



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA

SEDE: UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No. 28
MEXICALI, BAJA CALIFORNIA

“Funcionalidad familiar en niños con déficit de atención e
hiperactividad en la Unidad número 28 del IMSS”

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

DRA. MARIA DEL ROCIO PLASCENCIA SARINANA

Residente de Medicina Familiar

DRA. ROSA MARIA VIZUET MARTINEZ

Asesor Temático

DRA ALMA LILIA IBARRA ROMERO

Asesor Metodológico

DRA GUADALUPE ORTEGA VELEZ

Profesor Titular del Curso de Especialización

En Medicina Familiar del IMSS

AUTORIZACIONES:**Dra. María Elena Haro Acosta**

Coordinadora Delegacional De Planeación Y Enlace institucional

**Dra. Vanessa Johanna Caro**

Jefatura De Enseñanza A Investigación

Unidad De Medicina Familiar No 28

**Dra. Guadalupe Ortega Vélez**Profesora titular de la especialidad
en medicina familiar IMSS-UABC**Dra. Alma Lilia Ibarra Romero**

Asesora metodológica

**Dra. Rosa María Vizuet Martínez**

Asesora Temática

Índice

	Página
I INTRODUCCION.....	04
II Marco teórico	05
III Antecedentes	09
IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
Planteamiento del problema	10
V. Pregunta de investigación	11
VI Justificación	11
VII Objetivos	
VII.1 Objetivo general	11
VII.2 Objetivos específicos	11
METODOS Y ANALISIS ESTADISTICOS	
VIII Material y métodos	12
VIII.1 Diseño del estudio	11
VIII.II Marco Muestral	12
VIII.111 Delimitación del espacio	12
VIII. Población	12
Muestra	13
Criterios de inclusión	13
Criterios de exclusión	13
Instrumentos de medición	13
Procedimiento	14
Conceptualización y operacionalización de las variables.....	16
Análisis Estadístico	16
Consideraciones éticas	17
Presupuesto	17
Resultados	17
Conclusiones	25
Recomendaciones	26
BIBLIOGRAFIA	27
ANEXOS	28

I.- INTRODUCCION:

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno crónico del desarrollo que afecta aproximadamente a un 3-5% de los niños en edad escolar. Aunque por el momento se desconocen sus causas, los estudios de genética realizados han proporcionado información sobre el importante papel que desempeñan los genes en el origen del trastorno. ¹

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) ha suscitado un gran interés social en la última década, debido principalmente a su elevada tasa de prevalencia, a su carácter crónico y al fuerte impacto que ocasiona en el ámbito familiar, escolar y social; pero sin duda también ha contribuido a la explosión que ha experimentado la investigación sobre TDAH la frecuente asociación que tiene el trastorno con otras psicopatologías en general y con dificultades de aprendizaje en particular.

Los factores relativos a los microsistemas sociales, familia y escuela, donde se desarrolla el niño son los que tienen una mayor influencia tanto en el curso del TDAH, como en el desarrollo de problemas asociados al trastorno. Si la familia, la escuela y el grupo de compañeros son conscientes de las dificultades que presentan los niños con TDAH y le ofrecen suficientes oportunidades para desarrollar habilidades de autorregulación están facilitando la evolución positiva del trastorno. Por el contrario, si no son sensibles a las necesidades del niño y/o no poseen las habilidades para responder adecuadamente a las manifestaciones conductuales del TDAH, pueden empeorar los síntomas del trastorno o incluso potenciar su severidad.

Debido a los síntomas nucleares que definen un TDAH hiperactividad, desatención e impulsividad-, y a las manifestaciones relacionadas con la escasa autorregulación, tales como irritabilidad, labilidad emocional, dificultad para seguir órdenes y baja tolerancia a la frustración, los niños que sufren este problema necesitan cuidadores especialmente sensibles y pacientes. Criar y educar niños con un trastorno de atención es una tarea que conlleva considerables recursos y tiempo, hasta el punto que las demandas excesivas que plantean en su crianza van a ocasionar probablemente un aumento del estrés en el ejercicio del rol parental. ⁴

En efecto, numerosos trabajos señalan que uno de los factores del sistema familiar más relevantes en el desarrollo de los niños con TDAH es el estrés parental ocasionado por la crianza, entendido como una estructura multidimensional que incluye aspectos interactivos de la relación paterno-filial. ⁴

Las familias aún en las sociedades más modernas necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la misma, principalmente en las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar. Estos aspectos interesan a la medicina contemporánea llamándola funcionalidad familiar y corresponde a uno de los parámetros principales que se evalúa en el estudio de la salud familiar. La disfunción familiar se entiende como el incumplimiento de alguna(s) de estas funciones por alteración en algunos de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, ésta es

disfuncional cuando alguno(s) de sus subsistemas se altera(n) por cambio en los roles de sus integrantes.

Evaluar la funcionalidad de la familia se ha convertido en una necesidad sentida y real de la práctica integral de la medicina de familia. Tanto en México como en España, se ha usado con mayor frecuencia el Apgar familiar. Sin embargo, su utilización en la práctica clínica del médico de familia en México no es generalizada, argumentándose que es un instrumento breve y que la información que se obtiene para evaluar la funcionalidad familiar es escasa, por lo que es necesario utilizar, además del Apgar, otros instrumentos. Existen diversos instrumentos que pretenden evaluar la funcionalidad de la familia. Entre los más importantes se encuentran los siguientes: *Family Assessment Device*¹ (FAD), *Self-report FamilyInventory*² (SFI), *FamilyAssessment Measure*³ (FAM), *Family Environment Scale*⁴ (FES), *FamilyFunctioning Index*⁵ (FFI), *FamilyFunctioning Questionnaire*⁶ (FFQ), *Family APGAR*⁷ y *FamilyAdaptability and Cohesion Evaluation Scales*(FACES)

II. MARCO TEÓRICO

El TDHA es una condición neuropsiquiátrica con etiología multifactorial y de inicio en la infancia caracterizado por dificultad para poner atención, hiperactividad y/o impulsividad que puede persistir hasta la edad adulta impactando en diferentes áreas como la académica laboral y social.¹

El concepto de Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) ha evolucionado a lo largo de la historia, tanto en la nomenclatura y en su concepción general como en los criterios diagnósticos utilizados y en las formas de tratamiento. Se puede afirmar que la primera descripción sistemática del trastorno la realizó en 1902 el médico inglés George Still, quien observó que existía un grupo de niños que presentaban unas características peculiares como problemas atencionales, excesiva inquietud motora, conductas agresivas e impulsivas y que carecían de capacidad para internalizar reglas. Presentaban además inmadurez, escasa sensibilidad al castigo y conductas de robo o mentiras. Todos estos síntomas fueron considerados por Still como fallos en el control moral, que determinaban una escasa capacidad de adecuarse a las demandas sociales. Estos síntomas tenían, para este médico, un sustrato físico y no eran causados por una deficiencia intelectual, por una educación inadecuada o por un ambiente familiar desestructurado.²

En las siguientes décadas, diversos autores evidenciaron que existía un grupo de niños que sufrían un daño cerebral y manifestaban síntomas similares a los descritos por Still. Esta circunstancia provocó que el trastorno comenzara a entenderse como una alteración neurológica. En esta línea, entre otras, se sitúan diversos estudios que se refieren al síndrome como “trastorno de comportamiento postencefálico” y “síndrome orgánico cerebral”.²

Aproximadamente una década después, Strauss y Lethinen (1947) interpretaron la hiperactividad como un síntoma de una lesión cerebral exógena en la que se suponía

que estaban interviniendo factores externos a la dotación genética del sujeto, acunándose en consecuencia el término de “Síndrome de Strauss “.

