



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

División de estudios de posgrado e investigación

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD ACADÉMICA**

**SEDE: UNIDAD MÉDICO FAMILIAR No. 28**  
**MEXICALI, BAJA CALIFORNIA**

**USO DE LA CLASIFICACIÓN TRIAXIAL COMO HERRAMIENTA DE ENCUESTA  
PARA LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNO DE  
DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR PRESENTA:

**DANIELA LÓPEZ VILCHIS**

Número de registro R-2013-201-15

**PSIC. JUAN ANTONIO SÁNCHEZ CÓRDOVA**

Asesor Temático

**DRA. MARTHA LORENA NAVA MARTÍNEZ**

Asesor Metodológico

**DRA. ROSA MARÍA VIZUET MARTÍNEZ**

Profesor Titular Del Curso De Especialización

En Medicina Familiar del IMSS

MEXICALI, BAJA CALIFORNIA

ANO: 2015

## AUTORIZACIONES:

**Dra. María Elena Haro Acosta**

Coordinadora Delegacional Médica en Investigación

**Dra. Alma Lilia Ibarra Romero**

Jefatura de Enseñanza e Investigación  
Unidad de Medicina Familiar Número 28

**Dra. Rosa María Vizuet Martínez**

Profesor titular de la Especialidad en  
Medicina Familiar IMSS - UABC

**Psic. Juan Antonio Sánchez Córdova**

Asesor temático de tesis

## **AGRADECIMIENTOS:**

A Mayra Valenzuela, Alondra Vidal y Carolina Herrera por demostrarme que son mi red de apoyo sin importar la distancia.

A la familia Sánchez Saucedo por apoyarme durante el proceso de la residencia médica y a mis profesores por compartirme de sus conocimientos.

Así como a mi asesora María Martha Lorena Nava Martínez por brindarme de su tiempo, paciencia y buena energía para llevar a cabo este trabajo.

Gracias a mi madre que siempre ha sido la guía de mi camino, a mi padre por motivarme a siempre ser mejor, a mis hermanos por impulsarme con sus consejos, a mi tía por brindarme sabiduría, pero sobre todo a Dios por concebirme a mi maravillosa familia.

## Índice

	Página
<b>CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO</b>	
Marco teórico .....	08
<b>CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
2.1 Planteamiento del problema .....	15
Pregunta de investigación .....	16
2.2 Justificación .....	17
2.3 Objetivos	
2.3.1 Objetivo general .....	18
2.3.2 Objetivos específicos .....	18
<b>CAPÍTULO III MÉTODOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS</b>	
3.1 Material y métodos.....	19
3.2 Diseño del estudio .....	19
3.3 Marco Muestral .....	19
3.3.1 Delimitación del espacio.....	19
3.3.2 Población .....	19
3.3.3 Muestra .....	19
3.3.4 Criterios de Inclusión .....	20
3.3.5 Criterios de Exclusión.....	20
3.3.6 Criterios de Eliminación.....	20
3.4 Herramienta de estudio .....	20
3.5 Procedimiento.....	21
3.6 Conceptualización y operacionalización de las variables.....	21
3.7 Análisis Estadístico .....	23
3.8 Consideraciones ética.....	23
3.9 Presupuesto.....	23
Capítulo IV	
Resultados	24
Capítulo V	
Discusión	34
Capítulo VI	
Conclusión	35
Recomendaciones	36
Capítulo VII	
Bibliografía	37
Anexos	

## RESUMEN

**TÍTULO:** Uso de la Clasificación Triaxial como herramienta de encuesta para la funcionalidad Familiar en pacientes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad

Dra. Daniela López Vilchis<sup>1</sup> Dra. María Martha Lorena Nava Martínez<sup>2</sup> Psic. Juan Antonio Sánchez Córdoba<sup>3</sup>.

1. Residente de Medicina Familiar. 2. Médico Epidemiólogo UMF No. 40. 3. Psicólogo Clínico

**OBJETIVO:** Con base a la clasificación Triaxial, conocer el eje más frecuentemente afectado en familias con niños que padecen trastorno de déficit de atención atendidos en la consulta externa de neurología pediátrica del HGP/MF No. 31 de IMSS en Mexicali .BC.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se aplicó una ficha de identificación y el cuestionario Clasificación Triaxial perteneciente a la consulta externa de neuropediatría de la HGP/MF No.31 y con un hijo con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

**RESULTADOS:** El sexo predominante en los pacientes fue el masculino de los cuáles 76.41% (n=149) y 23.59% (n=46) a sexo femenino. En base a la clasificación triaxial los resultados respecto a los tres ejes fueron los siguientes: 37.4% (n=73) Eje II Disfunciones en subsistemas familiares, 35.4% (n=69) Eje I Aspectos del desarrollo de la familia y un 27.2% (n=53) en Eje III Disfunciones de la familia como sistema.

## **Introducción**

El Trastorno de déficit de atención (TDAH) es un trastorno común de la infancia y puede afectar a los niños de distintas maneras, es un trastorno conductual de más frecuente diagnóstico en edades escolares y representa un problema de alto costo para la salud pública.

En México, el TDAH se ha incrementado considerablemente en los últimos años. En la década de los 50's, uno de cada 10 mil niños presentaba este síndrome, y hoy lo padece el 12% del total de la población, según datos de la Facultad de Psicología (FP) de la UNAM.<sup>1</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta que a nivel mundial existe una prevalencia del TDAH del 5 por ciento. En los estados Unidos se da entre 2 y el 18 %. Sin embargo, en Colombia y España se ha reportado un índice del 14 y 18 por ciento.

Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan romper el equilibrio.<sup>2-5</sup>

La familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que las hace diferentes es el manejo que hacen de sus conflictos, no la ausencia o presencia de ellos.

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base a que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.<sup>2</sup>

En este estudio se aplicó la Clasificación Triaxial; ya que trabaja los tres ejes del sistema familiar. El primer eje o dimensión histórica longitudinal se registran aquellas disfunciones que ocurren como resultado de la dificultad o incapacidad de la familia para manejar adecuadamente las situaciones difíciles relacionadas con la etapa del desarrollo por la que atraviesa la familia. En el segundo eje o dimensión horizontal-seccional se registran las relaciones disfuncionales entre dos o más miembros de la familia. En el tercer eje se encuentran las disfunciones familiares de la familia como sistema.

FACES III no mide directamente la funcionalidad familiar, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo de cohesión y adaptabilidad.

Por otra parte el instrumento APGAR se aplica a diferentes miembros de familia y en distintos momentos para percibir variaciones. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar, no es una medida objetiva de la función familiar, aunque si del grado de satisfacción.

Por lo tanto en este estudio se seleccionó la clasificación triaxial ya que estudia más a detalle la disfuncionalidad familiar y los otros instrumentos evaluadores estudian a la familia en una forma más generalizada y pueden omitir información vital para realizar una intervención oportuna a las familias afectadas.

En base a artículos de Anastopoulos et al. 1996 se sospecha que existe un alto grado de disfuncionalidad familiar en pacientes con TDAH por lo tanto el objetivo del presente estudio es determinar la frecuencia de familias con disfuncionalidad, así como categorizar los diferentes grados de disfunción familiar.

## CAPÍTULO I

### Marco teórico

El trastorno por déficit de atención (TDA) fue reconocido clínicamente como una entidad independiente desde finales de la primera mitad del siglo pasado. Aún cuando, sin lugar a dudas, el problema ha existido desde mucho antes, siempre se consideró como una problemática educativa, fundamentalmente familiar y como una dificultad en el desarrollo académico. Su identificación como una condición clínica ligada a la salud se originó al caracterizar a un grupo de niños que tenían dificultades para guardar una conducta pertinente en el salón de clases, que se movían constantemente y que tenían una capacidad reducida para prestar atención. Originalmente clasificados como niños con “daño cerebral mínimo” su nomenclatura cambió con el progresivo conocimiento del problema y se aplicaron diferentes denominaciones que incluyeron “disfunción cerebral”, “disfunción cerebral mínima”, “hiperquinesia”, “niño hiperactivo” y varios otros.<sup>6</sup> El trastorno por déficit de atención (TDA) fue reconocido clínicamente como una entidad independiente desde finales de la primera mitad del siglo pasado. Aun cuando, sin lugar a dudas, el problema ha existido desde mucho antes, siempre se consideró como una problemática educativa, fundamentalmente familiar y como una dificultad en el desarrollo académico.

