tendencia central y de dispersión, análisis bivariado, correlación de variables y Chi cuadrada como prueba de asociación de hipótesis tomando en cuenta una significancia estadística menor de 0.05 con IC del 95%.

VARIABLE DEPENDIENTE

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICION CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICION OPERACIONAL</u>	<u>TIPO DE VARIABLE</u>	<u>INDICADORES</u>	<u>FUENTE</u>	<u>ITEM</u>
Funcionalidad Familiar	La funcionalidad familiar es la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que pueden ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema familiar.	Se aplicará un instrumento de medición de funcionalidad familiar FF-SIL, el cual mide 7 dominios: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad , por medio de una escala tipo Likert , la suma global de los dominios da el puntaje total, clasificándose en categorías según el resultado.	Cualitativa Ordinal	14 a 27 puntos= Familia severamente disfuncional 28 a 42 puntos= Familia disfuncional 43 a 56 puntos= Familia moderadamente funcional 57 a 70 puntos= Familia funcional 20	FF-SIL	14

VARIABLES INDEPENDIENTES

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINION CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICION OPERACIONAL</u>	<u>TIPO DE VARIABLE</u>	<u>INDICADORES</u>	<u>FUENTE</u>	<u>ITEM</u>
TDAH	Es una condición neuropsiquiátrica con etiología multifactorial y de inicio en la infancia, caracterizado por la dificultad para poner atención, hiperactividad y/o impulsividad que pueden persistir hasta la edad adulta, impactando diferentes áreas como la académica, laboral y social. ⁹	Trastorno psiquiátrico que se caracteriza por déficit de atención, hiperactividad e impulsividad.	Cualitativa Ordinal	<p><u>Inatención</u>: 6 síntomas</p> <p><u>Hiperactividad</u>: 3 síntomas</p> <p><u>Impulsividad</u>: 1 síntoma.</p> <p><u>TDAH combinado</u>: 6 a 9 síntomas de inatención + 6 a 9 síntomas de hiperactividad/impulsividad.</p> <p><u>TDAH predominio Inatento</u>: 6 a 9 síntomas de inatención+ 0 a 5 síntomas de Hiperactividad/impulsividad.</p> <p><u>TDAH con predominio Hiperactivo-Impulsivo</u>: 6 a 9 síntomas de Hiperactividad/Impulsividad+ 0 a 5 síntomas de Inatención.</p>	DSM-IV-TR	18
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona. ²³	Por medio de la entrevista se les interroga directamente al niño/adolescente su edad en años cumplidos, corroborándola con sus padres o tutores.	Cuantitativa Discreta	Edad	Encuesta	
Sexo	Es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina ²¹	Se interrogara directamente al niño o adolescente.	Cualitativa Nominal	1.- Masculino 2.- Femenino	Encuesta	2

Escolaridad	Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada ²¹	Se interrogara el último grado de estudio terminado	Cualitativo Nominal	1.- Analfabeta 2.- primaria incompleta 3.- Primaria completa 4.- Secundaria incompleta 5.- Secundaria completa 6.-Preparatoria incompleta 7.- Preparatoria completa 8.-Carrera técnica 9.-Otros	Encuesta	9
Tipo de familia	<p><u>Nuclear</u>: cuenta con esposa con o sin hijos</p> <p><u>Desintegrada</u>: los cónyuges se encuentran separados</p> <p><u>Extensa</u>: cónyuges e hijos viven juntos con otros familiares consanguíneos por adopción o afinidad.</p> <p><u>Extensa compuesta</u>: cónyuges e hijos que viven con otros familiares consanguíneos y conviven con otros sin nexo legal.</p> <p><u>Reconstruida</u>: se aplica a la pareja que uno o ambos cónyuges tuvo una pareja previa.²²</p>	Se interrogara sobre los integrantes que componen el hogar y la relación de parentesco entre ellos.	Cualitativa Nominal	1.Nuclear 2.Desintegrada 3.-Extensa 4. Extensa compuesta 5. Reconstruida	Encuesta	5
Adicción	Del latín <i>addictio</i> , la adicción es el hábito que domina la voluntad de una persona . Se trata de la dependencia a una sustancia, una actividad o una relación ²³	Se cuestionara sobre el uso de sustancias adictivas	Cualitativo Nominal	1.- SI 2.-NO	Encuesta	2
Tratamiento	Cualquier sustancia, diferente de los alimentos, que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal ²³	Se cuestionara el nombre y dosis del manejo farmacológico	Cualitativo Nominal	1.-Metilfenidato 2.-Atomoxetina 3.-Dexamfetamina 4.- Otro (especificar)	Encuesta	2

Diagnostico	Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad ²³	Identificar una enfermedad basándose en los síntomas que presenta el paciente, el historial clínico y los exámenes complementarios	Cualitativa Nominal	1.- Maestro 2.- Psicóloga 3.- Medicina Familiar 4.- Psiquiatra 5.- Neurólogo 6.- Otro	Encuesta	6
Algún otro miembro de Familia con Dx de TDAH	Individuo relacionado con el paciente por consanguinidad hasta un grado determinado que ha tenido el mismo diagnostico del paciente.	Un conjunto de individuos unidos a partir de un parentesco con el mismo diagnostico que el caso.	Cualitativa Nominal	1.-Padre 2.- Hermano 3.-Primo 4.- Abuelo 5.- Otro 6.- Nadie mas	Encuesta	6

VI.4 Universo de trabajo

Niños y adolescentes derechohabientes de la UMF 75 que cuenten con el diagnóstico de TDAH por especialista, de acuerdo a los criterios del DSM IV TR, perteneciente a ambos turnos que acudieron a la consulta en el periodo de enero del 2009 a enero del 2013.