Pero sin lugar a dudas fueron el psiquiatra infantil Lauder y el neuropediatra Denhoff (1957) quienes realizaron por primera vez una descripción sistemática del síndrome hiperkinético. Estos investigadores consideraron que, a pesar de que la causa de los síntomas primarios residía en deficiencias en las estructuras talámicas, otros síntomas secundarios como la tendencia al robo o a la destrucción eran producto de una interacción entre factores biológicos y sociales.

En la década de los setenta, el trabajo de Virginia Douglas (1972) impulsó un cambio importante en la concepción del TDAH argumentando que la deficiencia básica del trastorno no residía en la excesiva actividad motora sino en la incapacidad para centrar la atención así como en la impulsividad. Según Douglas, en la base de estas dificultades está una escasa capacidad de autorregulación.²

Las aportaciones de esta autora destacaron la dimensión cognitiva por encima de los aspectos conductuales, volviendo, de algún modo, a las concepciones iniciales de Still que señalaban una incapacidad para adecuarse a las demandas sociales. Influyeron además de forma importante en la clasificación del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) que supuso un cambio de enfoque al reconocer como ejes básicos del problema la desatención y la impulsividad, dejando en un segundo plano los síntomas de hiperactividad. Esta clasificación estableció las categorías diagnósticas de “Déficit de atención con hiperactividad” y “Déficit de atención sin hiperactividad”.

Los criterios específicos que se incluyen en el DSM-IV y el DSM-IV-TR para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y los que aparecen en el ICD-10 (OMS, 1992) para el diagnóstico trastorno hiperkinético (THC) incluyen un listado similar de 18 síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad (tabla 1). También muestran su coincidencia en señalar que los síntomas se deben mantener a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones en las que el sujeto se desenvuelve. Al mismo tiempo, los síntomas deben de producir un desajuste significativo y manifestarse en dos contextos diferentes. La duración y severidad de las conductas, su inicio temprano y su importante impacto en diferentes ambientes son aspectos claves para el diagnóstico del trastorno.

A pesar de las coincidencias señaladas, existen algunas discrepancias entre el ICD-10 y el DSM-IV. Entre otras, el ICD-10 exige la presencia de los tres síntomas esenciales para la obtención del diagnóstico de THC, señala que se deben dar al menos seis síntomas de inatención, al menos tres de hiperactividad y como mínimo uno de impulsividad. Por otra parte, el ICD-10 también considera como criterio de exclusión la presencia de otros trastornos, a excepción del trastorno de conducta, diferenciando el trastorno hiperkinético con y sin trastorno de conducta

Cuadro1. Dominios de síntomas THC/TDAH en el ICD-10 y DSM-IV

DESATENCION	HIPERACTIVIDAD	IMPULSIVIDAD
• No presta suficiente atención a los detalles • Tiene dificultades para mantener la atención • Parece no escuchar • No sigue instrucciones y no finaliza las tareas • Tiene dificultades para organizar las tareas • Evita tareas que requieren esfuerzo mental sostenido • Pierde objetos necesarios para las tareas • Se distrae con estímulos irrelevantes • Es olvidadizo	• Mueve en exceso manos y pies • Abandona su asiento en la clase • Corre o salta en situaciones inapropiadas • Tiene dificultades para jugar tranquilamente • Excesivo movimiento (DSM-IV) • Habla en exceso (DSM-IV)	• Habla en exceso (ICD-10) • Responde de forma precipitada a las preguntas • Tiene dificultad para guardar su turno • Interrumpe a otros

El DSM-IV, en cambio, no exige para el diagnóstico de TDAH que los síntomas se presenten siempre de manera conjunta (tabla 2), diferenciando la existencia de tres subtipos:

1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (TDAH/C) si se satisfacen al menos seis de los criterios de inatención y seis de hiperactividad/impulsividad durante los últimos seis meses.

2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio de inatención (TDAH/I): si se satisfacen al menos seis de los criterios de inatención, pero no se cumplen al menos otros seis de hiperactividad/impulsividad durante los últimos seis meses.

3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo/impulsivo (TDAH/HI): si se satisfacen, como mínimo seis criterios de

hiperactividad/impulsividad, pero no se llegan a seis criterios positivos de inatención durante los últimos seis meses.

La diferencia de prevalencia en los estudios realizados en Estados Unidos y Europa parece surgir del uso diferencial de estas dos clasificaciones, así como de diferentes umbrales diagnósticos. Usando los criterios diagnósticos de la DSM-IV-TR existe la posibilidad (no contemplada en la ICD-10) de que un niño pueda ser diagnosticado como TDAH sin manifestar problemas importantes de hiperactividad/impulsividad (TDAH tipo inatento). Siguiendo los criterios ICD-10, es más probable que los niños con el tipo inatento no sean diagnosticado.

Cuadro 2. Criterios para el diagnóstico del TDAH DSM-IV y TR (1994, 2000)

A.(1) o (2)

(1) seis (o más) de los siguientes síntomas de **desatención** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

- a. 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.
- b. a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- c. a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- d. a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el lugar del trabajo (no se debe a un comportamiento negativista o a la incapacidad para entender las instrucciones)
- e. a menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades
- f. a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- g. a menudo extravía objetos necesario para tareas actividades (p.e. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros, o herramientas)
- h. a menudo se distrae fácilmente por los estímulos irrelevantes
- i. a menudo es descuidado en las actividades diarias

(2) seis (o más) de los siguientes síntomas de **hiperactividad-impulsividad** han persistido por lo menos durante 6 meses una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- a. a menudo mueve en exceso manos o pies, o se retuerce en el asiento
- b. a menudo abandona su asiento en el aula o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- c. a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos, puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- d. a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- e. a menudo "está en marcha" o suele actuar "como si tuviera un motor"
- f. a menudo habla en exceso

Impulsividad

- g. a menudo precipita las respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- h. a menudo tiene dificultades para guardar su turno
- i. a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. e. se entromete en conversaciones o juegos)

Impulsividad

- g. a menudo precipita las respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- h. a menudo tiene dificultades para guardar su turno
- i. a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. e. se entromete en

conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de la edad de 7 años.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p.e. en la escuela, o en el trabajo y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica, o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia, u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. e. trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o uno un trastorno de la personalidad)..

III. ANTECEDENTES

Las familias aún en las sociedades más modernas necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la misma, principalmente en las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar. Estos aspectos interesan a la medicina contemporánea llamándola funcionalidad familiar y corresponde a uno de los parámetros principales que se evalúa en el estudio de la salud familiar. La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de alguna(s) de estas funciones por alteración en algunos de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, ésta es disfuncional cuando alguno(s) de sus subsistemas se altera(n) por cambio en los roles de sus integrantes.