De acuerdo con la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un “patrón persistente de desatención y/o hiperactividad” .<sup>7</sup>

En el CIE-10 se conoce como trastorno hiperkinético (Déficit de Atención, Hiperactividad). Los síntomas más frecuentes que se describen son: los pacientes no pueden estarse quietos; están en movimiento continuo; no pueden esperar a los demás; tienen dificultades para concentrarse. Los más jóvenes, son los que tienen más dificultades para completar sus tareas escolares. Los niños con este trastorno son inquietos, se mueven constantemente, son irritables, rebeldes y en general no pueden mantenerse en una tarea por tiempo prolongado. Su aprendizaje es deficiente

y no se relaciona con la inteligencia del niño, la mayoría de ellos tienen una inteligencia normal o superior.

El TDA es un problema con características clínicas variadas que se presentan en diversos momentos de la niñez y rara vez ocurre por primera ocasión en la adolescencia. Prácticamente nunca se presenta clínicamente en la edad adulta sin que hayan existido síntomas previamente.

Los tres síntomas característicos del padecimiento son:

- a) Una incapacidad para concentrarse por periodos suficientes de tiempo.
- b) Una inquietud motora exagerada a la que también conocemos como hiperactividad o hiperquinesia.
- c) Una incapacidad para controlar las emociones.

Esta triada: inatención, hiperactividad e impulsividad, es prácticamente constante, aun y cuando debe hacerse notar que la hiperactividad puede estar ausente o puede existir una presentación con hipoactividad, que es una forma poco frecuente.

Existe otra serie de síntomas importantes que se ven de manera irregular y que frecuentemente se presentan como comorbilidad con otros padecimientos. Pueden ser indiferentes ante las actitudes presentadas por otras personas, tener depresión, dificultades con la alimentación, con el sueño, enuresis, tics motores, trastornos del aprendizaje y pérdida de la autoestima.<sup>7</sup>

Las resonancias magnéticas realizadas a personas con Trastorno de déficit de atención han demostrado consistentemente una pérdida de la asimetría normal entre ambos hemisferios cerebrales, así como una disminución en el volumen de algunas estructuras específicas. La corteza prefrontal y los ganglios basales, así como ocasionalmente el cerebelo, se ven persistentemente involucrados.<sup>6-8</sup>

Muy probablemente el Trastorno de déficit de Atención es una condición que se produce como una consecuencia final de varias causas o de la combinación de algunas

de ellas. Esto es, se trata de un problema heterogéneo sin que se conozca el significado que tienen probables factores protectores o favorecedores.

Dado que ha sido reconocido como un problema con un fuerte contenido genético (más del 60% de los pacientes tienen antecedentes familiares), el principal factor de riesgo corresponde a esta situación; los dos genes comprometidos en la etiología de este trastorno son el transportador de dopamina (DAT1) y el gen receptor de dopamina (DRD 4).

Otros factores de riesgo incluyen alteraciones ocurridas durante el embarazo, lesiones perinatales o secuelas de enfermedades cerebrales agudas en la infancia. Ninguno de ellos, sin embargo, ha podido ser demostrado como un factor consistente. Se ha logrado establecer que las mujeres que durante su embarazo abusan de drogas de consumo ilícito, fumaron o ingirieron alcohol tienen una mayor posibilidad de que el producto de ese embarazo esté afectado por trastornos de la atención, problemas cognoscitivos o en general de aprendizaje.<sup>8</sup>

Las condiciones sociales han sido también reconocidas como factores de riesgo y éstas se agrupan como desventajas sociales que incluyen pobreza, abandono, abuso o enfermedad mental en uno de los padres.

Los reportes internacionales acerca de prevalencia indican que el trastorno se encuentra presente en una mayor proporción en varones, aunque recientemente se cuestiona dicha información.<sup>10</sup>

El diagnóstico del Trastorno de déficit de atención es el ejemplo clásico del diagnóstico clínico. Esto es, se realiza mediante la toma de una historia clínica detallada y un examen físico completo, que incluye de manera fundamental la observación de la conducta. No existe ninguna prueba de laboratorio o gabinete que afirme o niegue la presencia del problema. La mayoría de las personas con Trastorno de déficit de atención tienen talentos y habilidades naturales, como cualquier niño normal, con los que pueden contar para tener éxito en la vida. En ocasiones estas personas tienden a ser extrovertidas y preparadas para actuar. Con combinaciones efectivas de medicación, nuevas destrezas y apoyo emocional, las personas con trastorno de déficit

de atención pueden desarrollar maneras de controlar su atención y minimizar sus alteraciones conductuales. El diagnóstico sigue siendo una conclusión clínica basada en el conocimiento y la experiencia del examinador.<sup>6-11</sup>

Contra lo que se creyó en algún tiempo, ahora es claro que el Trastorno de déficit de atención es un trastorno que permanece para toda la vida en un buen número de casos. De los niños escolares 85% manifestarán este trastorno en la adolescencia y de éstos, del 50% al 70% serán adultos. El tratamiento correcto durante la niñez modifica la evolución y el pronóstico en la edad adulta, volviendo más sencillo el enfrentar la problemática que se presenta en esas edades. Al entrar a en la adolescencia pueden ocurrir complicaciones diversas como son los accidentes automovilísticos, la adicción a drogas ilícitas y los embarazos no deseados. El problema más grande que enfrentan es la sensación de fracaso y la posibilidad de obtener una mala preparación académica, lo que impacta sin duda su desenvolvimiento como adultos. Están en juego las características muy positivas que pueden existir, como la creatividad, la espontaneidad y las manifestaciones muy afectuosas. Uno de los factores que puede afectar la evolución es la presencia de una importante desorganización para la vida cotidiana y para el trabajo.<sup>12</sup>

Se ha dejado establecido que el Trastorno de déficit de atención requiere de intervención. No es válida la posición de esperar a que las cosas mejoren espontáneamente, aun cuando de manera ocasional, hay que enfrentar el caso en que la familia rechaza las intervenciones que se le ofrecen.

Existiendo un desconocimiento de la exacta naturaleza de las causas y de su mecanismo de producción, y habiendo una gran cantidad de factores que influyen en su presencia y desarrollo, es claro que la prevención primaria resulta, en el mejor de los casos, compleja; sin embargo se pueden realizar intervenciones indirectas que influyan en su presentación.

Dado que la presencia de alteraciones durante el embarazo o el nacimiento pareciera jugar un papel etiológico, al menos en algunos casos, el cuidado de estas etapas podría ser un mecanismo de prevención.

Por más de medio siglo hemos conocido la utilidad del uso de medicamentos estimulantes en este trastorno. El primer fármaco de estas características que se usó fue la anfetamina, en su forma D y L-anfetamina. Posteriormente se agregaron la forma Dextro de la anfetamina, el metilfenidato, una forma de acción prolongada del mismo y el pemoline. El medicamento debe de ser tomado no solamente para mejorar en la escuela sino para poder disfrutar mejor de todos los momentos. Los pros y contras deben de ser evaluados de manera individual y cuidadosa, la terapéutica farmacológica debe de ser siempre parte de un manejo integral. Han surgido dudas con respecto al hecho de que el tomar estimulantes durante la niñez pudiera promover o facilitar el abuso de drogas de consumo ilícito durante la adolescencia. Existen ahora estudios de seguimiento de tratamiento farmacológico a largo plazo, que de manera bastante consistente muestran que no sólo no se facilita la drogadicción, sino que las personas que han sido bien manejados desde pequeñas (y esto incluye la medicación) tienen menores posibilidades de volverse adictos.<sup>11-12</sup>

Un apoyo psicológico puede ayudar a desarrollar estrategias para manejar el problema, colaborar a conservar o recuperar la autoestima y ayudar a tener una mejor aceptación de sí mismo. El trabajo de grupo y la psicoterapia personal pueden tener un papel complementario aunque nunca deben de utilizarse como alternativas únicas.

Se estima que la mitad de los niños con Trastorno de déficit atención padecen simultáneamente de otro problema de salud mental; a esto se le llama comorbilidad. Esta condición aumenta con la edad y los síntomas de estos otros trastornos pueden volverse preponderantes e incluso opacar los originales. El trastorno oposicionista desafiante se encuentra entre el 30% y 40% de los niños, los trastornos de conducta entre el 30% y 50%, la depresión entre el 10% y el 40%, la ansiedad severa en un 25%, los trastornos del aprendizaje se presentan entre el 10 y el 30% y la manía o el trastorno bipolar en un 11%.<sup>10-12</sup>

En general, se puede afirmar que los hallazgos sobre el tema reflejan un mayor riesgo de interacciones negativas entre los miembros de la familia y el niño, problemas de relación con los hermanos, tensiones e incluso rupturas de la pareja. Sin embargo la respuesta ante un hijo con Trastorno de déficit de atención e hiperactividad no es una

respuesta homogénea y no es aceptable pensar que toda familia con un hijo con este trastorno es una familia patológica.<sup>13</sup>

La familia es la unidad biopsicosocial por excelencia, al asignar este nombre ipso facto se hace referencia a la estrecha relación que mantiene con la propia definición de salud; así como al concepto de salud de los individuos que la constituyen. Más específicamente, con el fenómeno salud enfermedad, en el que la familia se presenta como uno de sus escenarios más representativos.