Tamaño de la muestra

El tamaño de muestra se calculó para un estudio de casos y controles basados en el poder de la prueba, comparación de dos odds:

Tamaño de muestra ajustado a pérdidas:

- Tipo de test: bilateral
- Nivel de confianza o seguridad (1- α): 95% ($j=1.96EE$)
- Poder estadístico o magnitud de efecto (β): 80% ($k=1.282$)
- P1 (Odds de la exposición del grupo 1 "controles"):30%
- P2 (Odds de la exposición del grupo 2 "casos"):80%
- RM: 0.58
- LN RM: -0.5389
- EE: 0.6569

Resultado: n=16

Proporción esperada de pérdidas: 15%

Muestra ajustada a las pérdidas:

Resultado: n=19

VI.4.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes con diagnóstico de TDAH por 2º nivel de atención, que acudieron a la consulta en el periodo de enero 2009 a enero 2013 de la UMF 75
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes de ambos turnos de atención médica
- Edad menor de 17 años

VI.4.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes con trastorno emocional (ansiedad, depresión) otra comorbilidad
- Pacientes con esquizofrenia
- Pacientes que no hayan acudido a la consulta externa y estén fuera del periodo de estudio
- Pacientes que no acepten participar en el estudio

VI.4.3 Criterios de Eliminación

- Pacientes que hayan sido dados de baja de su derechohabencia
- Pacientes que no concluyan el estudio
- Pacientes que hayan cambiado de residencia

VI.5 Instrumento de Investigación

VI.5.1 Descripción

El Test Funcionamiento familiar (FF-SIL).

Instrumento construido por Master en Psicología de Salud para evaluar cuantitativa y cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables:

- Cohesión. Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en toma de decisiones de las tareas domésticas.
- Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos en forma clara y directa.
- Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar la estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
- Afectividad: capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivos unos a otros.
- Rol: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- Permeabilidad: capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones.

Test de funcionamiento familiar FF-SIL. Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para dar un total de 14 ítems.

Se evalúa por medio de una puntuación con escala tipo Likert:

Casi siempre.....	5 puntos
Muchas veces.....	4 puntos
A veces.....	3 puntos
Pocas veces.....	2 puntos
Casi nunca.....	1 punto

Clasificando a las familias en una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera:

Diagnostico de la Funcionalidad Familiar según la puntuación total de la prueba

FF-SIL

Funcional.....	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional.....	De 56 a 43 puntos
Disfuncional.....	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional.....	De 27 a 14 puntos

VI.5.2 Validación

Instrumento construido por Master en Psicología de Salud para evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, utilizada en la práctica por algunas sedes de la residencia de Medicina Familiar del IMSS

VI.5.3 Aplicación

Fue aplicado por la tesista acudiendo a los domicilios de los pacientes identificados de la UMF 75 del IMSS.

VI.6 DSM IV TR

VI.6.1.Descripción

DSM IV TR valora el patrón persistente de desatención, y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar (criterio A). Algunos síntomas de hiperactividad e impulsividad o desatención causantes de problemas pueden aparecer antes de los 7 años de edad. Sin embargo, bastantes sujetos son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas durante varios años, (criterio B). Algún problema con los síntomas debe producirse en dos situaciones (casa, escuela y trabajo), (criterio C). Debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica, o laboral propia del nivel de desarrollo (Criterio D). El trastorno no aparece exclusivamente en el trascurso generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo trastorno del ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad) (Criterio E). Habiendo 3 subtipos.⁹

TDAH tipo combinado: este debe utilizarse si han persistido, por lo menos durante 6 meses, 6 o más síntomas de desatención, y 6 o más síntomas de hiperactividad–impulsividad. La mayor parte de los niños y adolescentes se encuentra en este tipo combinado.

TDAH tipo con predominio de déficit de atención: es cuando han persistido por lo menos durante seis meses 6 o más de los síntomas de desatención pero menos de 6 síntomas de hiperactividad o impulsividad.

TDAH tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: es cuando han persistido por lo menos 6 meses o más de 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad (pero menos de 6 síntomas de desatención).⁹

VI.6.2 Validación

VI.6.3 Aplicación

El instrumento previamente descrito fue aplicado por la investigadora a 75 pacientes entre los cuales se incluyen los casos y controles acudiendo a los domicilios de los pacientes identificados de la UMF 75 del IMSS.

VI.7 Desarrollo del Proyecto

VI.7, VI.8 Límite de espacio y tiempo

Selección de los casos

En el departamento de Sistema de Información de Atención Integral de Salud de la UMF 75 se solicitó el censo de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y que se encuentren registrados en dicho sistema con el código F90.9 de la clasificación internacional de enfermedades en su décima revisión durante en el periodo comprendido de Enero de 2009 a Enero del 2013.

Ya identificados los casos, directamente en su domicilio se les invitó a participar a ellos y a sus padres o tutores al estudio, explicando la naturaleza, los objetivos, ventajas y desventajas de participar, de aceptar se les pidió su consentimiento informado a ambos, con ayuda del padre o tutor se les solicitó responder la cedula de identificación y datos generales así como cuestionario DMS IV TR para TDAH y cuestionario FF-SIL.

Selección de los controles

Se acudió a la Escuela Primaria "Licenciado Isidro Favela" del turno matutino, por pertenecer a la zona de influencia, solicitando autorización a Directivo de la escuela para la aplicación de encuestas a alumnos del 5 y 6 sexto grado un grupo de cada grado. Posteriormente se acudió a Escuela Secundaria General "Telpuchcalli" ambas escuelas aledañas a la UMF 75 previa autorización de directivo y mostrando oficio de petición para realización de la investigación en curso, se procedió a la aplicación de encuestas a alumnos de primer y segundo grado. Previa explicación de la naturaleza del estudio, los objetivos, ventajas y desventajas de participar, de aceptar se les pidió su consentimiento informado, se les solicitó responder la cedula de identificación y datos generales así como cuestionario DSM IV TR para TDAH y cuestionario FF-SIL.