Dentro de los aspectos familiares a considerar de las familias con TDHA tenemos que la crianza es un proceso complejo que incluye, por una parte, la obligación de los padres de cubrir todas las necesidades del niño tanto físicas como afectivas y psicosociales, y por otra, posibilitarle unos aprendizajes y unas condiciones estimulares que favorezcan su desarrollo biopsicosocial.

El modelo ecológico establece que la conducta parental está determinada por factores individuales, como las características de personalidad de los padres o de los hijos; factores evolutivos, factores familiares, factores sociales, y factores contextuales. Todas estas variables desencadenan unos comportamientos y actitudes concretas que marcan un estilo educativo propio.

Minuchin menciona que en la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir conceptos de organización tales como: roles, jerarquía y demarcación de los límites, adaptabilidad como: flexibilidad, versus rigidez, cohesión como: proximidad versus distancia y estilos de comunicación. (5). La cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad.

Padres e hijos reciben el *feedback* bidireccional que va configurando su estilo educativo. Las características personales de los padres y de los hijos (saludables o patológicas), influirán sobre los propios modelos de crianza que se lleven a cabo en el entorno familiar.

En una investigación realizada con 36 familias de niños hiperactivos de la Comunidad Valenciana, (Roselló, García Tárraga y Mulas, 2003), se evidenciaron importantes problemas en la crianza del niño con TDAH: el 100% de los padres consideraban que la convivencia les resultaba mucho más difícil que con otro niño de su misma edad, el 88% de los padres mostraban un nivel muy elevado de estrés, el 75% consideraban que no eran capaces de manejar el comportamiento de su hijo, el 50% manifestaban que podrían ser mejores padres, el 50% mantenía más enfrentamientos maritales a causa de su hijo, el 31% presentaban restricciones en la vida social y el 44% consideraban que el niño con TDAH incomodaba a sus hermanos.

En los estudios mencionados anteriormente, podemos observar que el tener un integrante de la familia con TDHA, ocasiona problemas familiares tanto en la crianza como en las relaciones interpersonales del sistema familiar, lo que trae consigo alteraciones en la funcionalidad de la familia. Lo que pretendo con mi estudio de investigación es valorar la funcionalidad de las familias de niños con TDHA basándome en el FAST III como herramienta.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Recientes estudios dicen que el TDHA es el trastorno psiquiátrico más común en la infancia, afecta a un 3-7% de niños/adolescentes. (DSM IV R, 2000) .

La incidencia promedio mundial del TDAH es del 5%. En Latinoamérica; existen al menos 36 millones de personas con TDAH y únicamente cerca del 10% reciben un tratamiento multidisciplinario adecuado.

No tenemos aun cifras en México del impacto de este trastorno pero en los estados unidos se calcula que el TDHA en los adultos cuesta 77 millones de dólares anuales porque quien lo padece pierde el empleo, tienen más accidentes, adicciones y conductas que generan gasto.

El TDAH incrementa el riesgo para desarrollar accidentes, fracaso escolar, problemas de autoestima y se relaciona con mayor consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilícitas, inestabilidad laboral y fracaso marital.

Numerosos estudios han documentado que los niños con TDAH experimentan dificultades interpersonales y baja competencia social, tanto en el hogar, y dentro de éste, especialmente con la figura materna¹, como en el medio escolar, con compañeros y profesores^{2, 3}. Sin embargo, ninguno de los criterios clínicos de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su texto revisado (DSM-IV-TR) 1, del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) se refieren directamente al desarrollo emocional y/o social del individuo^{1,3}.

V. PREGUNTA DE INVESTIGACION

A fin de conocer la funcionalidad en el entorno familiar de los niños con TDAH, la cual se encuentra ligada al pronóstico de la enfermedad y de las complicaciones familiares que pudieran darse en un futuro me surge la siguiente pregunta:

Cuál es la funcionalidad de las familias de niños con déficit de atención e hiperactividad de la clínica 28 del IMSS en Mexicali B.C.?

VI.- JUSTIFICACIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es el diagnóstico psiquiátrico más común en la infancia con una prevalencia estimada del 3-7% afectando en forma más frecuente a los hombres en una proporción 3-9:1 con respecto a las mujeres aunque la sintomatología es más severa en el sexo femenino

Pese a su alta frecuencia el TDHA es comúnmente subdiagnosticado o confundido con otras patologías psiquiátricas, lo cual retarda el tratamiento adecuado, deteriorando el mundo familiar, escolar y social de los pacientes.

VII. OBJETIVOS

VII.I. GENERAL:

- Conocer la funcionalidad de las familias con niños que presentan déficit de atención e hiperactividad de la clínica número 28 del IMSS

VII.II.ESPECÍFICOS:

- Conocer la edad de los niños con diagnóstico de TDHA.
- Conocer el sexo más frecuente de presentación de TDAH en la UMF 28
- Clasificar a las familias estudiadas en base a el tipo

VIII.MATERIAL Y MÉTODOS

VIII.I. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- Descriptivo
- transversal
- Prospectivo
- Observacional

IX. MARCO MUESTRAL

IX.I. Delimitación del espacio

UMF No 28 Mexicali, Baja California

XI.II. Población

Todos los pacientes afiliados al IMSS, pertenecientes a la UMF 28 con dx de TDHA.

IX.III. Muestra

No probabilística por conveniencia.

Se incluirán a todos los pacientes afiliados a la UMF No 28 con diagnóstico de diabetes TDHA de los turnos matutino y vespertino.

IX.IV Criterios de inclusión

- Familias de pacientes entre 4 y 14 años de edad con diagnóstico de trastorno con déficit de atención e hiperactividad de la clínica 28 del IMSS

IX.V Criterios de exclusión

- Familias de pacientes sin tdah
- Pacientes mayores de 14 años con tdha
- Familias que no acepten entrar al estudio

X. INSTRUMENTO DE MEDICION

Cuestionario FACES III

La *Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III)*; de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992) es la 3ª versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circumplejo: la *cohesión* y la *flexibilidad* familiar. Se ha adaptado a una variedad de contextos culturales y se calcula que existen más de 700 estudios que utilizan FACES en sus distintas versiones (Kouneski, 2001; citado en Gorall, Tiesel y Olson, 2004). En la mayoría de los casos, la escala logra discriminar diferentes grupos familiares (por ejemplo, clínico y no clínico), lo cual constituye una fuerte evidencia de validez de constructo de la misma.

FACES III en español (México) contiene 20 preguntas planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert (10 para evaluar cohesión familiar y 10 para adaptabilidad familiar), distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como impares y pares, respectivamente. Se aplicará a todos los integrantes, de la familia, mayores de 10 años, excepto al paciente con TDHA.

El material requerido para dicha aplicación es: copias de los cuestionarios que se aplicarán, lápiz, gasolina para transporte, gastos que correrán por cuenta del realizador del estudio.