Como grupo social desde la familia se mantiene una actitud muy particular frente a la salud, la atención sanitaria y la propia enfermedad, a este respecto Bellon, señala: “Mediante la transmisión de creencias y valores de padres e hijos, todo el proceso que acontece desde que se reconoce la enfermedad hasta que se alcanza nuevamente el estado de salud o incluso se agravara la enfermedad y ocurriera la muerte; siempre y de manera ineludible estará influido por las conductas que se adopten en el seno del grupo familiar”.

Estas premisas señalan de manera contundente la importancia que tiene el estudio del grupo familiar, para los médicos de familia, médicos familiares, y en general para los profesionales que componen el equipo de salud.

La transmisión de valores y creencias de padres a hijos determinan la actitud que asumirá la familia sobre el proceso de prevención, tratamiento, rehabilitación e incluso la muerte. Por lo menos desde hace cincuenta años se han realizado investigaciones que esclarecen el impacto de la función familiar sobre la salud.<sup>14</sup> Los factores que influyen en la relación familia-enfermedad son los siguientes: Tipo de familia, educación de cada miembro, etapa del ciclo de vida familiar, funcionalidad familiar, Ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas, actitudes de los familiares acerca del dolor, invalidez y regímenes terapéuticos.

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características

tipológicas como son: la composición (nuclear, extensa o compuesta), el desarrollo (tradicional o moderna), la demografía (urbana, suburbana o rural), la ocupación (campesino, empleado o profesionista), la integración (integrada, semiintegrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la Jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser: autoritaria, indiferente, negligente, indulgente permisiva o recíproca con autoridad. Los límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí puede ser directa, enmascarada o desplazada. La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad, tal y como lo expresó Florenzano. Huerta-Martínez enfatizó la importancia de investigar los factores que pueden modificar la dinámica familiar.

La funcionalidad familiar es dinámica, ya que las familias no son estáticas y por lapsos o circunstancias pueden caer en crisis, y en ese momento ser disfuncionales en mayor o menor grado, y recuperarse posteriormente. Sin embargo algunas familias ante un problema no consiguen su homeostasis y la disfunción se vuelve irreparable o llegan a la desintegración, no obstante el mayor porcentaje de familias recuperan su funcionalidad sin ayuda técnica específica.

Los incidentes afectan a los miembros de una familia en forma distinta en diferentes momentos, por eso, la homeostasis familiar puede funcionar adecuadamente para ellos durante algunos periodos de la vida familiar y no durante otros. El mantenimiento de éste equilibrio es un requisito indispensable para que la familia cumpla con sus funciones eficazmente. Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez. <sup>2-15</sup>

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Satir emplea los siguientes criterios:

- 1) Comunicación: En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente; características opuestas en una disfuncional.
- 2) Individualidad: La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no sólo se toleran, sino que se estimula para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.

Los instrumentos de atención a la Familia nos permiten identificar en qué medida está cumpliendo con sus funciones básicas, y cuál es el rol que puede estar jugando en el proceso salud-enfermedad.

La clasificación triaxial es un sistema de clasificación familiar basado en 3 ejes (dimensiones) que engloban la naturaleza compleja de los problemas familiares. Los objetivos de esta clasificación son:

El primer eje o dimensión histórica longitudinal se registran aquellas disfunciones que ocurren como resultado de la dificultad o incapacidad de la familia para manejar adecuadamente para las situaciones difíciles relacionadas con la etapa del desarrollo por la que atraviesa la familia. En este primer eje, la disfunción está centrada alrededor de la dimensión del desarrollo familiar, por lo tanto se puede observar diferentes tipos de crisis o disfunciones en diversas etapas. En el segundo eje o dimensión horizontal-seccional se registran las relaciones disfuncionales entre dos a más miembros de la familia. El foco de atención está centrado en los problemas de los subsistemas que existen en la familia, este enfoque en las patologías de la familia identifica a los principales miembros hacia quienes la disfunción puede ser rastreada. En el tercer eje se encuentran las disfunciones familiares de la familia como sistema. El grupo es analizado tanto en los aspectos estructurales y funcionales como en los sociales. En este eje la familia es conceptualizada como un grupo que forma un sistema individual, y las disfunciones de la familia son revisadas con una orientación en grupos.

## **CAPÍTULO II**

### **2.1 Planteamiento del problema**

La familia, que constituye el primer agente afectivo y social del niño con Trastorno de déficit de atención e hiperactividad, en muchos casos no dispone de la información necesaria para identificar si su hijo o hija tiene un trastorno cuando éste/a empieza a mostrar conductas que implican grandes dificultades para mantener la atención, carencias en el control de impulsos y/o excesiva actividad motora, comportamientos que no parecen normales en niños y niñas de su misma edad o nivel de desarrollo.

En el momento que se sabe que un miembro de la familia cursa con esta condición existe una alteración de la dinámica familiar. Existen sentimientos negativos, negación de problema, falta de recursos para enfrentar las crisis, personas rígidas críticas e impositivas e insatisfacciones de un miembro con respecto a otros, por lo tanto debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros. Estas situaciones cada miembro de la familia las expresará de manera diferente, lo que originará cambios en su tipo de relación y habrá una serie de modificaciones para adaptarse a la nueva situación a la que se enfrentarán.

Durante la atención del niño en la consulta externa de neuropsiquiatría se observó que en la atención y seguimiento del paciente con TDAH no se evalúan las repercusiones que esta patología puede ocasionar en la familia, por lo que pueden omitirse un alto número de casos con disfunción familiar, lo que afectaría tanto la evolución del paciente como a la integración familiar.

### **Pregunta de investigación**

Con base a la clasificación triaxial ¿Cuál es el eje más frecuentemente afectado en familias con niños que padecen trastorno de déficit de atención atendidos en la consulta externa de neuropsiquiatría del HGP/MF No. 31 de IMSS en Mexicali, B.C.?

## **2.2 Justificación**

El Trastorno de déficit de atención e hiperactividad representa uno de los motivos más frecuentes de consulta en pediatría debido a las consecuencias que tiene en los diferentes ámbitos de la vida. Las repercusiones potenciales sobre el desarrollo y el ajuste socio-personal y familiar de la persona afectada hacen que sea uno de los trastornos que más se ha investigado en los últimos años. Sin embargo, los estudios se han centrado en el trastorno en sí, la etiología, el diagnóstico y el tratamiento, y no tanto en el análisis de las relaciones entre el desarrollo del trastorno y el entorno familiar del niño que lo padece.

Se cree que en México este trastorno afecta a 1 millón y medio de niños y niñas menores de 14 años de edad, estas cifras lo revelan como un problema de salud pública.<sup>1</sup>

En el HGP/MF No. 31 durante el año 2014 se otorgó un total de 5,800 consultas pediátricas de las cuales el 36.44% correspondieron a la consulta externa de neuropediatría. Siendo el trastorno de déficit de atención e hiperactividad uno de los diagnósticos más frecuentes de atención en esta población calculando hasta un 50 % de acuerdo a base de datos del SIAIS.

La familia ejerce una influencia de primer orden a lo largo del desarrollo de un niño, es la encargada de llevar a cabo el proceso de socialización de los hijos con el objetivo de que estos adquieren habilidades, hábitos de conducta y valores que les permitan desarrollar sus potencialidades como individuos en relación con las exigencias de su entorno.

El sistema familiar del niño con Trastorno de déficit de atención e hiperactividad puede entenderse como un circuito de retroalimentación ya que la conducta del niño con Trastorno de déficit de atención e hiperactividad afecta a todos en general, y a su vez afectada por las conductas de cada miembro del sistema familiar.

A partir de considerar el concepto de retroalimentación, es posible preguntarse cuáles son las conductas dentro del sistema familiar que producen una retroalimentación negativa, haciendo perdurable el comportamiento del niño con trastorno de déficit de atención. Se pretende demostrar la importancia de evaluar el grado de funcionalidad familiar por ejes y cuál es el más frecuentemente afectado en familias de pacientes con TDAH que permita una retroalimentación positiva del sistema permitiendo el cambio.

## **2.3 Objetivos**

### 2.3.1 Objetivo general

Conocer el eje más frecuentemente afectado en base a la clasificación Triaxial en familias con niños que padecen trastorno de déficit de atención atendidos en la consulta externa de neuropsiquiatría del HGP/MF No. 31 de IMSS en Mexicali, B.C.

### 2.3.2 Objetivos específicos

- Conocer en qué sexo es más frecuente el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.
- Conocer la edad más frecuente de presentación del TDAH en la población de estudio
- Conocer la frecuencia de alteración de cada eje en base a la Clasificación Triaxial.
- Conocer la tipología familiar más frecuente en base a la estructura familiar en la población de estudio.