VI.9 Diseño de análisis

Para la descripción de la población se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión, por medio de tablas de frecuencias y porcentajes, así como desviación estándar, para el análisis de la información se compararon los grupos, la asociación de variables se realizó mediante X^2 para variables categóricas, y para el riesgo de exposición se utilizará el *odds ratio*, con IC 95%

La base de datos se construyó en el programa EXCEL V11 y el análisis de la información se realizó en el programa SPSS V19.

VII.- IMPLICACIONES ÉTICAS

Se solicito la autorización del comité local de investigación en salud de la UMF 75 Hospital de IMSS, para llevar a cabo el estudio. Así como la autorización de los padres del paciente y/o tutores, además de que se les informo que los datos de la investigación se utilizaron en forma confidencial para la realización del estudio y que no implica riesgo alguno al paciente.

La información derivada del estudio será de carácter confidencial. El estudio no representará un daño sobre la integridad física o mental de los participantes. Al final del estudio se dieron a conocer los resultados a los participantes.

Se cumple con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica

VIII. ORGANIZACIÓN

Para fines de tesis la organización será la siguiente:

Director de tesis: E.M.F María Luisa Pizano Zarate

Tesista: M.C. Dalila Mendoza Castillo

Para fines de la publicación y/o presentación en foros, congresos o cartel.

Los créditos serán:

AUTOR: E.M.F María Luisa Pizano Zarate.

COATORES: M.C. Dalila Mendoza Castillo

IX. RESULTADOS Y DISCUSION

Se efectuó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal, analítico de casos y controles 2:1, que acudieron a la consulta en el periodo de Enero 2009 a Marzo 2013, siendo 25 casos(33%) y 50(67%) controles, del total de la población estudiada es del sexo masculino 63(84%) y solo 12(16%) son mujeres, en su mayoría en edades escolar 60(80%) y de escolaridad básica 61(81.3%), perteneciendo a familias de tipo nuclear 34(45.3%), extensa en 23(30.7%),reconstruida 1(1.3%). (Tabla 1 y grafica 2)

Existiendo el subtipo de TDAH impulsivo en la población general estudiada, de predominio impulsivo/ hiperactivo 19(25.3%), impulsividad 18(24%), combinado 16(21.3%), y un solo caso 1(1.3%) para hiperactividad y déficit de atención, y en un 8%(6) no presentan ningún subtipo prevalente (Grafica 3).

Del total de población encontrada, las familias son funcionales 17(42%), 50 son disfuncionales (58%), contando con RM= 1.84 IC(0.53-6.38) , con 84% de tener una familia disfuncional sin embargo no hay significancia estadística P=0.25, y con un grado disfunción familiar de tipo moderado 33(44%),en las edades de 6 a 11 años, disfuncional 23(30.7%), severa 2(2.7%) y funcional 17(22.6%). Y con mayor grado de disfunción de tipo moderada en los controles 24(48%) y disfuncionales en los casos 12(48%). $\chi^2=5.95$ sin significancia estadística p=.150.(tabla 4,5,6 y 7)

Hallándose que de acuerdo a la edad de presentación del TDAH, se encuentran en edades escolares en 40% de los casos, con 21 casos del sexo masculino y 4 del sexo femenino (Tabla 8)

Con la presentación de TDAH con escolaridad primaria en 21 de los casos (84%), con una $\chi^2=3.34$ y P=0.841 habiendo poca discrepancia entre el valores y sin significancia estadística.(Grafica 9)

Los pacientes con TDAH pertenecen a una familia extensa 11(44%), y nuclear en los controles 26(52%) $X^2=4.494$ $p=0.188$ sin ser significativo y haber discrepancia en los resultados.(Grafica 10)

Las relaciones familiares en el TDAH son buenas con los padres 60%(15) no habiendo diferencia $X^2=4.162$ y $P=0.125$ a comparación con las relación con los hermanos ya que en los controles se llevan bien 22(44%) y en los casos regular 9(36%) $x^2=6.075$ $p=0.194$ (Tabla 11)

Las relaciones sociales en pacientes con TDAH contando con relación de amistad en 80%(20), así como en los controles 42%(46) $X^2=2.27$ $P=0.132$ poca discrepancia en los resultados y sin significancia estadística, con relaciones de amistad regulares 36%(9) con TDAH y buena en controles 32(64%). $X^2=3.54$ $p=0.170$ sin significancia estadística (Tabla 12)

Los pacientes con TDAH tienen en un 72%(18) problemas de aprendizaje, al igual que en los controles 62%(18) con una $RM=4.195$ con IC (1.47-11.90) $p= 0.005$, se tiene en la población control un 19% de presentar problemas de aprendizaje durante su desarrollo escolar.(Tabla 13)

En los pacientes con TDAH existe problemas con sus compañeros en 44% así como en los controles 32%(16) con una $RM=1.67$ IC (0.62-4.48) $p=0.307$. Teniéndose un 67% de presentar problemas con los compañeros aunque no existe significancia estadística. (Tabla 13)

En pacientes con TDAH se han presentado durante su convivencia escolar dificultades con sus profesores 12%(3) y en los controles 14%(7) con $RM=0.83$ IC(0.019-3.56) $p=0.810$ con 83% pueden no presentar dificultades con sus profesores sin contar con significancia estadística (Tabla 13)

Los pacientes con TDAH no han reprobado materias, y 6%(3) en la población control con $RM=1.532$ IC (1.29 - 1.81) $P=0.211$, con un 53% para reprobar materias, sin significancia estadística.(Tabla 13)