		↓ Cohesión ↑			
		Disgregada 10 a 34	Semirrelacionada 35 a 40	Relacionada 41 a 45	Aglutinada 46 a 50
↓ Adaptabilidad ↑	Caótica 29 a 50	Caóticamente disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
	Flexible 25 a 28	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
	Estructurada 20 a 24	Estructuralmente disgregada	Estructuralmente semirrelacionada	Estructuralmente relacionada	Estructural- mente aglutinada
	Rígida 10 a 19	Rigidamente disgregada	Rigidamente semirrelacionada	Rigidamente relacionada	Rigidamente aglutinada

XI. LUGAR Y FECHA DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO

Se realizará en la Unidad de Medicina Familiar CI 28 de Mexicali Baja California de julio 2012 a marzo de 2013.

XII. ANALISIS ESTADÍSTICO

Para ordenar los datos de cada uno de los pacientes del estudio se realiza una tabla de concentrado de datos en el programa Excel de Microsoft office 2007 y se exportarán para su análisis utilizando el paquete estadístico JMP tomando como diferencia estadísticamente significativa el valor de p de < 0.05 .

Las variables categóricas se describirán mediante medidas de frecuencia: Razón, proporción, ODDS de frecuencia y tasas.

XIII. PROCEDIMIENTO

Se recurrirá a la base de datos de la UMF 28 para tener el total de pacientes (22) hasta octubre 2012 con diagnóstico de TDHA , y posteriormente se procederá a su localización. Se aplicara el cuestionario FACES III a todos los integrantes de las familias de dichos pacientes, siempre y cuando sean mayores de 10 años.

Después de aplicar los cuestionarios se graficaran los resultados.

XIV. DEFINICIÓN DE VARIABLES

TDHA: es una condición neuropsiquiátrica con etiología multifactorial y de inicio en la infancia, caracterizado por dificultad para poner atención, hiperactividad y/o impulsividad que puede persistir hasta la edad adulta, impactando diferentes áreas como la académica, laboral y social.

Cohesión familiar: ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí.

Adaptabilidad familiar: capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo.

Sexo: El término "sexo" deriva del latín "sexus", por "sectus", sección, separación, del griego "genos" (del cual deriva a la vez la palabra "genitalidad") y aparece usado por primera vez en "De inventione I" de Cicerón. Sírvasse por entendido que en este trabajo

se contemplará la letra F para designar a los derecho-habientes del sexo femenino y con la letra M a los derecho-habientes con el sexo masculino.

Edad:Tiempo de existencia desde el nacimiento

XV.OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

variable	DefiniciónConceptual	Definición operacional	Tipos según causalidad	Tipo de variable	Indicador	Unidad de medida
Sexo	Clasificación del ser humano según sus genitales externos	Es la clasificación que tiene el paciente según su sexo ya sea masculino o femenino.	Independiente	Cualitativa nominal	1=M 2=F	Números naturales
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento	Es la edad que tendrá el paciente en el momento de la captura de información.	Independiente	Cuantitativa Discreta	1,2,3,4,5,6,7,8.....	Números naturales
Cohesión	Ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí.	Es uno de los aspectos que se miden para valorar funcionalidad familiar	Dependiente	Cualitativa		Números naturales
adaptabilidad	capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés	Es uno de los aspectos que se miden para valorar funcionalidad familiar	dependiente	cualitativa		Números naturales
TDHA	Es una condición neuropsiquiátrica con etiología multifactorial y de inicio en la infancia, caracterizado por dificultad para poner atención, hiperactividad y/o impulsividad que puede persistir hasta la edad adulta, impactando diferentes áreas como la académica, laboral y social	Enfermedad en la cual se medirá la funcionalidad familiar	INDEPENDIENTE	cualitativa		Criterios diagnósticos

XVI. CONSIDERACIONES ÉTICAS

“ El presente estudio no se contrapone con los lineamientos de investigaciones, cuestiones éticas que se encuentran aceptadas en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1964), revisada en Tokio en 1975, en Venecia 1983 y en Hong Kong en 1989, así como al artículo 13 de la Ley General de Salud en México”.

XVII. FINANCIAMIENTO

Serán cubiertos por el investigador principal de la presente investigación, los cuales consisten principalmente en transporte para visitar a cada familia encuestada, valorar su estado socioeconómico, además del material didáctico.

XVIII. PLAN DE TRABAJO

Cronograma de Actividades

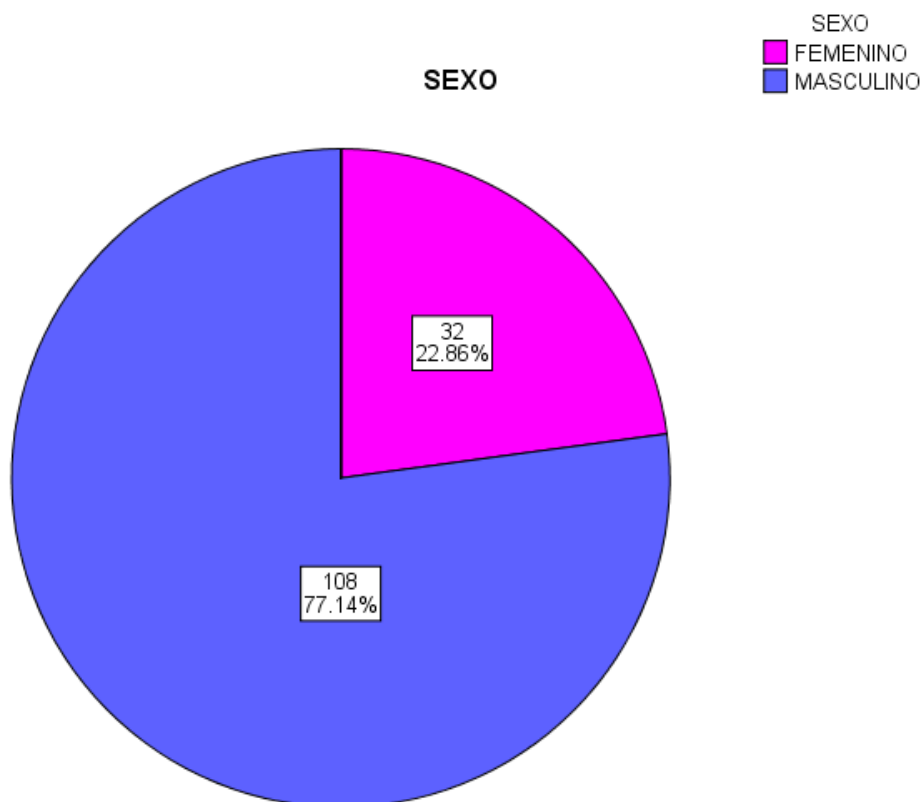
Actividades	marzo 2012 a mayo 2012	junio 2012 a agos2012	sep 2012 a nov 2012	Octubre 2012 a Diciembre 2012	Enero 2013	marzo 2013
Elaboración de documento y recolección de Bibliografía	x					
Sometimiento y Probable Aprobación	x					
Recolección de Datos	x		x			
Análisis de Datos						
Presentación de Resultados			x		x	
Publicación de Documento						