## **CAPÍTULO III**

### **Métodos y análisis estadístico**

#### **Metodología**

##### **3.1 Material y métodos**

##### **3.2.- Diseño de estudio**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, no probabilístico.

##### **3.3. Marco muestral**

###### 3.3.1. Delimitación del espacio

Hospital de Gineco- Pediatría y Medicina Familiar No. 31 Mexicali, Baja California

###### 3.3.2. Población de estudio

Familias de paciente con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en la consulta externa de neuropediatría mayo 2013-2014 en Hospital Gineco- pediatría y Medicina Familiar No. 31 IMSS en Mexicali.

###### 3.3.3. Muestra

La presente investigación se llevó a cabo con un procedimiento de muestreo tipo no probabilístico a conveniencia en el periodo de mayo 2013 a mayo del 2014, a familiares del paciente con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad de la consulta externa de Neuropediatría en Hospital Gineco –pediatría y Medicina Familiar No. 31 IMSS en Mexicali B.C.

Se estudiaron un total de 195 niños con diagnóstico de TDAH y sus familias.

###### 3.3.4 Criterios de inclusión

- Niño con diagnóstico de Trastorno de déficit de atención e hiperactividad que acudieron a consulta externa de neuropediatría del HGP/MF No.31 Del IMSS durante el periodo de mayo de 2013 a mayo del 2014

- Padre o tutor de niño con diagnóstico Trastorno de déficit de atención e hiperactividad que acudieron a consulta externa de neuropediatría del HGP/MF No.31 Del IMSS durante el periodo de mayo de 2013 a mayo del 2014

### 3.3.5 Criterios de exclusión

-Pacientes con otras comorbilidades (como Asperger, Síndrome de Down, Autismo, Tics, etcétera).

-Tutores que no aceptaron el consentimiento informado.

-Pacientes y familiares que acudieron a la consulta externa de neuropediatría sin diagnóstico de trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

### 3.3.6 Criterios de eliminación

-Personas que una vez iniciada la encuesta no desee seguir participando.

## 3.4 Herramienta de recolección de datos

### 1. Encuesta cerrada.

Se utilizó la encuesta tipo clasificación triaxial que fue validada por Tseng en 1979 la cual ha sido utilizada en diferentes investigaciones anteriores. Esta encuesta consta de 48 preguntas y evalúa los aspectos del desarrollo de la familia, subsistemas en la familia y la familia como un grupo o sistema. Se aplicó mediante un cuestionario con opciones previamente estandarizadas. La calificación de la encuesta y el respectivo diagnóstico se establece al cotejar las respuestas del paciente con la plantilla de respuestas diseñada para el estudio

## **3.5 Procedimientos de recolección de la información**

Una vez valorado y aprobado el protocolo se acudió al Hospital Gineco- Pediatría y Medicina Familiar No.31, B.C. por la autorización correspondiente para la realización

del presente estudio. Posteriormente en el servicio de consulta externa de neuropediatría se solicitó la participación voluntaria a los familiares de pacientes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad que acudieron a la consulta en días alternados informándoles en qué consistiría su participación la cuál era el responder un cuestionario tipo encuesta. A los pacientes que aceptaron se les proporcionó el consentimiento informado y se les aplicó la ficha de identificación y el cuestionario de clasificación triaxial. La información obtenida del total de pacientes encuestados se registró en una base de datos para el análisis de la misma.

### 3.6 Conceptualización y operacionalización de las variables

#### Definición conceptual

Variable Dependiente: Funcionalidad familiar.

Variable Independiente: Trastorno de Déficit de Atención e hiperactividad.

#### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	OPERACIONALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Números naturales(0,1,2,3,4	Cuantitativa discreta
<b>Sexo</b>	Por lo general, existen dos sexos: en la especie humana se utilizan preferentemente los términos masculino y femenino. Esta distinción depende del órgano sexual del individuo, distinto para cada género.	Masculino = 1 Femenino = 2	Cualitativa nominal

<b>Funcionalidad Familiar</b>	Se valora de acuerdo a los resultados de los instrumentos aplicados, clasificación triaxial sistema familiar basado en 3 ejes (dimensiones) que engloban la naturaleza compleja de los problemas familiares.	De acuerdo a la clasificación Triaxial:  1) Eje I: Disfunciones del desarrollo familiar  2) Eje II: Disfunciones en los subsistemas familiares  3) Eje III: Disfunciones de la familia como Sistema.	Cualitativa nominal
<b>Déficit de atención</b>	Trastorno que se inicia en la infancia y se caracteriza por dificultades para mantener la atención, hiperactividad o exceso de movimiento e impulsividad o dificultades en el control de los impulsos.	SI: 1  NO: 2	Cualitativa, nominal
<b>Tipo de familia</b>	Clasificación familiar en base a la estructura de la misma	-Nuclear -Monoparental -extensa	Cualitativa, nominal

### 3.7 Análisis de datos

Una vez capturada la información requerida, se utilizó estadística descriptiva utilizando medidas de tendencia central (media aritmética), frecuencias y porcentajes de los eventos mencionados utilizando el programa Excel 2007.

### **3.8 Consideraciones éticas**

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptadas en las normas establecidas en la declaración de Helsinki de 1964, revisada en Tokio en 1975, en Venecia en 1983 y en Hong Kong 1989. La presente investigación es acorde con los lineamientos de materia de investigación, ética y se encuentran establecidos en las normas e instructivos internacionales. Antes del inicio del estudio el protocolo será sometido al comité local de investigación de la unidad hospitalaria y autoridades competentes, conforme a los requisitos legales locales, así como representación sindical para su visto bueno.

### **3.9 Presupuesto**

Fue cubierto por el investigador principal de la presente investigación.

## CAPÍTULO IV

### Resultados

Descripción general de la muestra:

Se obtuvo una muestra total de 195 pacientes con una muestra a conveniencia obtenida de mayo 2013 a mayo 2014. De los cuales 76.41% (n=149) correspondían a sexo masculino y 23.59% (n=46) a sexo femenino.

**Tabla 1. Frecuencia según el género de niños con déficit de atención atendidos en neuropsiquiatría del HGP/MF No. 31 de IMSS de mayo 2013 a mayo de 2014.**

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	149	76.41
FEMENINO	46	23.59
TOTAL	195	100

**Gráfica 1. Frecuencia según el género de niños con déficit de atención atendidos en neuropsiquiatría del HGP/MF No. 31 de IMSS de mayo 2013 a mayo de 2014.**



Fuente: Ficha de Identificación

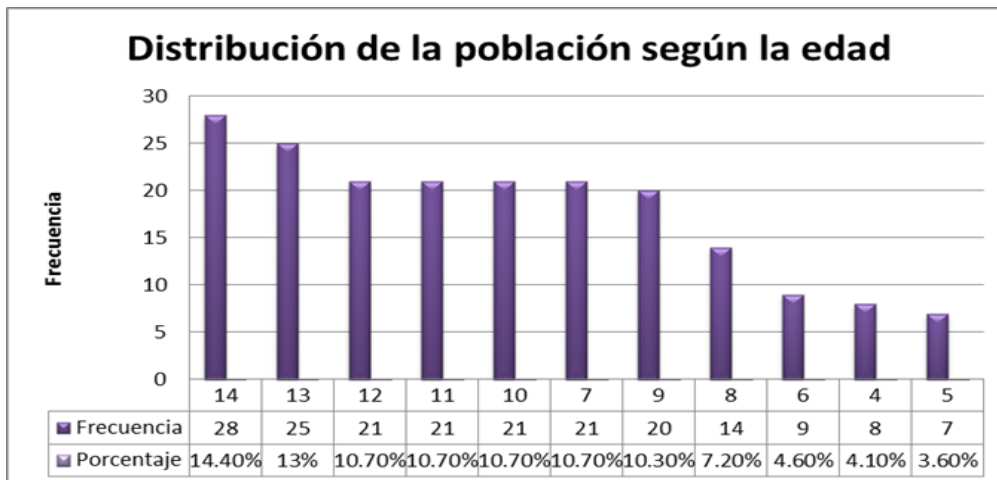
Rango de edad:

La edad de los niños incluidos en el estudio fue de 4 a 14 años. El grupo con mayor número de integrantes fue el de 14 años de edad con un porcentaje de 14.4% (n=28), seguido por el grupo de 13 años con un porcentaje de 13% (n=25). Siendo el de menor número de integrantes el de 5 años, porcentaje 3.6% (n=7). Gráfica 2

**Frecuencia según rango de edad de niños con déficit de atención atendidos en neuropediatría del HGP/MF No. 31 de mayo de 2013 a mayo de 2014**