Los pacientes con TDAH solo se ha presentado retraso escolar en un 4%, con $RM=1.00$ $IC(0.86-11.58)$ $P= 0.744$, sin contar con significancia estadística .(Tabla 13)

En cuanto al TDAH se encontró que un 44% el diagnóstico fue realizado por un médico familiar, y 16% por el Neurólogo, con una edad de presentación y diagnóstico a los 7 años y mismo edad de inicio de tratamiento, con el trastorno de lenguaje de mayor prevalencia encontrado en un 44%, y hallarse que 24% cuenta con un hermano con el mismo diagnóstico, usando en su mayoría de los casos medicamentos estimulantes metilfenidato 88%, y solo en un caso con tratamiento psicológico, las principales causas de suspensión del medicamentos se encontró falta de recursos y seguridad social en 28% y siguiéndoles en un 8% temor al rechazo y falla en la ganancia de peso y talla, y encontrando 60% de mejoría en el área académica al curso de evolución con el tratamiento, ocasionado la enfermedad un 28% conflictos entre los padres, y 44% conflicto entre padres e hijos, así como entre los hermanos 64%, hasta ocasionar ausentismo laboral por parte de los cuidadores en un 48%, siendo víctimas de agresión. (Tabla 14 y 15)

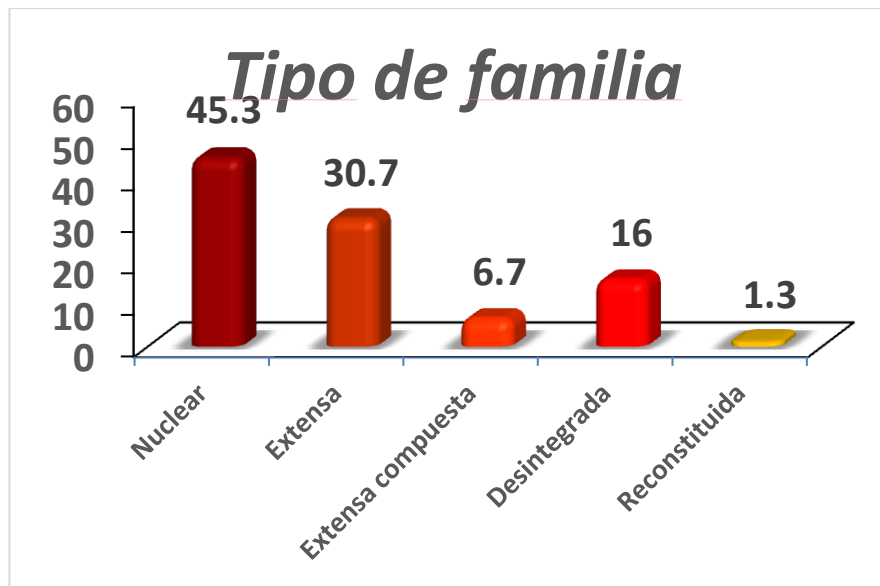
X. CUADROS Y GRAFICOS

Tabla 1. Características generales de la población

Variables	Frecuencia (n=75)	Porcentaje (%)
Con TDAH	25	33.0
Sin TDAH	50	67.0
Hombres	63	84.0
Mujeres	12	16.0
Edad (años)		
6 - 8	30	40.0
9 - 11	30	40.0
14 - 16	15	20.0
Escolaridad		
Primaria	61	81.3
Secundaria	4	10.6
Preparatoria	6	8.0

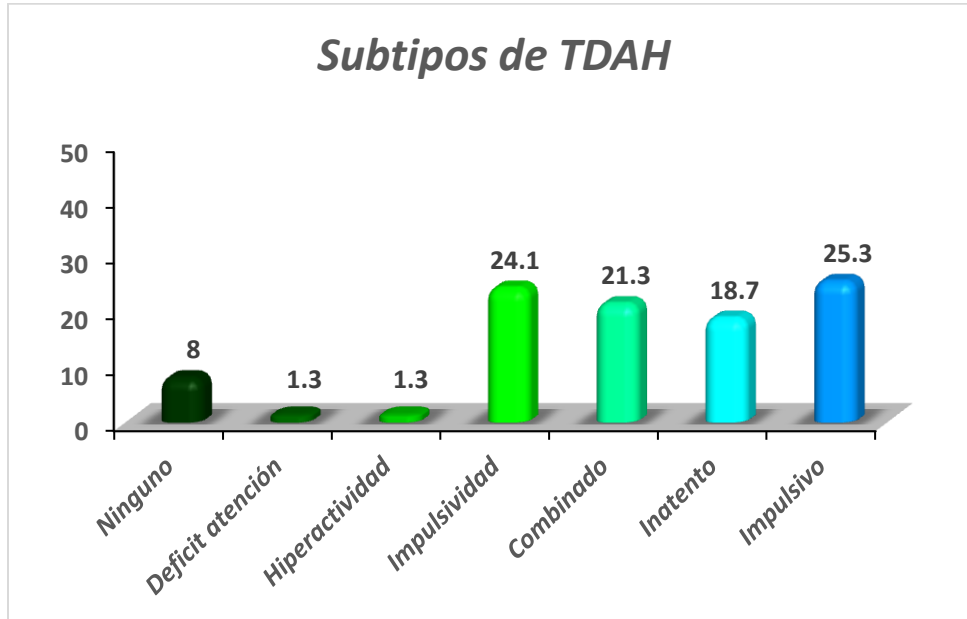
Fuente: Concentrado de datos.