XIX.RESULTADOS

Posterior a realizar el presente estudio en la unidad de medicina familiar número 28 del IMSS en Mexicali, Baja California durante el 2012, en donde se capturaron los datos y domicilios de los niños con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad pertenecientes a dicha UMF y atendidos y diagnosticados a su vez en el HGZ número 31 por neuropsiquiatría del IMSS se obtuvieron los siguientes resultados;

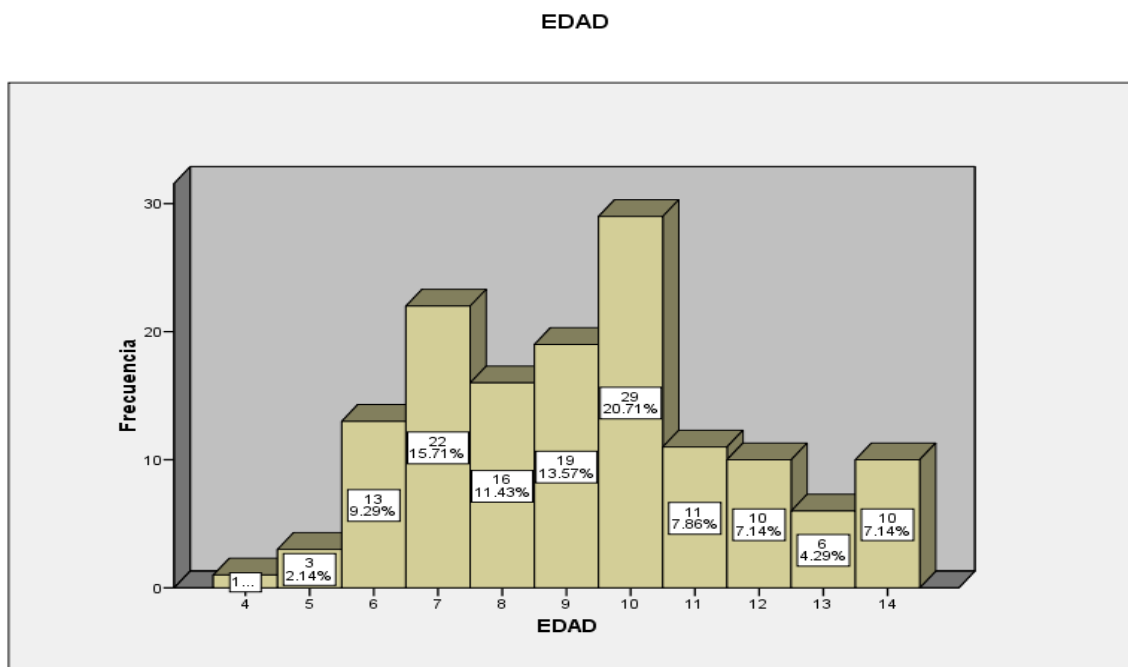
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EDAD	140	4	14	9.28	2.387
N válido (según lista)	140				

Como podemos observar en la tabla anterior, se encontró un total de 140 pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad pertenecientes a la unidad de medicina familiar número 28, en el periodo comprendido de la realización del estudio, con una edad entre los 4 y los 14 años de edad, establecida como criterio de inclusión.



1. GRAFICA NUMERO 1. DISTRIBUCION DE ACUERDO AL SEXO

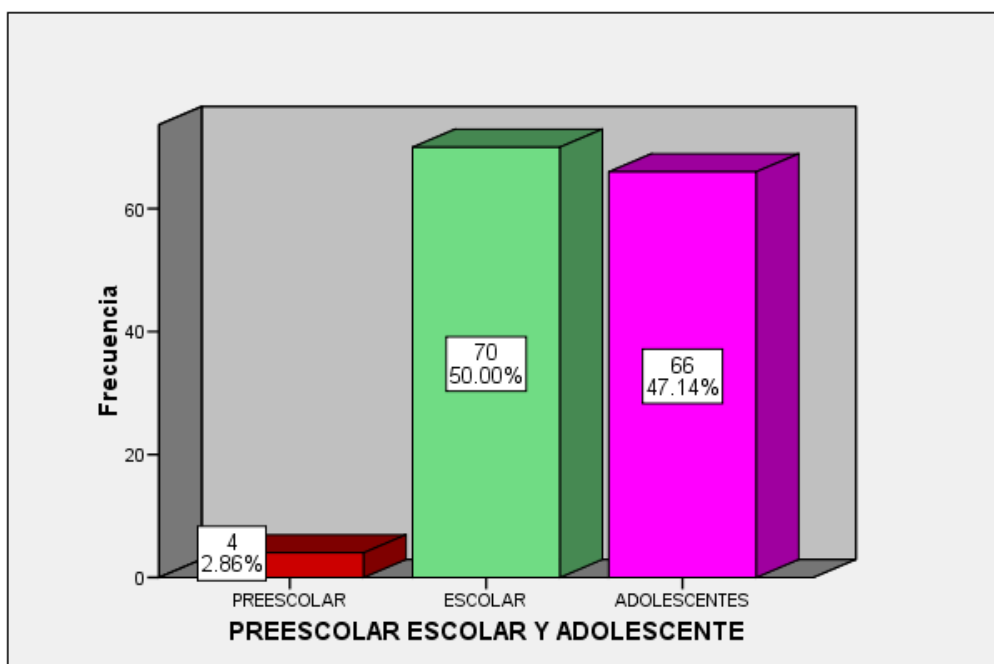
De los 140 pacientes, 108 fueron de sexo masculino, y solo 32 femenino, lo cual era esperado por ser el TDHA una patología predominante en el sexo masculino. Del total de los pacientes solo uno fue de 4 años, 3 de 5 años, trece de 6 años, 22 de 7 años, 16 de 8 años, 19 de 9 años, 29 de 10 años, 11 de 11 años, 10 de 12 años, 6 de 13 años y 10 de 14 años.



2. GRAFICA NUMERO 2, DISTRIBUCION POR EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PREESCOLAR	4	2.9	2.9	2.9
	ESCOLAR	70	50.0	50.0	52.9
	ADOLESCENTES	66	47.1	47.1	100.0
	Total	140	100.0	100.0	