Edad	N	Mínimo	Máximo	Media
<b>Rango</b>	195	4 (4%)	14 (14%)	9.28

**Gráfica 2. Distribución por edad de la población de niños con déficit de atención atendidos en neuropediatría del HGP/MF No.31 de mayo de 2013 a mayo de 2014 .**



**Fuente: Ficha de Identificación**

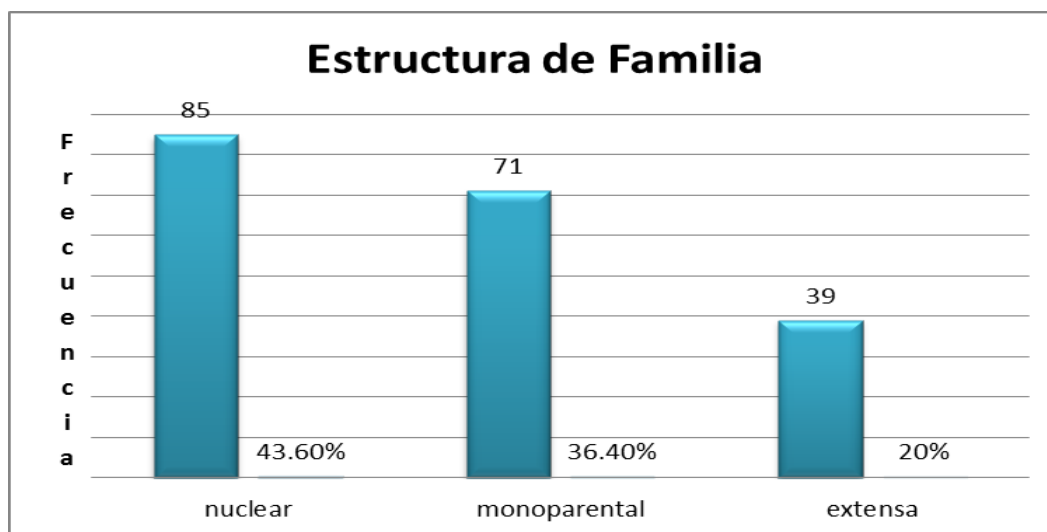
Estructura de las familias:

De acuerdo a la clasificación de las familias en base a su estructura, en mayor porcentaje se encontraron familias nucleares en un 43.6% (n=85) seguidas de monoparentales en un 36.4% (n=71), y finalmente familias extensas en un 20% (n=39).

**Tabla 4.- Frecuencia de tipo de familia en base a su estructura, de niños con déficit de atención atendidos en neuropediatría del HGP/MF No.31 de mayo de 2013 a mayo de 2014**

Tipo de Familia	Frecuencia	Porcentaje
Monoparental	71	36.40%
nuclear	85	43.60%
extensa	39	20%
Total	195	100

**Gráfica 4.- Frecuencia de tipo de familia en base a su estructura, de niños con déficit de atención atendidos en neuropediatría del HGP/MF No. 31 de mayo de 2013 a mayo de 2014**



**Fuente: Ficha de Identificación**

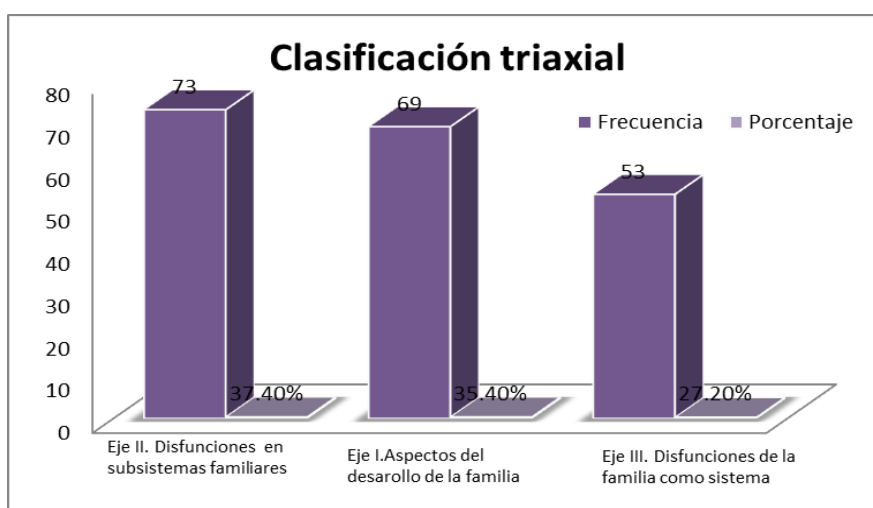
## CLASIFICACIÓN TRIAXIAL

En base a la clasificación triaxial los resultados respecto a los tres ejes fueron los siguientes: 37.4% (n=73) Eje II Disfunciones en subsistemas familiares, 35.4% (n=69) Eje I Aspectos del desarrollo de la familia y un 27.2%(n=53) en Eje III Disfunciones de la familia como sistema.

**Tabla 5. Distribución de frecuencia de ejes de clasificación triaxial en familias de niños con déficit de atención atendidos en neuropsiquiatría del HGP/MF No. 31 de mayo de 2013 a mayo de 2014**

Eje clasificación	Frecuencia	Porcentaje
EJE I	69	35.4
EJE II	73	37.4
EJE III	53	27.2
Total	195	100

**Gráfica 5. Distribución de frecuencia de ejes de clasificación triaxial en familias de niños con déficit de atención atendidos en neuropsiquiatría del HGP/MF No. 31 de mayo de 2013 a mayo de 2014**



**Fuente: Encuesta Clasificación Triaxial.**

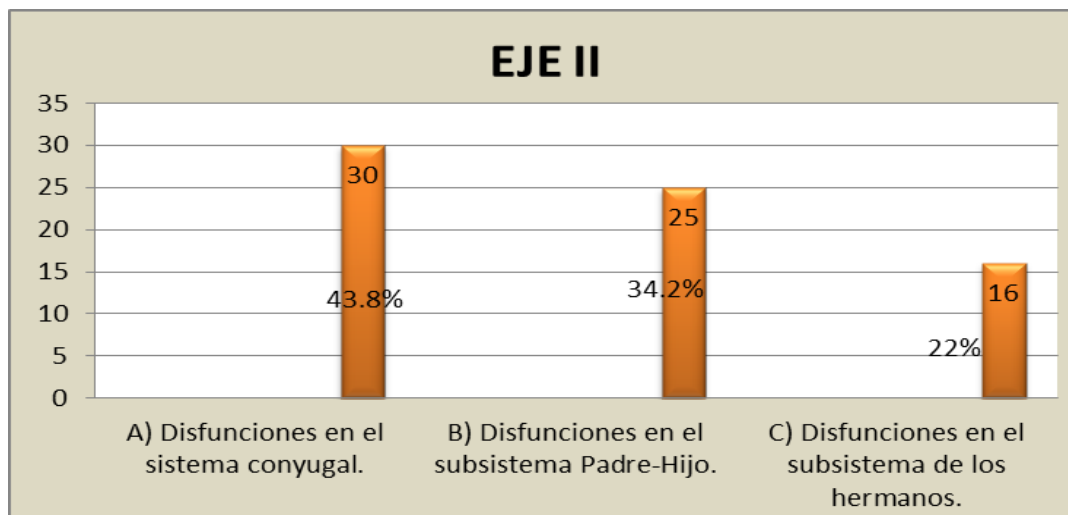
Disfunción en los subsistemas familiares:

En cuanto al Eje II el resultado fue el siguiente: El 43.8% (n=30) resulto con disfunción en el sistema conyugal, el 34.2% (n=25) en el subsistema padre-hijo, y disfunción en el subsistema de hermanos el 22% (n=16)

**Tabla 6. Distribución del EJE II en familias de niños con déficit de atención atendidos en neuropsiquiatría del HGP/MF No. 31 de mayo de 2013 a mayo de 2014.**

EJE II	Frecuencia	Porcentaje
A) Sistema conyugal	32	43.8
B) Subsistema padre-hijo	25	34.2
C) Subsistema hermanos	16	22
Total	73	100

**Gráfica 6. Distribución del EJE II en familias de niños con déficit de atención atendidos en neuropsiquiatría del HGP/MF No. 31 de mayo de 2013 a mayo de 2014.**