Grafica 2: Tipo de familia



Fuente: Concentrado de datos

Grafica 3: Subtipos de TDAH



Fuente: Concentrado de datos

Tabla 4. Funcionalidad familiar

Variables	Frecuencia (n=75)	Porcentaje (%)
Severa	2	2.7
Disfuncional	23	30.7
Moderada	33	44.0
Funcional	17	22.6

Fuente: Concentrado de datos

Tabla 5. Funcionalidad Familiar en la población general

	Frecuencia N=75	Porcentaje (%)	RM	IC	P
Familia Disfuncional	58	58	1.84	0.53 – 6.38	0.25
Familia Funcional	17	42	1		

Fuente: Concentrado de datos

Tabla 6. Funcionalidad familiar por grupo de edad de TDAH

Edad	Severa	Disfuncional	Moderada disfunción	Funcional
6-11	1	18	28	13
14-16	1	5	5	4

Fuente: Concentrado de datos

Tabla 7. Funcionalidad Familiar según TDAH

	TDAH		Total	X2	P
	Si	No			
Familia Severa Disfunción	0(0%)	2(4%)	2		
Familia Disfuncional	12(48)	11(22%)	23	5.95	.150
Familia moderada funcionalidad	9(36%)	24(48%)	33		
Familia Funcional	4(16%)	13(26%)	17		

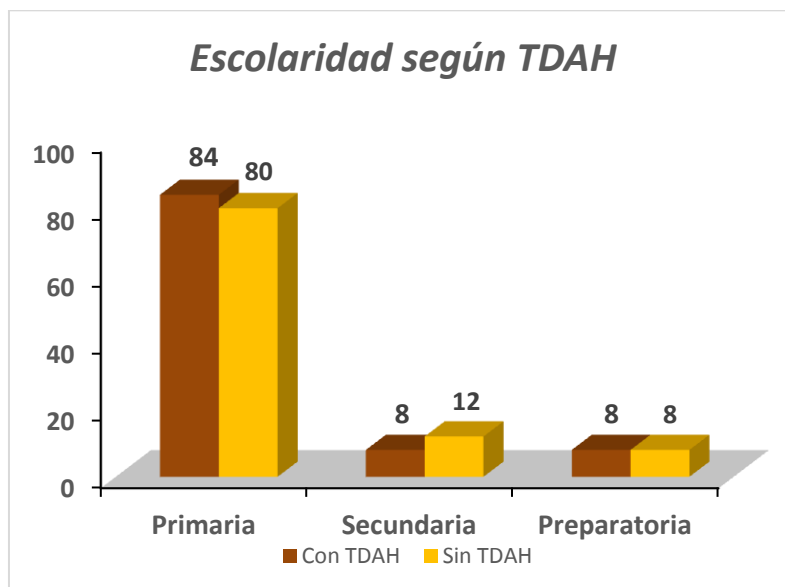
Fuente: Concentrado de datos

Tabla 8. Edad y sexo según presencia de TDAH

	TDAH		Total
	Si N (%)	No N (%)	
Edad (años)			
6-8	10(40)	20(40)	30
9-11	10(40)	20(40)	30
14-16	5(20)	10(20)	15
Sexo			
Masculino	21(84)	42(84)	63
Femenino	4(16)	8(16)	12

Fuente: Concentrado de datos

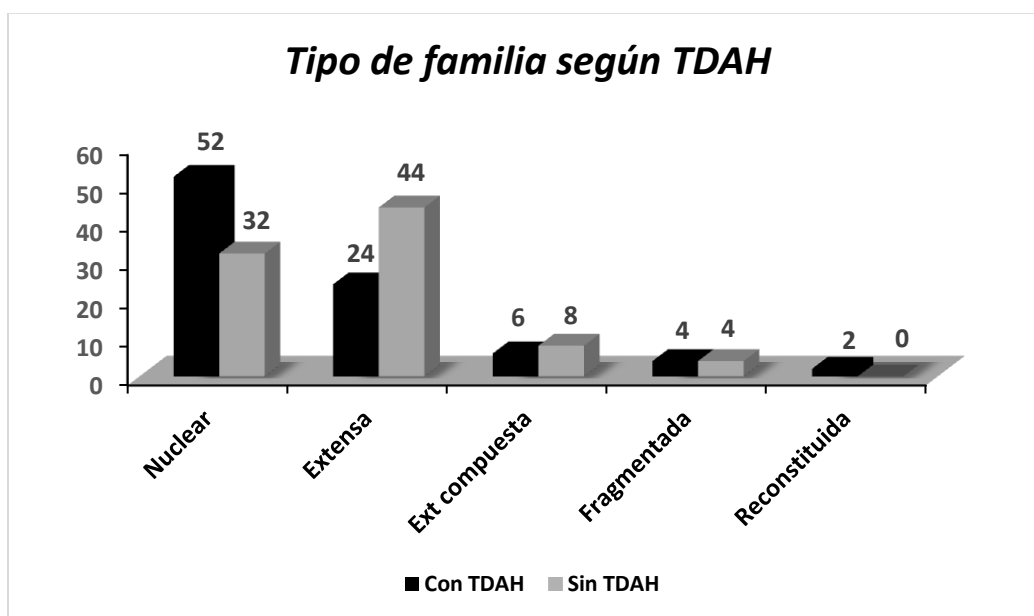
Grafica 9: Escolaridad según TDAH



$\chi^2 = 3.34$; $p = 0.841$

Fuente: Concentrado de datos

Gráfica 10: Tipo de familia según TDAH



$\chi^2 = 4.395$; $p = 0.494$ Fuente: Concentrado de datos

Tabla 11. Relación con padres y hermanos

	TDAH		Total	X ²	P
	Si N (%)	No N (%)			
Padres					
Regular	9(36)	8(16)	17	4.162	0.125
Buena	15(60)	37(74)	52		
Mala	1(4)	5(10)	6		
Hermanos					
Hijo Único	6(24)	5(10)	11	6.075	0.194
Indiferente	1(4)	0(0)	1		
Regular	9(36)	18(36)	27		
Bien	6(24)	22(44)	28		
Mal	3(12)	5(10)	8		