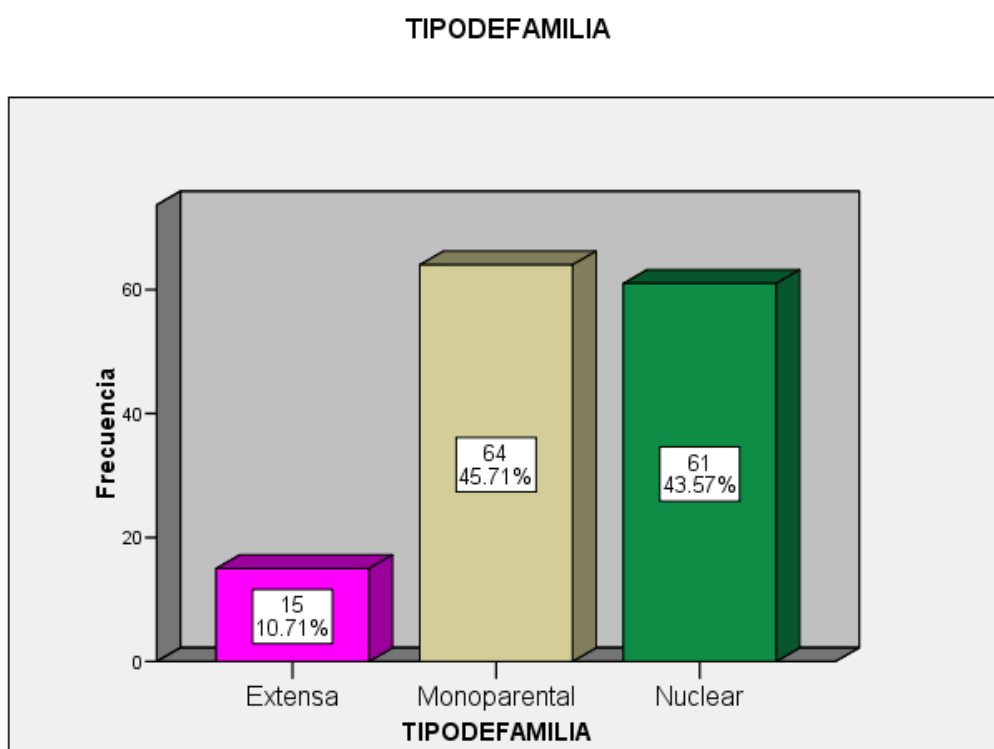
PREESCOLAR ESCOLAR Y ADOLESCENTE



3. GRAFICA 3 DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD

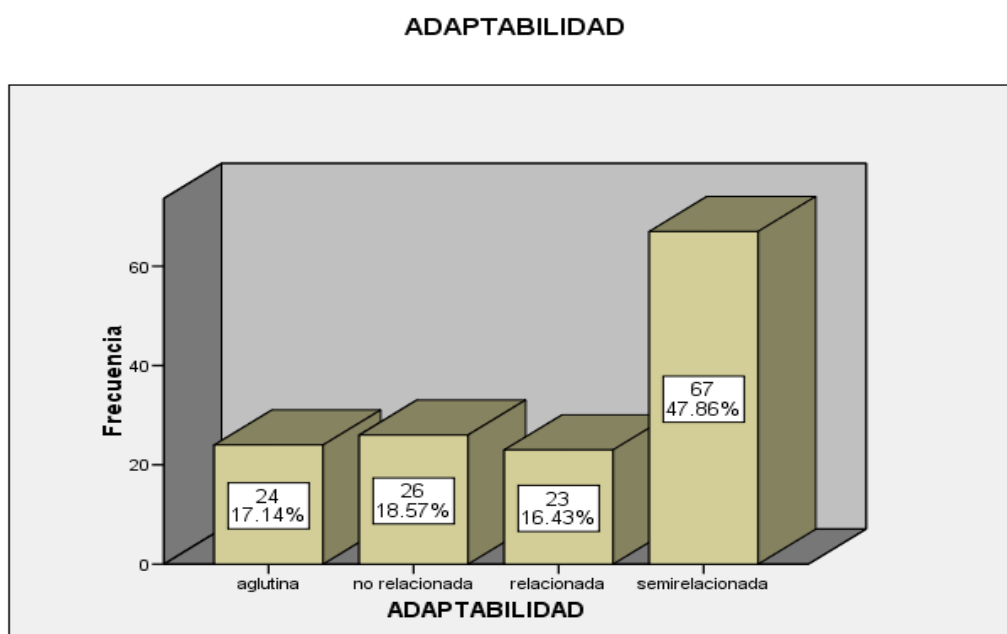
De los 140 pacientes 70 de ellos se encuentran en el grupo de edad escolar, y 66 en el de adolescente.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	extensa	15	10.7	10.7	10.7
	monoparental	64	45.7	45.7	56.4
	nuclear	61	43.6	43.6	100.0
	Total	140	100.0	100.0	



GRAFICA 4. DISTRIBUCION POR TIPO DE FAMILIA

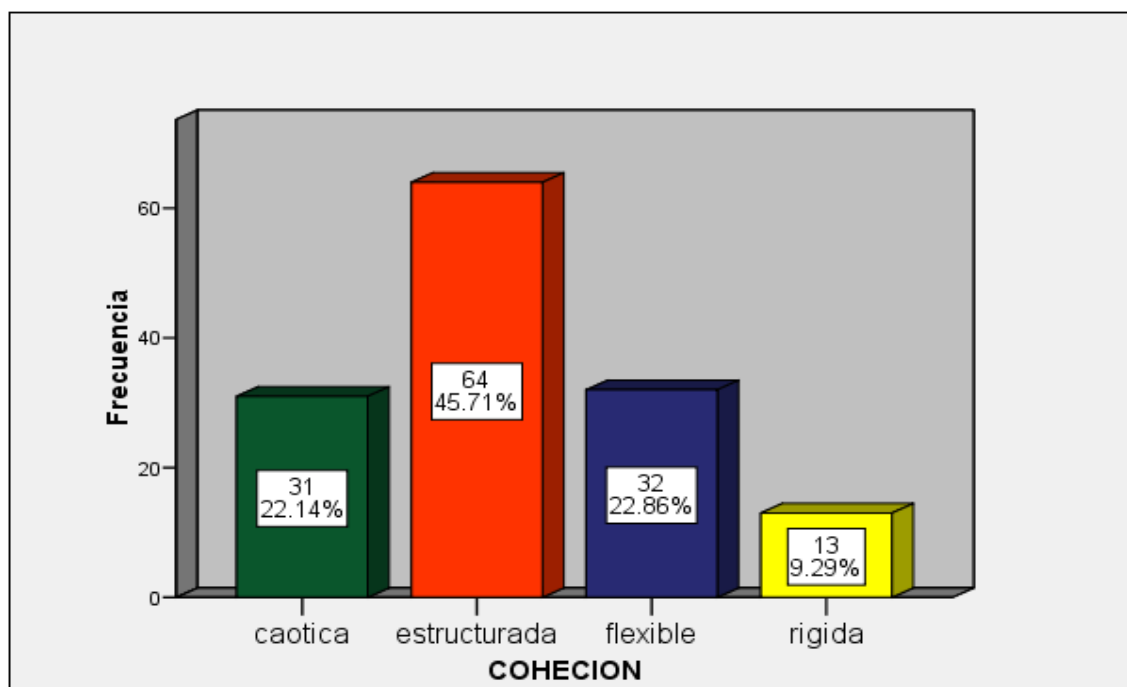
En esta grafica podemos apreciar, nuestro objetivo principal de la investigación, el tipo de familia que predomino fue la monoparental con 45.71%, sin embargo no por mucho, ya que el 43.57% de las familias fueron nucleares.