**Fuente: Encuesta Clasificación Triaxial.**

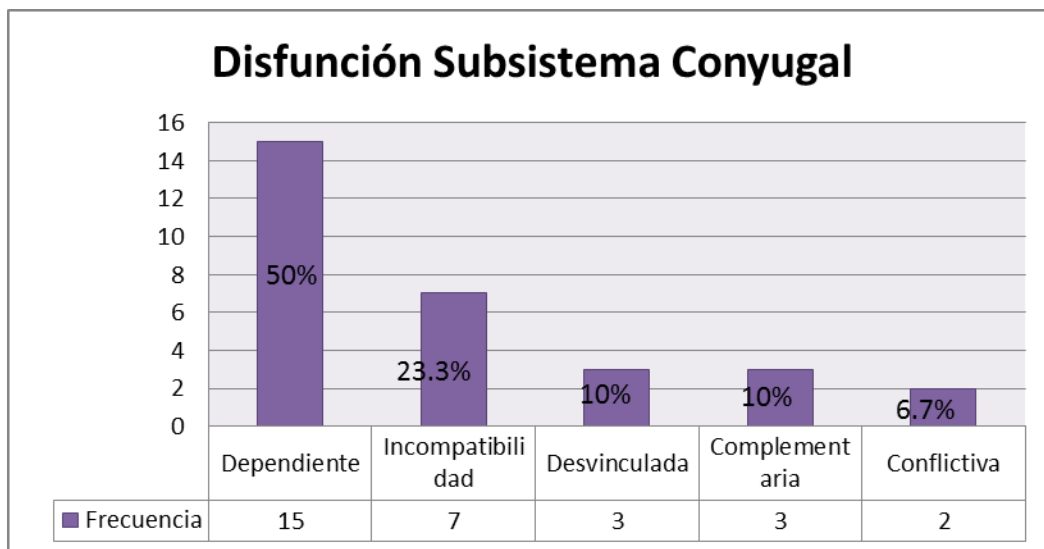
Disfunción del subsistema conyugal:

Dentro de la Disfunción en el sistema conyugal el resultado fue el siguiente disfunción marital dependiente 50% (n=15), Disfunción marital por incompatibilidad en un 23.3% (n=7).

**Tabla 7. Distribución de frecuencia en base a disfunción en sistema conyugal.**

Tipo de disfunción del sub-sistema conyugal	Frecuencia	Porcentaje
Complementaria	3	10
Conflictiva	2	6.7
Dependiente	15	50
Desvinculada	3	10
Incompatibilidad	7	23.3
Total	30	100

**Gráfica 7. Distribución de frecuencia en base a disfunción en sistema conyugal.**



**Fuente: Encuesta Clasificación Triaxial**

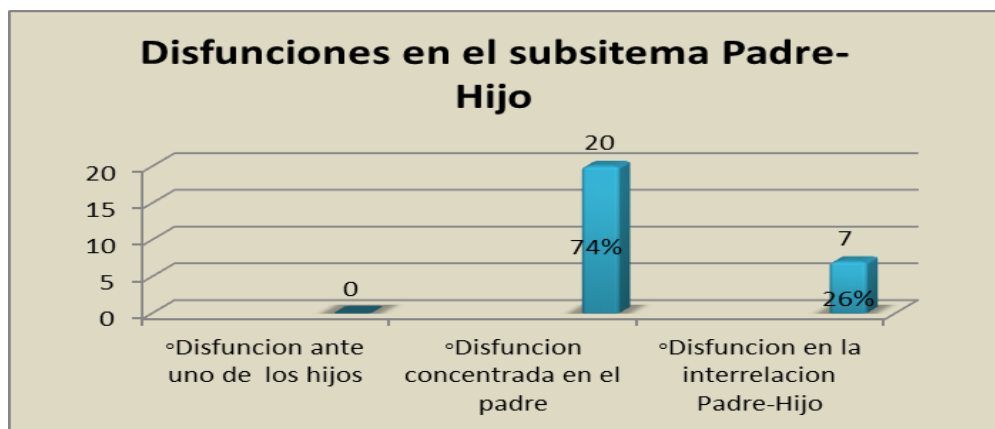
Disfunción en el subsistema padre – hijo:

Dentro de la Disfunción en el subsistema padre-hijo el resultado fue el siguiente disfunción concentrada en el padre 74% (n=20), Disfunción interrelación Padre-Hijo en un 26% (n=7).

**Tabla 8. Distribución de frecuencia en base a la disfunción en el subsistema padre-hijo.**

Tipo de disfunción en el subsistema padre-hijo	Frecuencia	Porcentaje
Ante uno de los hijos	0	0
Concentrada en el padre	20	74
Interrelación Padre-Hijo	7	26
Total	27	100

**Gráfica 8. Distribución de frecuencia en base a la disfunción en el subsistema padre-hijo.**



**Fuente: Encuesta Clasificación Triaxial.**

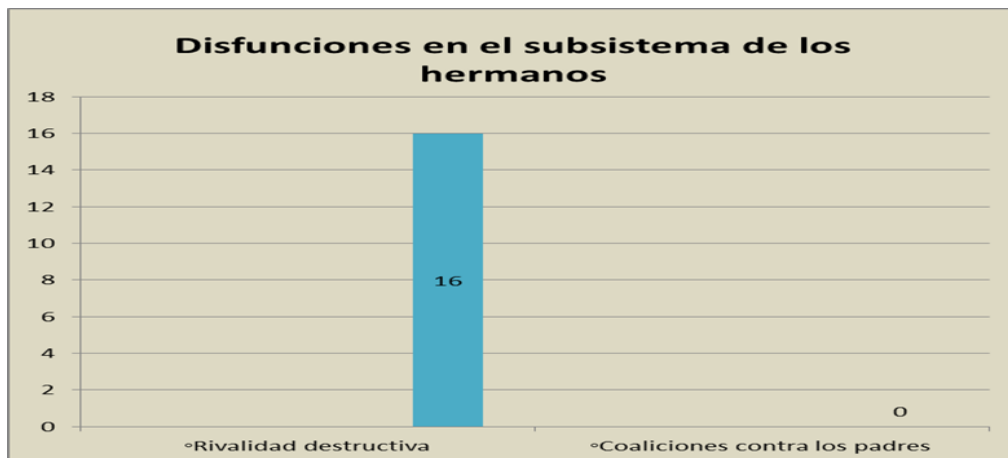
Subsistema de los hermanos:

En cuanto a la Disfunción en el subsistema de hermanos el resultado fue el siguiente Rivalidad Destructiva en el 100% (n=16).

**Tabla 9. Distribución de frecuencia en base a la disfunción en el subsistema de los hermanos.**

Tipo de disfunción en el subsistema de hermanos	Frecuencia	Porcentaje
Rivalidad destructiva	16	100
Coaliciones contra los padres	0	0
Total	16	100

**Gráfica 9. Distribución de frecuencia en base a la disfunción en el subsistema de los hermanos.**

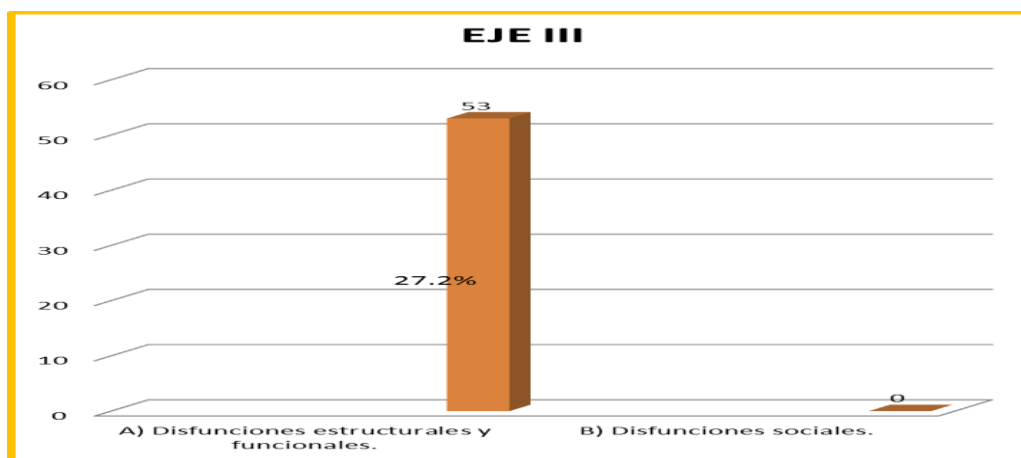


**Fuente: Encuesta Clasificación Triaxial.**

Disfunción de la familia como sistema:

En cuanto al Eje III disfunciones de la familia como sistema el resultado fue el siguiente: El 27.2% (n=53) resulto con disfunciones estructurales y funcionales mientras que no se encontraron disfunciones sociales.

**Gráfica 10. Distribución de frecuencia en base a las disfunciones de la familia como sistema.**



**Fuente: Encuesta Clasificación Triaxial.**

Disfunción estructural y funcional de la familia:

Dentro de las disfunciones estructurales y sociales El 79.2% (n=42) resultó con familia con rendimiento disminuido donde la familia está integrada pero no se cumplen roles, El 15.1% (n=8) con familia sobre estructurada, un 3.8% (n=2) familia desvinculada emocionalmente, y por último con un 1.9% (n=1) familia patológicamente integrada

EJE III	Frecuencia	Porcentaje
---------	------------	------------

**Tabla 11.**  
**frecuencia**  
**funcionales**

a) Rendimiento disminuido	42	79.2
B)Sobre estructurada	8	15.1
C)Patológicamente integrada	1	1.9
d)Desvinculada emocionalmente	2	3.8
E)Desorganizada	0	0

**Distribución de en base a las disfunciones estructurales y de la familia.**

**Gráfica 11. Distribución de frecuencia en base a las disfunciones estructurales y funcionales de la familia.**



**Fuente: Encuesta Clasificación Triaxial.**

## **CAPÍTULO V**

### **Discusión**

Se determinó que la frecuencia según el género de los pacientes con trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad es más frecuente en el género masculino siendo el 76.41% de la población y en el sexo femenino 23.59%, corroborando con la literatura que el trastorno es más común en hombres que en mujeres, con proporciones que van desde el 2:1 y 9:1, en esta investigación la proporción de acuerdo al sexo masculino oscila de 3:1.

En la literatura <sup>(1)</sup> se menciona que surgen conflictos en el subsistema conyugal por tener un niño con TDAH cursando la pareja con estrés al cuidar y criar un hijo con esta patología, en nuestro estudio encontramos que existe un 43.8 % de disfunción en el subsistema conyugal y que de este lo más frecuente es el tipo dependiente, seguido por incompatibilidad, dándose en un mismo grado la disfunción marital complementaria así como desvinculada y solo un porcentaje menor el de tipo conflictivo.

Dentro de la disfunción en el subsistema padre-hijo las dificultades se centraron en uno de los padres en un 74% y en menor porcentaje se observó una disfunción en la interrelación padre-hijo. En el subsistema de hermanos se encontró rivalidad destructiva entre ellos, ya que un niño con TDAH absorbe mucha más atención de sus padres. La mayoría de las veces, los hermanos notan esta diferencia de trato, lo que puede generar en ellos un gran resentimiento.

Sin embargo, no existen reportes nacionales o internacionales sobre la frecuencia de disfunción familiar en estos casos, tampoco hay estudios previos publicados dónde se empleó la clasificación triaxial como instrumento de evaluación. Por lo que no fue posible realizar una comparación. Se eligió este instrumento ya que engloba la naturaleza compleja de los problemas familiares y fue el más adecuado para este tipo de investigación.

## **CAPÍTULO VI**

### **Conclusiones**

A través de este estudio se puede concluir que las familias que asisten a consulta externa de neuropsiquiatría HGP/MF No.31 y que tienen un hijo diagnosticado con TDAH representan el 50% de la consulta de esta especialidad.

En cuanto a la clasificación de las familias en base a su estructura, se encontró en mayor porcentaje el tipo familiar nuclear representando el 43.6%, seguidas de las monoparentales en un 36.4% y familias extensas en un 20%. No es el entorno familiar la causa original del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, pero sí se cree que el entorno familiar, como variable, mantiene una estrecha relación con la amplificación de la sintomatología y también el curso del desarrollo del TDAH. Se considera que es dentro del núcleo familiar donde el niño adquiere su patrón de comportamiento en la sociedad.

Se demostró que en base a la clasificación Triaxial el 100% de las familias sufren de disfunción, donde el eje mayormente afectado es el eje II Disfunción de los subsistemas familiares. Dentro de este eje se encontró afectado más frecuentemente el subsistema conyugal, el cual de no ser atendido a tiempo pudiera terminar en una ruptura familiar, con todas las consecuencias que esta conlleva. Por lo tanto nuestro estudio deja el camino abierto para continuar más investigaciones en este campo y determinar la importancia de incluir en forma sistemática la evaluación de la funcionalidad en las familias de pacientes con este trastorno a fin de realizar una intervención oportuna en los casos requeridos y mejorar la integración de estos individuos a la sociedad.

## **Recomendaciones**

Para los clínicos que se encuentran en esta institución, esto les ayudaría a entender y desarrollar una orientación adecuada a los padres con hijos con TDAH. Gracias a esta información, la intervención terapéutica se puede dirigir a cambios de actitud en la pareja, y desarrollar un mejor entorno familiar para el niño con este trastorno.

Además se considera que tener un psicólogo en cada unidad familiar es fundamental para el buen funcionamiento familiar. De igual forma se requiere de un equipo multidisciplinario, ya que muchas de las psicopatologías en la familia son consecuencias del estrés y la desinformación sobre el tratamiento integral que requiere un niño con TDAH y su familia.

## Bibliografía

1. Vincent S. Impacto familiar del escolar con trastorno de deficit de atencion e hiperactividad. Revista medica de la Universidad Veracruzana. 2008 Enero; 8(1).
2. Huerta J. Estudio de salud familiar en programa de actualizacion continua en medicina familiar. 1st ed. Mexico: Intersistemas 4; 1999.
3. Portal ilberoamericano de marketing farmaceutico PM farma. [Online].; 2009 [cited 2013 Enero 18. Available from: [www.pmfarma.com.mx/3859-tdah-en-mexico-un-problema-de-salud-publica.html](http://www.pmfarma.com.mx/3859-tdah-en-mexico-un-problema-de-salud-publica.html).
4. Mora JF. Programa especifico de trastorno por deficit de atencion. [Online].; 2006 [cited 2013 Febrero 23. Available from: [http://www.ssm.gob.mx/pdf/salud\\_mental/guias\\_tecnicas/tda.pdf](http://www.ssm.gob.mx/pdf/salud_mental/guias_tecnicas/tda.pdf).
5. P. A. Comorbilidad en el trastorno por deficit de atencion/hiperactividad. Neurologia. 2003; XXXVI(1).
6. Allen Frances MBFHAP. DSM-IV-TR J. BM, editor. Barcelona: Masson; 2002.
7. Prest. Ma. Jesús VPAM. Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. Escritos de Psicología. 2009; 2(3).
8. DeMaria Robert D. Guide to stop ADHD in 18 days USA: Drudless Healthcare Solutions; 2007.
9. Goldman LS GMBRSP. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. JAMA. 1998 Abril; 279(14).
10. Osorio Adriana AMA. Introduccion a la Salud Familiar. 1st ed. San Jose, Costa Rica; 2009.
11. Benavente IM. Trastorno de deficit de atencion con hiperactividad: clínica y diagnóstico. [Online].; 2011 [cited 2013 Enero 20. Available from: <http://www.paidopsiquiatria.com/trabajos/adhd3.pdf>.
12. M. PD. Evaluacion estructural del funcionamiento familiar a travez de la entrevista. Red de revistas cientificas de America Latina, El Caribe, España y Portugal. 2001 Mayo; 24(2).
13. B. Rosello RGCR TM. El Papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por deficit de atencion con hiperactividad y aprendizaje de los niños con trastorno por deficit de atencion con hiperactividad. Neurologia. 2010 Junio; 50(3).
14. Irigoyen-Coria GC. Seleccin y analisis de instrumentos para la evaluacion de la estructura de la funcionalidad familiar. Archivos en Medicina Familiar. 1999 Julio-Agosto; 8(4).

15. Irigoyen-Coria. A. Nuevos fundamentos de medicina familiar. 1st ed. Mexico: Medicina Familiar Mexicana; 2002.

## Anexos

### Anexo1

#### ENCUESTA PERSONAL

Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa):

Número de teléfono del paciente:

Ficha de datos generales las siguientes son algunas preguntas que se refieren a información general de usted o su ocupación.

Por favor seleccione una sola respuesta para cada pregunta y márquela o escríbala en la línea. Escriba con letra clara y legible.

-Nombre completo: \_\_\_\_\_ Sexo:

-Año de nacimiento: \_\_\_\_\_

-Estado civil:

Soltero (a): \_\_\_\_\_ Casado (a): \_\_\_\_\_ Unión libre: \_\_\_\_\_ Separado (a): \_\_\_\_\_ Divorciado (a): \_\_\_\_\_

Viudo (a): \_\_\_\_\_

-Ultimo nivel de estudios que alcanzo (marque una sola opción):

Ninguno: \_\_\_\_\_ Primaria incompleta: \_\_\_\_\_ Primaria completa: \_\_\_\_\_ Bachillerato incompleto: \_\_\_\_\_

Bachillerato completo: \_\_\_\_\_ Profesional incompleto: \_\_\_\_\_ Profesional completo: \_\_\_\_\_

Carrera militar / policía: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

-¿Cuál es su ocupación o profesión? \_\_\_\_\_

-Seleccione y marque los servicios públicos de su vivienda:

Agua: \_\_\_\_\_ Luz eléctrica: \_\_\_\_\_ Drenaje: \_\_\_\_\_ Pavimentación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Internet: \_\_\_\_\_

Tipo de vivienda:

Propia: \_\_\_\_\_

Rentada: \_\_\_\_\_

-Número de personas que dependen económicamente de usted (aunque vivan en otro lugar): \_\_\_\_\_

Gracias.



2 O MENOS

3 O 5

MAS DE 6

10. Es usted actualmente el que da todas las atenciones y cuidados a sus hijos, ya sea por divorcio, viudez o separación informal.

SI

NO

11. El tener toda la responsabilidad de atender y cuidar de sus hijos le representa problemas

SI

NO

12. Estos son principalmente de tipo:

ECONOMICO

FAMILIAR

OTROS (ESPECIFICAR)

13. En caso de que usted haya integrado a otra familia, diría que sus miembros están cumpliendo con su responsabilidad y tomando su respetivo lugar.

SI

NO

14. El divorcio, separación informal de los padres, la falta o pérdida de un miembro han traído consigo inestabilidad y problemas que no se han resuelto.

SI

NO

EJE II A) Disfunciones en el sistema conyugal 15. En la relación con su pareja es común que se presenten riñas agresiones verbales, físicas, chantajes, separaciones, etc.

SI

NO

16. Considera usted normal la situación anterior

SI

A VECES

NO

17. Que tan severo considera el problema INSOPORTABLE TOLERABLE INSIGNIFICANTE 18. Considera usted que su papel de cónyuge es aceptar todo lo que sea

SI

A VECES

NO

19. En la relación con su pareja considera usted que existe competencia por ser quien tome las decisiones, acciones e iniciativas usted y su pareja.

SI

A VECES

NO

20. En qué porcentaje diría que se reparten las responsabilidades entre usted y su pareja (hombre/mujer)

100/0                                      75/25                                      50/50                                      25/75

21. Considera que entre usted y su pareja hay buena comunicación.

SI                                      A VECES                                      NO

22. Siente usted la confianza suficiente para comunicar cualquier problema, de cualquier tipo, en cualquier momento a su pareja.

SI                                      A VECES                                      NO

23. Cuando se comunica o habla con su pareja lo hace de manera clara, directa sin temores.

SI                                      A VECES                                      NO

24. Comparte usted con su pareja las mismas ideas, gustos, hábitos, creencias, normas morales, sentimientos, etc.

TODAS                                      ALGUNAS                                      NINGUNA

25. Que tan identificado o afín se considera con su pareja

TOTALMENTE                                      LO SUFICIENTE                                      MUY POCO  
NADA

B) Disfunciones en el subsistema padre (s) hijos (s) (parental) 26. Considera usted adecuada la forma de criar y educar a sus hijos

SI                                      A VECES                                      NO

27. Considera usted adecuada la relación suya y de su conyugue con sus hijos

SI                                      A VECES                                      NO

28. Se da el caso en su familia que por costumbre, enfermedad u otro motivo en algún hijo se centre la atención, problemas, iniciativas, etc.

SI                                      NO

29. Considera usted que por alguna razón existe relación especial que sobresalga en su familia, entre algún padre y algún hijo.

SI                                      NO

30. En caso de ser sí, las causas de dicha relación es principalmente  
ECONOMICO                      PSICOLÓGICA                      FAMILIAR  
OTROS (ESPECIFICAR)

31. Existe alguna relación especial entre ambos padres y algún hijo  
SI                                      NO

32. La causa de esta relaciones de tipo  
ECONOMICO                      PSICOLÓGICA                      FAMILIAR  
OTROS (ESPECIFICAR)

C) Disfunciones en el subsistema de los hermanos (fraternal) 33. Considera usted adecuada la relación entre sus hijos como hermanos.

SI                      A VECES                      NO

34. De acuerdo a su edad y lugar en su familia toman sus hijos sus respectivos lugares y responsabilidades.

SI                                      A VECES                                      NO

35. Considera usted adecuada la relación entre hijos y padres

SI                                      A VECES                                      NO

EJE III A) Disfunciones estructurales y funcionales.

36. Considera usted que en su familia cada miembro asume su lugar y funciones respectivas

SI                                      A VECES                                      NO

37 Considera usted que habitualmente su familia cumple con las metas y planes que se fijan

SI                                      A VECES                                      NO

38. Si cumple con las metas que se trazan en que porcentaje

100                      75                      50                      25

39. Considera usted que la conducta y funciones de su familia habitualmente son demasiado rígidas



### Anexo 3

#### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

1	Introducción al curso para la elaboración de protocolo	Marzo 2012
2	Revisión de Bibliografía	Marzo 2012
3	Elección del Tema	Marzo 2012
4	Planteamiento del problema	Abril 2012
5	Objetivos y Justificación	Abril 2012
6	Elaboración del Marco teórico	Julio 2012
7	Elaboración de criterios de inclusión y exclusión	Agosto 2012
8	Operalización de las variables	Diciembre 2012
9	Presentación del Protocolo	Mayo 2013
10	Revisión gramatical de la narración del protocolo	Agosto 2013
11	Se envía proyecto a comité local de investigación (SIRELSIS)	Octubre 2013
12	Recolección de datos	Mayo 2012-Feb 2014
13	Ordenamiento de datos	Octubre 2013
14	Análisis de datos	Marzo 2013
15	Revisión final de protocolo	Julio 2014
16	Impresión y encuadernado de protocolo	Julio 2014
17	Entrega de la versión final de la Tesis (empastada y en formato PDF en CD)..	Agosto 2014

## Anexo 4

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN  
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

Mexicali B.C. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2013

Por medio de la presente autorización por mí:

---

Participe en el protocolo de investigación titulado: "Uso de la clasificación triaxial como herramienta de estudio para funcionalidad familiar en pacientes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad en hospital Gineco-Pediatría No.31 del IMSS, Mexicali. "Registro ante el Comité Local de Investigación en Salud o la Comisión Nacional de Investigación:

---

El objetivo del estudio es: Con base a la clasificación Triaxial, conocer el eje más frecuentemente afectado en familias con niños que padecen del trastorno de déficit de atención atendidos en la consulta externa de Neuropediatría del HGP/MF No. 31 de IMSS en Mexicali .BC.

Por medio del presente declaro que se me ha informado acerca de mi participación en este estudio, así como no correr ningún riesgo para mi salud, ni de mi familiar.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para el tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con el tratamiento de mi familiar o representado (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirar del estudio a mi familiar o representado en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se identificará a mi familiar o representado en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con la privacidad de mi familiar o representado serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera

hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia de mi familiar o representado en el mismo

Daniela Lopez-Vilchis/matricula 98020738

---

Nombre, firma y matrícula

---

Nombre y firma de ambos padres o tutores  
matrícula del Investigador Responsable  
O representante legal

Nombre, firma y

Testigo

---

Nombre y firma

Testigo

---

Nombre y firma

## **Glosario**

-Disfunción familiar primaria refiere a la disfunción de la pareja al no poder desligarse de la familia de origen.

-Disfunción relacionada con la crianza de los hijos refiere Patrones de crianza de los padres chocan entre sí.

-Disfunción marital en la madurez refiere diferenciación de los roles y aspectos de la separación.

-Familia interrumpida se refiere aquella en la que la unión conyugal se disuelve ya sea por separación o divorcio.

-Familia con un solo padre por consecuencia de complicaciones en el desarrollo como el fallecimiento, separación o divorcio.

-Familia reconstruida refiere una pareja heterosexual, en la cual uno o ambos miembros son divorciados, con uno o más hijos de su matrimonio anterior.

-Disfunción marital complementaria refiere subtipo de cónyuge parental que asegura a su compañero una atención especial. "deseoso a que lo salven"

-Disfunción marital conflictiva- refiere tendencias contrarias o mutuamente excluyentes, dentro del individuo en relación con determinados parámetros contractuales.

-Disfunción marital dependiente - capacidad de individuo de cuidar de sí mismo y obrar por sí solo.

-Disfunción marital desvinculada- Frecuentemente las partes y problemas de comunicación están relacionadas con la capacidad o incapacidad de tolerar el trato íntimo.

-Disfunción marital por incompatibilidad - los cónyuges difieren en su manera de encarar y tratar los problemas, o de ver las situaciones, seleccionan o perciben una variedad de datos, pudiendo llegar a conclusiones muy diferentes.

-Familia con rendimiento disminuido- familia integrada pero los roles no se cumplen.

-Familia patológicamente integrada- dentro de la familia existe patología como la demencia, alcoholismo, drogadicción.

-Familia desvinculada emocionalmente - Existen problemas psicoafectivos.

-Familia desorganizada - No cumplen sus roles y funciones.

-Familia socialmente aislada - No tiene contacto con su entorno social o situación geográfica o socio patología no detectable.

-Familia socialmente desviada- Incidencia socio patológicas, crimen.