Fuente: Concentrado de datos

Tabla 12. Relaciones Sociales según TDAH

	TDAH		Total	X ²	P
	Si N (%)	No N (%)			
Tienes amigos					
Si	20(80)	46(92)	66	2.27	0.132
No	5(20)	4(8)	9		
Relaciones de amistad					
Buena	13(52)	32(64)	45	3.54	0.170
Regular	9(36)	17(34)	26		
Mala	3(12)	1(12)	4		

Fuente: Concentrado de datos

Tabla 13. Relación escolar según TDAH

	TDAH		Total	RM	IC	P
	Si N (%)	No N (%)				
Problemas aprender	18(72)	19(38)	37	4.19	1.47-11.90	0.005
Problemas Compañeros	11(44)	16(32)	27	1.67	0.62 - 4.48	0.307
Dificultades Profesores	3(12)	7(14)	10	0.83	0.19 - 3.56	0.810
Reprobado materias	0 (0)	3(6)	3	1.532	1.29 - 1.81	0.211
Retraso en grado escolar	1(4)	2(4)	3	1.00	0.86–11.58	0.744

Fuente: Concentrado de datos

Tabla 14. Diagnóstico y tratamiento TDAH

Variables	Frecuencia (n=25)	Porcentaje (%)
Primer Dx		
Médico familiar	11	44
Neurólogo	4	16
Edad Dx		
5 años	7	28
6 años	4	16
Edad Inicio Tx		
5 años	7	28
8 años	6	24
Trastorno asociado(T. lenguaje)	11	44
Otro miembro con TDA	6	24
Hermano		
Reciben Tx medico	25	100
Tipo de Tx		
Metilfenidato	22	88
Atomoxetina	2	8
Sin manejo farmacológico	1	4
Suspensión Tx		
Si	11	44
No	14	56
Motivo de Susp		
Falla en la ganancia P y T	2	8
Temor Rechazo	2	8
Mejoría en Tx		
Académico	15	60
Autoestima	6	24
Social	4	16

Fuente: Concentrado de datos

Tabla 15. Aspectos sociales del TDA

Variables	Frecuencia (n=25)	Porcentaje (%)	
Aspectos socioculturales			
Conflicto / padres	SI	7	28
	No	4	16
Conflicto entre padres e hijos	SI	11	44
	NO	14	56
Conflicto/ hermanos	SI	16	64
	NO	9	36
Ausentismo laboral	SI	12	48
	NO	13	52
Agresividad F y V	SI	10	40
	NO	15	60
Autolesión	SI	5	20
	NO	20	80

Fuente: Concentrado de datos

XI. CONCLUSIONES

Al comparar los resultados obtenidos en este estudio, con la literatura encontramos un estudio en el cual solo se valoro la cohesión y adaptabilidad sin no así los factores que predisponen su persistencia como son las vivencias al interior del seno familiar, el estrés, la pérdida del equilibrio familiar, así como la relación entre los miembros. Nuestro estudio demostró que no se encontró una significancia en cuanto a la disfunción familiar y su relación con el TDAH ya que se presenta una disfunción familiar tenga o no TDAH en los pacientes estudiados mediante la escala FF-SIL el 48% pertenecen a una familia disfunción moderada en un 36% y solo funcional un 16%.

En otro estudio realizado en España publicado en el 2006 en donde se analizo el impacto familiar con la presencia de TDAH con hiperactividad subtipo combinados y su efecto de problemas de conducta asociados obteniendo que las relaciones familiares, sociales, están fuertemente afectadas, Nuestro estudio encontró en un 40% que pertenecen a familias extensas teniendo relación debido a los reportes obtenidos por estudios según Kneow las relaciones son más laxas con los hijos y no hay adecuado control sobre ellos y también un px con TDAH puede pertenecer familia fragmentada.

La escolaridad de los padres con hijos con TDAH constan de escolaridad básica lo cual indica que pueden tener hijos con sintomatología característica y ser categorizados como niños con conductas desafiantes u opositoristas.

Se presenta en un 48% que son hijos de primer orden con un riesgo de 2 a 3 veces a sus hermanos de padecerlo en un futuro.

No se hallaron malas relaciones en su mayoría fraternal y de hermanos, y en estudios realizados en donde los hermanos de estos pacientes se sienten responsables, o cuidadores de ellos y siendo molesto para ellos.

Se encontró que la convivencia escolar tuvieron problemas para aprenderse las cosas pudiéndose deber a que en este grupo prevalece en su mayoría el trastorno de déficit de atención sobre el de impulsividad e inatento.

El dx y tx es en etapas es en etapas escolares pero se encontrando en un 40% en etapas preescolares. Tomando el papel más importante el médico familiar ya que es el que diagnostica en la mayoría de los casos en 44% y hallándose asociado el trastorno del lenguaje.

El médico familiar en un 44% los diagnósticos asociados a trastornos del lenguaje como comorbilidad más frecuente hallada en este estudio en un 44%.

Solo en un 24% de los casos se encontró que el hermano cuenta con el dx de TDAH, utilizando como tratamiento estimulantes en su mayoría 44%, como causa de suspensión por no contar con seguridad social o recursos, con un 60% de mejoría en el área académica de mejoría, y encontrándose que el subtipo más frecuente fue de 24% inatención, impulsivo, combinado.

El pertenecer a una familia disfuncional se encontró un 33% de conflictos entre los padres con un hijo con TDAH en comparación con las familias funcionales, se halla mayor conflicto entre los hermanos con 75% en familias funcionales y sin relevancia en familias funcionales. El ausentismo laboral en un 50% nulo en familias funcionales, la agresividad física más frecuente en familias disfuncionales podría deberse al desconocimiento sobre el manejo de la conducta.

XII. RECOMENDACIONES

- Ofrecer información a padres y familiares (hermanos, abuelos) sobre la complejidad, cronicidad y características del problema del TDAH para proporcionarles claves que les permitan entender a qué obedece la conducta de su hijo. Fomentando una actitud empática y de respeto hacia el niño y mitigando la autocrítica, intentando prevenir que se produzcan interacciones paternofiliales, de relación fraternal y con la familia extensa disfuncionales, que aumenten el nivel de estrés familiar y agraven la sintomatología del niño.
- También es importante analizar la información que los padres tienen sobre el TDAH para poder ajustarla, ya que en algunas ocasiones es contradictoria y puede influir en las expectativas sobre el funcionamiento del niño, así como su implicación en el tratamiento.
- Programa de Terapia o Asesoramiento familiar que proporcione a los padres estrategias para abordar de manera adecuada la crianza de un niño con dificultades temperamentales y logre reducir la tensión psicológica y emocional de la familia.
- Lograr una coordinación estrecha entre los profesionales que están llevando a cabo el tratamiento del niño (escuela y sistema sanitario), para ello el psicopedagogo puede intervenir como interlocutor que aglutine la información de los profesionales del equipo educativo que atiende al niño (profesor-tutor, logopeda, profesor de educación especial) y se coordine con los profesionales del sistema sanitario

- Lograr una implicación adecuada de los padres en el proceso educativo: seguimiento de las tareas educativas y coordinación con los profesionales del colegio en las estrategias que se inicien para mejorar los logros académicos o conductuales

- Una parte en los aspectos familiares que pueden posibilitar al niño un entorno más competente, que le proporcione aspectos compensatorios ante los problemas inherentes al trastorno, y por otra parte, que aumente en los padres la percepción de competencia en su rol parental y disminuya el estrés ocasionado por la crianza, pese a todos los estresores no normativos a los que se enfrenta. Para ello consideramos necesario trascender el marco de los resultados empíricos y elaborar programas de detección temprana y de intervención a familias de padres de niños con TDAH que contemplen estos aspectos señalados con el objetivo de mejorar su calidad de vida

XIII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Jarque MA, Soriano SM. *Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención*. Rev Neurol 1999; 28 (Supl 2):182-188.
- 2.-Souza M, Guiza C M, Barriga S L. *TDAH y su comorbilidad adictiva*. Rev Mex Neurotic 2005; 6(3): 227- 244.
- 3.- Vásquez MJ, Cárdenas EM, Feria M, Benjet C, Palacios L, De la Peña F. (2010). *Guía clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Ed. Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatra Ramón de la Fuente. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
- 4.- De la Peña O, Ortiz J. *Declaración de Cartagena para el TDAH. Rompiendo el Estigma*. Rev Ciensalud 2010; 8(1): 95-100
- 5.- Brederman J, Faraone S V, Spencer T. *Patterns of psychiatric comorbidity, cognition and psychosocial functioning in adults, with attention deficit hyperactivity disorder*. Am J Psychiatry 1993; ISO: 1792-1798.
- 6.- American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manual IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV. Texto Revisado*. Barcelona: Masson: 2001.

7.-Goolman R. *The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note* de J. Child. Psychol Psychiatry. 1997; Jul: 38 (5): 581-586.

8.- Ane Riba A. Narbona J. *Conner rating scales in the assessment of attention deficit disorder with hyperactivity (ADHD); a new validation and factor analysis in Spanish children*. Rev Neurol 1997; Feb: 25 (138): 200-204.

9.-Martínez J, González C. *Diagnóstico diferencial entre manía y déficit atención hiperactivo*. Rev Chil Pediatr 2007; 78(1): 13-19.

10.- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Nº 2007/18. GPC sobre TDAH en niños y adolescentes Catalunya.

11.- National Institute for Health and Clinical Excellence, september 2007. *Parent-training/education programmes in the management of children with conduct disorders*. London UK; 2006. [en línea] consultado: 05-06-2013, disponible en internet: URL www.scie.org.uk/publications/children.asp

12.- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline, 2009*.

13.- Palacios L, De la Peña F, Valderrama A. et al. *Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Salud Mental 2011; 34: 149-155

- 14.- Weber W, Vander Stoep A, McCarty RL, et al. *Hypericum perforatum (St John's wort) for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: a randomized controlled trial*. JAMA 6-11-2008;299(22):2633-2641
- 15.- Del Barrio, M.V. *Educación y nuevos estilos de familia*. Psicología Educativa; .1998. 4,23-47.
- 16.- Louro B. (2004). *Modelo teórico–metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria*. Tesis de Doctorado, Cuba. Escuela de Salud Pública [en línea] consultado: 05-06-2013, disponible en internet: URL www.sid.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/tesis_isabel_louro.pdf
- 17.- Montiel-Nava C, Montiel-Barbero I, Peña J. *Clima Familiar en el Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad*. Psicología Conductual 2005;(13): 297-310
- 18.- Herrero JM, García C, Miranda AC, Siegenthaler-Hierro, P.Jara- Jiménez; *Impacto Familiar de los niños con TDAH subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados*. Rev Neurol 2006; 42(3): 137-143.
- 19.- Louro B. *Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia*. Rev Cubana Med Gen Integr 2004; 20(3):17-36
20. Ortega VT, Cuesta FD, Días RC. *Propuesta de un Instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales*. Rev Cubana Enfermer 1999; 15 (3):164-168.
- 21.- *Diccionario de la Lengua Española*. Ed. 22^a Espasa Calpe. España, 2001. 2368 p. ISBN: 8423968146

22.- Mendoza SL, Soler HE, Sainz VI, Gil A, Mendoza SH, et al. *Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria*. Arch Med Fam. 2006; 8(1):27-32

23.- *Diccionario Mosby. Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud*. Ed 5^a Harcourt. España, 2001. 856 p. ISBN: 9788481745412

24.- Schlander M. *Impact of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on prescription drug spending for children and adolescents: increasing relevance of health economic evidence*. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2007; 1:1-17.

25.- Spencer TJ. *ADHD and comorbidity in childhood*. J Clin Psychiatry. 2006;67(Suppl 8):27-31.

XIV. ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Unidad de Medicina Familiar No. 75
Delegación Oriente, Estado de México

Carta de Consentimiento niños y adolescentes

No. de Folio: _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación intitulado:

“TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES”

Se me ha invitado a participar en un estudio de investigación, donde me aplicarán tres cuestionarios sobre mi padecimiento, mi familia y la escuela.

Me han explicado que mi participación es voluntaria, que mi nombre no saldrá en ningún documento, televisión o radio y que puedo dejar de participar en cualquier momento que desee y que esto no afectara mis calificaciones. Además de que no existe ningún riesgo relacionado con mi salud.

Nezahualcoyotl, Estado de Méx., a _____ de _____ del 2013

Nombre	Firma
Alumno:	_____
Investigador principal:	_____
Testigo 1:	_____
Testigo 2:	_____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Unidad de Medicina Familiar No. 75
Delegación Oriente, Estado de México

Carta de Consentimiento Informado Padres

No. de Folio:

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación intitulado:

“TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES”

Invitación a participar

Por este medio se invita a usted a participar en el estudio de investigación realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social, UMF No. 75, que tiene por objeto valorar la funcionalidad familiar cuando existe algún miembro de la familia con trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Propósito

El propósito de este estudio es determinar cómo influye la presencia de tener un hijo con TDAH en la funcionalidad de la familia.

Las actividades que usted como padre y su hijo se comprometen a realizar son contestar cuestionarios con preguntas relacionadas al TDAH, la relación entre padres e hijos, hermanos u otros familiares que pudieran vivir en el hogar, los efectos al seno familiar, escolar así como en el área médica.

Riesgos

No existirá ningún riesgo relacionado al aplicar los cuestionarios.

Costos

La aplicación de los cuestionarios no tienen ningún costo, todos los recursos necesarios para esta investigación corren a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Beneficios

Al participar en este estudio, podrá detectar las áreas familiar, social o escolar que más se están relacionado con el TDAH y así poder incidir en ella para mejorarlas. El investigador principal me asegura que no se identificará a mi hijo en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi persona serán manejados en forma confidencial.

Alternativas de abandono del estudio

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Si el escolar o sus padres deciden no participar, su evaluación escolar no se verá afectada de ninguna manera. Usted o el niño podrán retirarse del estudio en cualquier momento que lo deseen, sin que esto afecte sus calificaciones o su atención en la Unidad de Medicina Familiar.

Derechos

La información proporcionada es confidencial y los posibles beneficios están relacionados en reorientar acciones para mejorar la funcionalidad en la familia.

Nezahualcoyotl, Estado de Méx., a ____ de _____ del 2013

Si usted está de acuerdo, ha entendido lo que significa participar en este estudio y ACEPTA participar, favor de firmar esta carta junto con dos testigos.

Nombre

Firma

Padre o tutor : _____
Investigador principal: _____
Testigo 1: _____

Testigo 2: _____



TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

FECHA DE APLICACIÓN / ____ / ____ / ____ /

FOLIO: ()

Nombre: _____

Edad: () años

AREA DE DEFICIT DE ATENCION

Marca con "X" los enunciados que te ocurren con más frecuencia

- 1.- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- 2.- A menudo tiene dificultades para mantener (no mantiene) la atención en tareas o actividades lúdicas.
- 3.- A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente (lo que se dice)
- 4.- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el lugar de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a una incapacidad para comprender instrucciones)
- 5.- A menudo tiene dificultad (presenta alteración) para organizar tareas y actividades.
- 6.- A menudo evita (o muestra una aversión fuerte), le disgustan (o es renuente en cuanto a dedicarse a) tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- 7.- A menudo extravía objetos necesarios Para tareas o actividades (por ejemplo juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- 8.- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- 9.- A menudo es descuidado en las actividades diarias.

AREA DE HIPERACTIVIDAD

Marca con "X" los enunciados que te ocurren con más frecuencia

- 1.- A menudo mueve manos o pies, o se remueve en su asiento
- 2.- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que espera que permanezca sentado.
- 3.- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos que pueden limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- 4.- A menudo (hace demasiado ruido sin motivo o) tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- 5.- A menudo "está en marcha" o suele actuar como si "tuviera un motor" (Exhibe un patrón persistente de actividad motora excesiva que no se modifica sustancialmente por el contexto o exigencias sociales)

AREA DE IMPULSIVIDAD

Marca con "X" los enunciados que te ocurren con más frecuencia

- 1.- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- 2.- A menudo tiene dificultades para guardar su turno. (A menudo no espera en la cola o no guarda su turno en juegos o situación de grupo)

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

4.- A menudo habla en exceso (sin una respuesta apropiada a las irritaciones sociales)

CUESTIONARIO FF-SIL

INSTRUCCIONES: A continuación encontrara una serie de preguntas, lea detenidamente cada una de ellas y responda con la mayor honestidad posible. Este cuestionario es anónimo, pero si usted lo desea puede anotar su nombre.

Es muy importante que **NO DEJE ENUNCIADOS SIN RESPONDER**

No.	Vivencias	Casi nunca	Poca veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Se toman decisiones para cosas importantes en la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de las demás familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguien de la familia tiene algún problema los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