GRAFICA 5. DISTRIBUCION DE ACUERDO A ADAPTABILIDAD

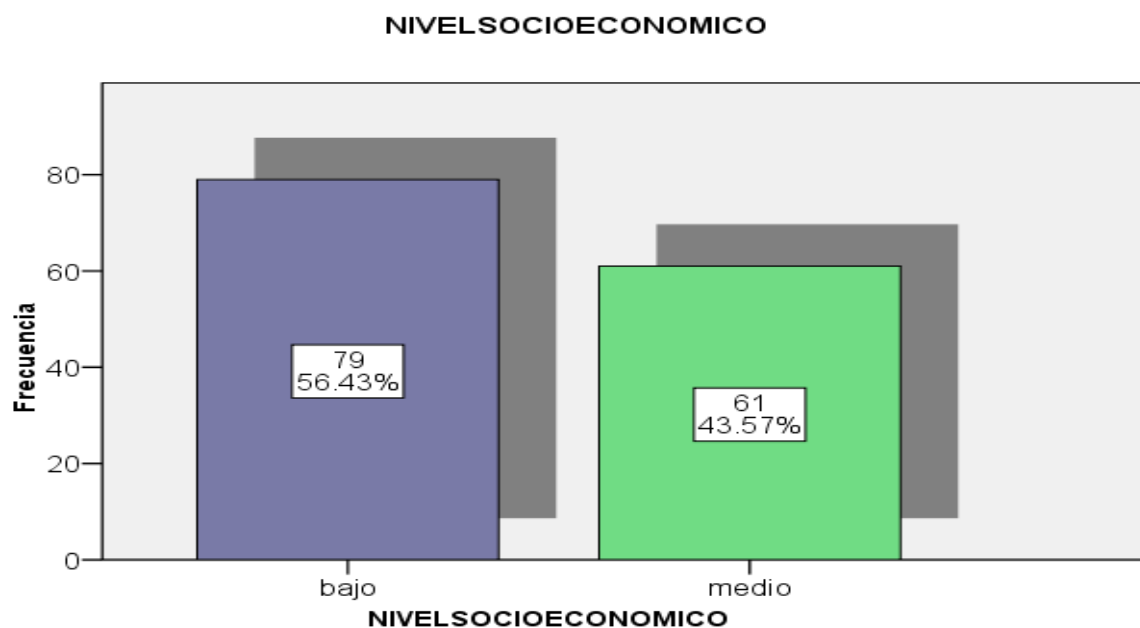
Dentro de la adaptabilidad el 47.86% de las familias fueron semirrelacionada, 18.57% no relacionada, 17.24% aglutinada, y el 16.43% relacionada.

COHECION



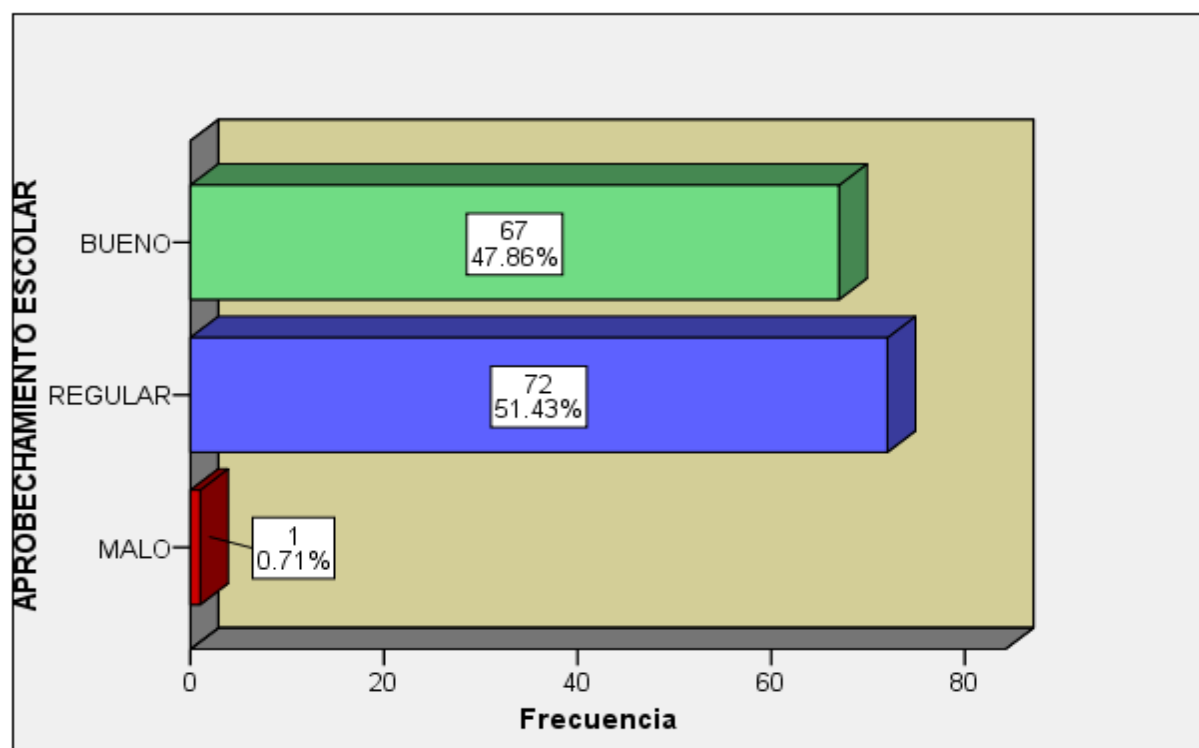
GRAFICA 6. DISTRIBUCION DE ACURDO A COHESION

Otro parámetro que se evaluó con nuestro instrumento de medición fue la cohesión, y dentro de esta se obtuvo el 64% de las familias fueron estructuradas, el 32% flexibles, 31% caóticas y el 9.29% rígidas.



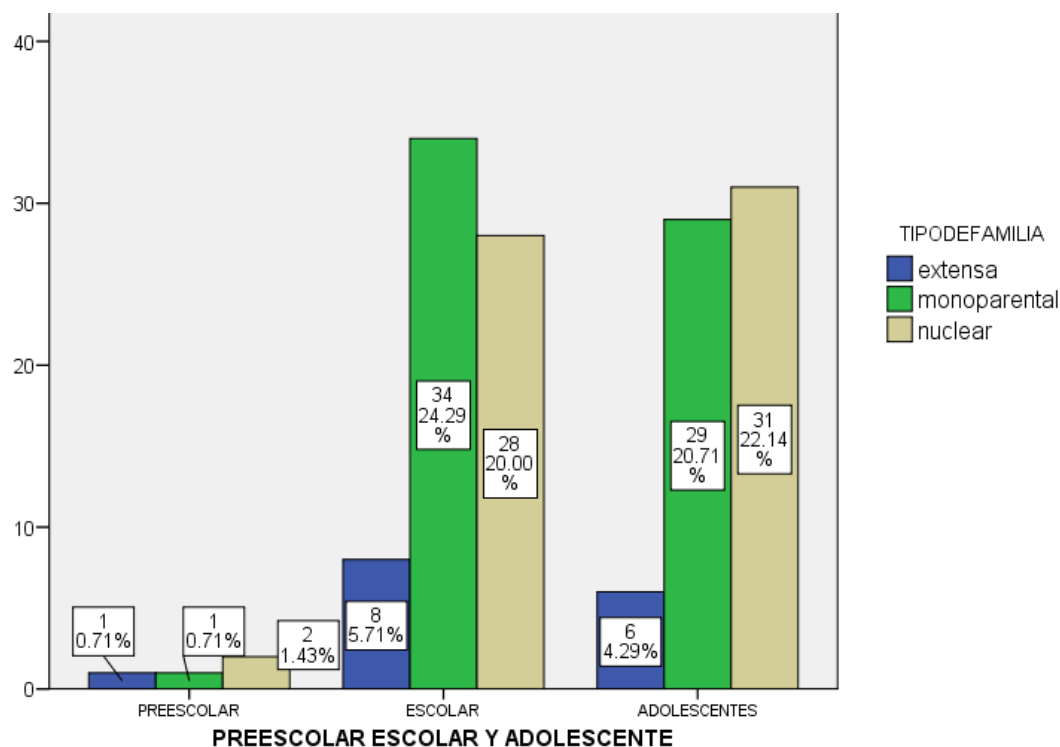
GRAFICA 7. DISTRIBUCION DE ACUERDO A NIVEL SOCIOECONOMICO

La mayoría de las familias pertenecen a un estrato social bajo, lo cual se valoro mediante el método de graffar, 79 familias con nivel socioeconómico bajo correspondiendo al 56.43%, y 61 familias a nivel socioeconómico medio, 43.57%.



GRAFICA 8. DISTRIBUCION DE APROVECHAMIENTO ESCOLAR

Dentro del rendimiento escolar encontramos que 72 niños tienen un aprovechamiento escolar regular, 67 de ellos buen aprovechamiento y solo uno de ellos mal aprovechamiento.



GRAFICA 9. GRUPO DE EDAD Y TIPO DE FAMILIA

CONCLUSIONES

- De las 140 familias estudiadas, 73 se clasificaron como funcionales, 39 se clasificaron con disfunción leve y 28 con disfunción severa. La funcionalidad se midió con el instrumento utilizado, la escala de FACES III, y debo mencionar que el resultado afortunadamente no es el esperado. Es bueno al haber estado visitando a las diferentes familias saber que estos niños cuentan con redes de apoyo fuertes, lo que les permitirá un mejor pronóstico para su enfermedad.
- De acuerdo a los estudios revisados, y tomando en cuenta el porcentaje de familias con disfunción familiar no era lo esperado, de acuerdo a que el grado de disfunción familiar era mayor en las familias encuestadas e otros estudios, donde las relaciones de pareja y la interacción con otros miembros de la familia de niños con tdha se veía afectada.
- En su mayoría las familias pertenecen al estrato socioeconómico IV según Graffar lo cual las clasifica con pobreza relativa, cabe mencionar que en ocasiones el hecho de que ambos miembros de la familia trabajen largas jornadas laborales, conlleva a la falta de atención de los pacientes, que resulta una necesidad extra de atención a la de niños sin tdha.
- El 45% de las familias se clasificó como monoparental, lo cual es un factor social que resaltar ya que solo uno de los padres, en mayor medida la madre, es la que se hace

cargo al 100 por ciento de la crianza del niño con tdha, lo cual muchas veces significa una menor atención del paciente con tdha.

DISCUSION

En comparación con otros estudios, se observo que la funcionalidad familiar de niños con TDAH en poco más del 50% esta conservada. En otros estudios revisados, se observó un impacto importante en varios aspectos de la funcionalidad familiar.

Sin embargo el otro 50% fueron clasificadas como familias disfuncionales lo cual es un factor de riesgo para el pronóstico de los niños con dicho transtorno.

Es importante ejercer acciones de intervención en estas familias y ofrecer tratamientos multidisciplinario.

RECOMENDACIONES

Es importante mencionar que este estudio podría servir como preámbulo para el inicio de estudios casos y controles, para estudiar más a fondo otros aspectos del entorno social de los niños con tdha con más profundidad.

Realizar visitas domiciliarias e intervención de trabajo social como tratamiento integral de estos pacientes, y dar apoyo y mayor información a las familias de estos pacientes.

Bibliografía

1. Herrero, Garcia R, Miranda A, Siegenthaler R, Jara P. Imapacto familiar de los niños con BIBLIOGRAFÍA trastorno por déficit de atención hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados.RevNeurol 2006; p.137-143.
2. Graw, S. "Análisis del contexto familiar de niños con TDAH". Tesis doctoral, 2006.
3. Ramírez C , Mendez E, Barron F, Riquelme H, Cantu R, Funcionalidad familiar y enfermedad crónica infantil
4. Lora A, Diaz MJ, Abordaje del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad desde la visión del pediatra de cabecera. RevPediatr Aten Primaria Supl.2011;(20):115-26.
5. Ponce R, Gómez F, Clavelina, Terán M, Irigoyen Coria E, Landgrave S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México) Aten Primaria 2002. Diciembre. 30 (10): 624-630
6. Fisher, M. (1990). Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 337-446.
7. Eddy, L., Toro, J., Salamero, M., Castro, J. y Cruz, M. (1999). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Estudio para valorar los factores de riesgo, los factores asociados y el estilo educativo de los progenitores. *Anales Españoles de Pediatría*, 50, 145-150.
8. Federación Mundial de Salud Mental (WFMH). (2004). Convivir con el TDAH: desafíos y esperanzas. www.wfmh.org.
9. Johnston, C. y Mash, E. J. (2001). Families of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical and Family Psychology Review*, 4, 183-207.
10. Landau, S. y Milich, R. (1988). Social communication patterns of attention deficitdisordered boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 69-81.
11. Miranda, A. (1985). *Estrategias Educativas familiares, Estructura de la Familia y Características Psicosociales de los niños preescolares*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.
12. Miranda, A., Amado, L. y Jarque, S. (2001). *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad*. Málaga. Aljibe
13. Miranda, A., Presentación, M.J. y López, C. (1995). Contextos familiar y escolar de niños con Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, agresivos y no agresivos, En f. Lara (comp.), *Psicología evolutiva y de la educación*. Actas del IV Congreso INFAD. (pp.469-480). Burgos: Universidad de Burgos.

ANEXOS:

ANEXO 1.

Mexicali B.C. a de del 2012

C. Dr.

Director Medico UMF Cl. 28

IMSS

Por medio de la presente le envío un cordial saludo y aprovecho la presente para solicitarle de la manera más atenta su apoyo para la realización del trabajo para obtener el diploma de especialista en medicina familiar en su unidad a cargo con el título: “Funcionalidad familiar en niños con déficit de atención e hiperactividad en la Unidad número 28 del IMSS”

Mismo que se realizara durante el presente año del 2012 , así mismo cabe mencionar que el apoyo seria en conjunto con el personal de base, estadística y de recursos humanos con el fin de obtener ayuda en la adquisición de información de su unidad.

Sin más por el momento y esperando una respuesta favorable a esta petición me despido y quedo a sus órdenes, no sin antes reiterar mis saludos.

Dra. Rocio Plascencia Sarinana

Residente de 2 do año de Medicina Familiar

ANEXO 2.



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Procedimientos:

Posibles riesgos y molestias:

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

En caso de colección de material biológico (si aplica):

☐
☐
☐

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC

del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

ANEXO 3

FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee).

Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

Nunca Siempre	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
1 5	2	3	4

Describe su familia:

1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
11. Nos sentimos muy unidos
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
14. En nuestra familia las reglas cambian
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones

18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad
19. La unión familiar es muy importante
20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar