



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA:

Unidad de Medicina Familiar No. 28, Mexicali, Baja California

**Funcionamiento familiar presente en escolares  
con trastorno de déficit de atención en el hospital de  
ginecopediatria No. 31 de Mexicali, B.C.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**Thelma Ureta Lara**

**Núm. de Registro: R-2011-201-7**



Mexicali Baja California

Año: 2015

## AUTORIZACIONES:

**Dra. Mónica de Fátima Torres Aguirre**

Coordinadora delegacional de enseñanza e investigación

**Dra. Alma Lilia Ibarra Romero**

Jefatura de enseñanza e investigación

Unidad de medicina familiar No. 28

**Dr. Arturo Landero Ruiz**

Profesor de curso de investigación

**Dr. Roberto Carlos González Ramos**

Profesor titular de la especialidad en

Medicina familiar IMSS-UABC

**Dr. José Rubén Romero San Luis**

Asesor metodológico y temático de tesis

(Especialista en Neurología Pediátrica)

## **AGRADECIMIENTOS**

Le agradezco ante todo a nuestro Creador por darme la capacidad de razonamiento, humanidad y la necesidad de ayudar a mi prójimo que han sido mis pilares desde el inicio de mi carrera en el área de la medicina.

A mis padres por el apoyo, la disciplina y sus horas de vela para hacer de mí una persona de buenos principios, ética y valores.

A mi esposo e hija por el empuje, la valentía y el coraje de salir adelante a pesar de los obstáculos, la necesidad y la lejanía, poder al fin terminar mi residencia médica.

A mi asesor por la ayuda, los consejos y tiempo invertido en la elaboración de la tesis y en mi enseñanza.

CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACION ESCRITA DEL EXAMEN DE GRADO

Mexicali, B.C. a , 16 de Octubre de 20 15 .

Loa abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del documento escrito Denominado: Funcionamiento Familiar presente en Escolares con Trastorno de Déficit de Atención en el Hospital de Ginecopediatria N°31 de Mexicali, B.C.

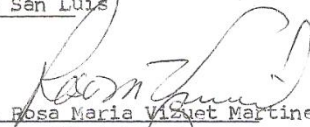
que para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar, presenta:

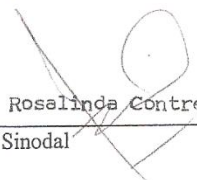
C. Thelma Ureta Lara

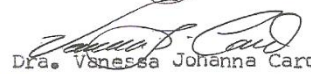
Realizada la evaluación resolvimos: Aprobacion por Mayoria

  
Dr. José Rubén Romero San Luis  
Presidente

  
Dra. Alma Leticia Ibarra Romero  
Sinodal

  
Dra. Rosa María Vizuet Martínez  
Sinodal

  
Dra. Rosalinda Contreras Ordoñez  
Sinodal

  
Dra. Vanessa Johanna Caro  
Secretario

## INDICE

Resumen	01
Capítulo I. Marco Teórico.	02
Capítulo II. Planteamiento del problema.	06
2.1. Justificación del estudio	06
2.2. Objetivos	08
2.2.1. Objetivo general	08
2.2.2. Objetivos específicos	08
2.3. Hipótesis	08
2.3.1. Hipótesis Alternativa	08
2.3.2. Hipótesis Nula	08
Capítulo III. Métodos y análisis estadístico.	
3.1 Material y métodos	09
3.2 Muestreo	11
3.3 Cálculo del tamaño de la muestra	11

3.4. Procedimiento	13
3.5. Criterios de inclusión	13
3.6. Criterios de exclusión	13
3.7. Análisis estadístico	14
3.8. Conceptualización y operacionalización de variables	14
3.9. Abordaje de los pacientes a estudiar	15
Capítulo IV.	
4.1. Cronograma de actividades	16
Capítulo V.	
5.1. Consideraciones éticas	17
Capítulo VI.	
6.1. Resultados	18
6.2. Discusión y análisis	22
6.3. Conclusiones	23
Bibliografía	24
Anexos	26

## RESUMEN

**TITULO:** Funcionamiento familiar presente en escolares con déficit de atención en el HGP # 31 del IMSS en Mexicali, B.C.

**OBJETIVO:** Determinar si existe relación entre el funcionamiento familiar y el trastorno de déficit de atención en escolares del HGP # 31 del IMSS en Mexicali, B.C.

**MATERIAL Y METODOS:** Se aplicó un cuestionario de FF-SIL para medir el funcionamiento en 110 escolares, de los cuales 73 fueron masculinos y 37 femeninos. Realizándose un estudio transversal, descriptivo, observacional no comparativo en un grupo de escolares con un rango de edad de 6 a 11 años, donde el cuestionario fue llenado por un padre o tutor del escolar con déficit de atención durante su visita a consulta de Neuropediatría, para poder ver si existe la relación entre el funcionamiento familiar y el trastorno de déficit de atención en los niños escolares.

**RESULTADOS:** De un total de 110 escolares evaluados hubo un resultado de 50% de familias funcionales, 41% de familias moderadamente funcional y el 9% de disfunción familiar presente en los niños escolares con el trastorno de déficit de atención. Con un predominio entre género de masculinos.

**CONCLUSIONES:** Se concluye que no existe afectación del funcionamiento familiar por el trastorno de déficit de atención, comparado con los resultados de otros estudios realizados anteriormente, no se encontró una asociación directa. Además que en el trastorno de déficit de atención los escolares pueden tener repercusiones en el ámbito laboral, escolar, social y de hogar, por lo pronto no se ha visto que el ámbito del hogar se vea afectado considerablemente para dar una disfunción familiar.

\*Palabras claves: funcionamiento familiar, escolar, déficit de atención.

## PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

### **Título:**

Funcionamiento familiar presente en escolares con Trastorno de Déficit de Atención en el HGP No. 31 de Mexicali, B.C.

### **Marco teórico:**

Desde sus orígenes, hasta nuestros tiempos, la historia del hombre ha estado relacionada a grupos, los que de alguna manera han tenido forma de familia. Hoy en día es difícil entender que el desarrollo del ser humano sea en un entorno distinto al familiar, es decir se asume que la familia es una institución de carácter universal y fundamental en la formación de las sociedades.

La familia es quien provee el bienestar básico del individuo, y constituye la unidad primaria de salud, satisface necesidades como la reproducción, cuidado, afecto y la socialización. La familia es la mayor influencia en el desarrollo y el crecimiento de los niños. Cuando las familias tienen a uno de sus miembros con necesidades especiales por algún padecimiento, todos en la familia son afectados. Existen múltiples definiciones de familia, ya que a través de la historia, el hombre ha experimentado con diferentes clases de familias y así como hay variedad en el tipo de cultura también lo hay en los tipos de familias. (1)

La familia es la base del bienestar de los niños al garantizar el crecimiento, el desarrollo normal y el equilibrio emocional que facilita su enfrentamiento a los hechos de la vida diaria. En el grupo familiar se dan las condiciones para que ésta sea una unidad de análisis de los procesos de la salud mental, se observa su organización, estructura y funcionamiento en cuanto su estilo de vida individual y grupal, las costumbres, los hábitos, la posición social y la dinámica de interacciones.

J. Tomas y M. Bargada (2002) han propuesto diversos criterios para diferenciar entre la familia funcional y la familia disfuncional. En la familia funcional las relaciones y funciones están bien establecidas y son de tipo positivo para todos sus miembros; se muestran satisfechos de estar juntos pero reconocen que cada uno de ellos tienen intereses y necesidades individuales, por lo que precisan de cierto grado de privacidad, no existen coaliciones internas ni competencia entre ellas, los límites de la familia son claros y todos se ven como una unidad, es una estructura de negociación para arreglar conflictos y hay una comunicación clara que permite la espontaneidad, existe empatía, y hay apoyo emocional. Por el otro lado, en la familia disfuncional existen líneas intergeneracionales borrosas, no existe actitud negociadora, se presta poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, los límites de la familia son imprecisos, las pautas para interacción resultan fijas y rígidas, y las funciones de los miembros no están claras ni limitadas. (2)

P. M. Herrera (1997) también aporta indicadores para medir el funcionamiento familiar como el cumplimiento eficaz de sus funciones, desarrollo de la identidad personal y autonomía de sus miembros, existencia de reglas y roles flexibles, comunicación clara y efectiva que permita compartir problemas, y capacidad de adaptarse a los cambios. La evaluación del funcionamiento familiar es un paso importante cuando se atiende el bienestar de los niños, por lo que, contar con un instrumento que posibilite de manera práctica y consistente el conocimiento de los índices de función o disfunción familiar, y que a su vez permita la intervención preventiva y correctiva. Con este propósito se desarrolló el Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) por Ortega, de la Cuesta y Dias en el año 1999. El FF-SIL adaptado para México es una Encuesta de 14 reactivos que mide las variables de: cohesión (reactivos 1 y 8), armonía (reactivos 12 y 13), comunicación (reactivos 5 y 11), permeabilidad (reactivos 7 y 12), afectividad (reactivos 4 y 14), roles (reactivos 3 y 9) y adaptabilidad (reactivos 6 y 10). (3)

Ha sido establecido que la calidad de las relaciones familiares y las formas de interacción podrían estar relacionados con el desarrollo y curso de diversas psicopatologías de la niñez. Existe un número de estudios que demuestra que los trastornos de la conducta (p.ej., trastorno negativista-desafiante, trastorno disocial y trastorno por déficit de atención-hiperactividad) son más comunes en las familias disfuncionales y en ambientes con niveles elevados de adversidad crónica (Frick *et al.*, 1992; Jensen *et al.*, 1993). En un trabajo reciente realizado en España (Roselló *et al.*, 2003) analizaron el impacto que producen en el ambiente familiar los niños con TDAH. Los resultados muestran claramente que tener un hijo con este trastorno genera incluso en los padres más competentes, sentimientos de ineficacia personal, estrés, frustración, enojo y rechazo, que afectan negativamente a la interacción que mantienen con sus hijos. (4)

Esfuerzos para explorar las relaciones entre TDAH y factores familiares han arrojado hallazgos complejos que ofrecen evidencia cada vez mayor de que los síntomas centrales del TDAH como falta de atención y pobre control de impulsos son altamente heredables (Biederman *et al.*, 1995), escasa evidencia para la hipótesis de que las prácticas de crianza por si solas sean las causas reales del TDAH (Barkley, *et al.*, 1991; Barkley, 1997). (5) Sin embargo, estos mismos hallazgos sugieren que los patrones de interacción familiar pueden ser una pieza clave para este trastorno; ya que parece estar relacionado con la gravedad y curso del TDAH (Peris y Hinshaw, 2003). (6)

Debido a la alta prevalencia del TDAH en niños, la naturaleza crónica de este trastorno, el deterioro grave en el funcionamiento de los niños y el grado en el cual el trastorno está caracterizado por interacciones negativas entre padres y niños es importante examinar la relación entre el ambiente familiar y esta condición clínica. (7)

El TDAH ha sido definido como un trastorno del autocontrol, caracterizado clínicamente por dificultades en el rango de atención, exceso de actividad motora y deficiencias en el control de los impulsos (APA, 2000). La prevalencia estimada para la población infantil mexicana oscila entre el 3 y 6%. Existe una frecuencia de 3 a 4 veces más en varones que en las mujeres. (8)

Prestemos atención a los principales síntomas que motivan, con razón o sin ella, la presunción diagnóstica del Trastorno de déficit de atención en orden a su frecuencia: bajo rendimiento escolar (78%), trastornos de conducta (50%), hiperactividad (24%) y, en un porcentaje muy inferior, el déficit de atención que da nombre al síndrome, junto con alteraciones del lenguaje y/o la interacción social.(9) El trastorno de déficit de atención en ocasiones se encuentra con dificultad para su diagnóstico de acuerdo a los patrones de comportamiento que presente el niño los síntomas deben estar presentes antes de los 7 años en al menos dos ambientes de la vida del niño, y durar como mínimo seis meses, lo cual es difícil de obtener en la primera consulta. (10)

**Planteamiento del problema:**

¿Cuál es el funcionamiento familiar presente en escolares con trastorno de déficit de atención en la HGP No 31 del IMSS de Mexicali?

**Justificación:**

Los niños con déficit de atención que acuden al consultorio de Neuropediatría del HGP#31 tienen algún tipo de trastorno de conducta que se ve reflejado en el ambiente escolar, social y familiar donde su interacción con las personas que lo rodean es muy irracional, alocada, inquieta y algunas veces hasta grosera e importuna por lo que en ocasiones es confundida como comportamiento antisocial y no es llevado para manejo neurológico y psicológico. Esto puede ocasionar a que la entidad de déficit de atención sea algo subdiagnosticada por lo mismo su estructura y la funcionalidad en base a cohesión y adaptabilidad de las familias de las que provienen no está bien descrita en la literatura, el conocimiento de las estructuras familiares y su funcionalidad, pudieran optimizar el manejo de estos pacientes y de sus familias. Los problemas de atención repercuten no sólo en el bajo rendimiento escolar y el alto índice de reprobación sino que afectan las relaciones sociales, familiares así como la autoestima y el autoconcepto.

El cuadro clínico analizado del Trastorno de déficit de atención manifiesta un interés relevante en la actualidad tanto en ámbito clínico como en el de Neurología y es un motivo frecuente en la población infantil, de derivación a consulta de neurólogos, pediatras, psiquiatras y psicólogos, también es uno de los problemas clínicos y de salud pública más importantes en términos de morbilidad y disfuncionalidad.

Sabemos que existen varios factores implicados como los genéticos, ambientales y neurobiológicos, pero el riesgo psicosocial es el que más destaca en cuanto al aprendizaje escolar, debido al rechazo y la marginación que sufren los niños con este trastorno, por ser considerados especiales. Desde la aparición del DSM-III, se le otorgó un estudio más inclinado en la disfunción cognitiva (desatención) sobre la disfunción motora (hiperactividad e impulsividad).<sup>(11)</sup> Por ello las teorías neuropsicológicas de este trastorno postulan una disfunción cognitiva, que involucra un déficit en las funciones ejecutivas y aquellas que defienden una disfunción motivacional. Con este en mente se propone con el cuestionario del funcionamiento familiar conocer en que área se ve más afectada la familia para con ello poder darle en enfoque necesario para mejorar el núcleo al cual el niño con déficit de atención pertenece ayudando a sus familiares a comprender que situaciones no favorecen o que actitudes adoptar para que el niño tenga en casa un factor motivacional, positivo y alentador para mejorar su comportamiento global.<sup>(12)</sup> Con esto se pretende derivar familias no tan funcionales a sesiones psicológicas para que ayude a disminuir el tratamiento farmacológico en cuestiones de tiempo y dosis que requiera cada paciente a un mínimo, y que tenga menos consultas al año al neurólogo y/o pediatras para descongestionar las áreas de atención de 2do nivel que son en ocasiones sobresaturadas y que conlleva a una atención de menor calidad y cantidad.

En forma resumida puede ser de utilidad para intervenir de manera preventiva y correctiva sobre familias que necesiten mejorar en su funcionamiento, elevando así la calidad de la vida comunitaria y la calidad de la atención que prestan las Instituciones del Sector Salud.

**Objetivo general:**

Conocer el funcionamiento familiar presente en escolares con el Trastorno de déficit de atención de la HGP No. 31.

**Objetivos específicos:**

- Señalar la presencia del trastorno de déficit de atención y su distribución por género.
- Expresar el nivel socioeconómico de los sujetos afectados por el trastorno de déficit de atención.
- Detectar a los sujetos con trastorno de déficit de atención que llegan a consulta de Neuropediatría y registrar su origen de referencia.
- Averiguar si la presencia de trastorno de déficit de atención provoque un mal funcionamiento familiar.

**Hipótesis:**

**Hipótesis alterna:** El funcionamiento familiar tiene relación directa con el trastorno de déficit de atención.

**Hipótesis nula:** El funcionamiento familiar no tiene relación directa con el trastorno de déficit de atención.

## Material y métodos

### Diseño:

Se realizara un estudio transversal, descriptivo, observacional no comparativo.

### Metodología:

Para que se pueda entender la aplicación del instrumento se hace necesario explicar los aspectos de la metodología propuesta. El test de funcionamiento familiar FF-SIL consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

No. de Situaciones	Variables que mide
--------------------	--------------------

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

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos.

Escala Cualitativa	Escala Cuantitativa
• Casi nunca	1 pto.
• Pocas veces	2 ptos.
• A veces	3 ptos.
• Muchas veces	4 ptos.
• Casi siempre	5 ptos.

Cada situación es respondida por el usuario mediante un puntaje en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera:

De 70 a 57 ptos. Familia funcional

De 56 a 43 ptos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 ptos. Familia disfuncional

De 27 a 14 ptos. Familia severamente disfuncional

## **Muestreo:**

La muestra está constituida por familias de niños que acudan al consultorio de Neuropediatría, con una edad de 6 a 12 años, que presentan el *Trastorno de déficit de atención* durante el periodo de Enero a Julio del 2011. Con un número de expedientes del consultorio de Neuropediatría de 2315 de los cuales 1570 tienen el diagnóstico de TDAH.

## **Cálculo del tamaño de la muestra:**

Tipo de Muestreo: Muestreo probabilístico, estratificado, proporcional.

Procedimiento:

Cálculo del Tamaño de la Muestra:

$$\text{Fórmula: } N = \frac{Z\alpha^2 \cdot P (1-P)}{l^2}$$

N = Número de pacientes necesarios

$Z\alpha^2$  = Nivel de confianza del 95%

P = Variabilidad del parámetro 3%

$l^2$  = Precisión 0.03

Cálculo matemático:

$$\text{Paso 1} \quad N= \frac{1.96^2 \times 0.03 (1- 0.03)}{0.03^2}$$

$$\text{Paso 2} \quad N= \frac{3.84 \times 0.03 \times 0.97}{0.0009}$$

$$\text{Paso 3} \quad N= \frac{3.84 \times 0.0291}{0.0009}$$

$$\text{Paso 4} \quad N= \frac{0.111744}{0.0009}$$

$$\text{Paso 5} \quad N= 124.16 \text{ Pacientes}$$

(Tamaño de Muestra requerida)

Se tomará un tamaño de muestra para el estudio de:

**124 escolares con trastorno de déficit de atención.**

**Procedimiento:**

Se realizara un cuestionario FF-SIL que evalúa el funcionamiento familiar en familias de escolares con trastorno de déficit de atención en la consulta de Neuropediatria. Se calificará con los siguientes criterios:

<b><u>Puntaje</u></b>	<b><u>Condición Familiar</u></b>
De 70 a 57 puntos.	Familia funcional
De 56 a 43 puntos.	Familia moderadamente funcional
De 42 a 28 puntos.	Familia disfuncional
De 27 a 14 puntos.	Familia severamente disfuncional

**Criterios de inclusión:**

Derechohabientes del IMSS, referidos al consultorio de Neuropediatria de la HGP No. 31, con el diagnostico de trastorno de déficit de atención, de sexo indiferente, edad de 6 a 12 años. Que tengan firmada la hoja de consentimiento informado y acepten la evaluación familiar con el cuestionario FF-SIL para conocer el funcionamiento familiar.

**Criterios de exclusión:**

No derechohabientes del IMSS, de edad menor de 6 años o mayor de 12 años, que se encuentren referidos al consultorio de Neuropediatria sin diagnostico de Trastorno de déficit de atención, que no tengan hoja firmada de consentimiento informado.

### **Análisis estadístico:**

Se realizara una prueba No-paramétrica con el análisis de varianza por una clasificación de rangos de Kruskal Wallis ya que la variable independiente es de origen ordinal con más de dos categorías y la variable dependiente es de origen nominal con más de dos categorías.

### **Conceptualización y operacionalización de variables:**

Variable dependiente:

- El Trastorno de déficit de atención se caracteriza por la presencia de afección en dos o más de las siguientes dimensiones; laboral, escolar, familiar y social. Con una duración mayor de 6 meses.

Variable independiente:

- Funcionamiento familiar es una serie de cuestiones que existen en la familia como el cumplimiento eficaz de sus funciones, el desarrollo de la identidad personal y autonomía de sus miembros, existencia de reglas y roles flexibles, comunicación clara y efectiva que permita compartir problemas, y la capacidad de adaptarse a los cambios.
- Escolares es un grupo de niños que comprende entre las edades de 6 años a 11 años.

## **ABORDAJE DE LOS PACIENTES A ESTUDIAR:**

Se tomarán de la consulta de Neuropediatría de la HGP 31 pacientes escolares que tengan el diagnóstico de déficit de atención, previo a la consulta se explicará por la asistente médica si el paciente está en edad escolar y tiene el diagnóstico de déficit de atención se les dará información de forma verbal sobre la participación en una encuesta para protocolo de investigación sobre el funcionamiento familiar y el déficit de atención, de aceptar participar en ello se les dará a firmar un consentimiento informado que en su contenido lleva el nombre del paciente, firma de tutor o padre, fecha de aplicación, número de afiliación, y firma de testigos. Una vez firmado el consentimiento informado, se les dará una introducción de cómo contestar por parte de trabajo social el cuestionario de FF-SIL que durante su contestación más sincera y verídica sobre la situación actual de la familia se medirá el funcionamiento familiar de acuerdo a la cohesión, adaptabilidad, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad y roles que son cuestionados mediante reactivos. Una vez terminado el cuestionario se les agradece la participación y serán informados una vez concluido el protocolo de investigación si el resultado es de manera no favorable, en un rango de disfunción moderada o severa, para ser canalizados al área de psicología para una terapia en grupo y ver las áreas que requieran mayor intervención para modificar la situación en el que se encuentra su entorno familiar.

**Cronograma de actividades:**

<b>1</b>	Planteamiento del problema de investigación	Marzo 2009
<b>2</b>	Elaboración del Marco Teórico	Abril 2009
<b>3</b>	Formulación de los objetivos	Julio 2009
<b>4</b>	Definición conceptual de variables	Agosto 2009
<b>5</b>	Elaboración de diseño de investigación	Septiembre 2009
<b>6</b>	Seleccionar criterios de inclusión e exclusión	Octubre 2009
<b>7</b>	Búsqueda de instrumento de evaluación	Noviembre 2009
<b>8</b>	Integración de protocolo	Diciembre 2009
<b>9</b>	Revisión gramatical de narración de protocolo	Enero-Febrero 2010
<b>10</b>	Corrección de protocolo	Marzo-Mayo 2010
<b>11</b>	Envío de proyecto a comité local de investigación (SIRELCIS)	Junio 2010
<b>12</b>	Prueba Piloto	Septiembre-Noviembre 2010
<b>13</b>	Revisión de prueba piloto	Diciembre 2010
<b>14</b>	Aplicación de encuestas	Enero 2011-Julio 2011
<b>15</b>	Recolección de resultados	Agosto 2011
<b>16</b>	Ordenamiento de datos	Agosto 2011
<b>17</b>	Análisis de datos	Septiembre 2011
<b>18</b>	Revisión final de tesis	Septiembre 2011
<b>19</b>	Impresión y encuadernado de Tesis	Octubre 2011
<b>20</b>	Entrega de Tesis	Noviembre 2011

## **Consideraciones éticas:**

### **Ley General de Salud, declaración de Helsinki y National research council.**

Este estudio se ajusta a las normas éticas de la Ley General de Salud y del Comité sobre experimentación en seres humanos de la Institución en que se efectuaron los experimentos, y a la declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983.

#### **a) Confidencialidad de resultados**

Investigación de la unidad hospitalaria y autoridades competentes. Conforme a los requisitos legales locales, así como representación sindical para su visto bueno.

#### **b) Consentimiento informado PARA LAS PERSONAS QUE SE VAN A ESTUDIAR Y SON DOS EN CASO QUE HAYA ADOLESCENTES.**

Antes del inicio del estudio se les informó a los participantes acerca de la investigación y se les pidió su consentimiento para participar si así lo deseaban. Todos los participantes en la investigación que aquí se reporta firmaran el consentimiento informado.

## RESULTADOS:

Se recabaron 110 encuestas en total, encontrándose un resultado de 55 (50%) de los pacientes evaluados corresponden a una familia funcional, 45 (41%) de los pacientes evaluados corresponden a una clasificación de familia moderadamente funcional, y 10 (9%) de los pacientes pertenecen a una familia disfuncional. (Figura. 1)

<b>FUNCIONAL</b>	<b>55 (50%)</b>
<b>MODERADAMENTE FUNCIONAL</b>	<b>45 (41%)</b>
<b>DISFUNCIONAL</b>	<b>10 (9%)</b>

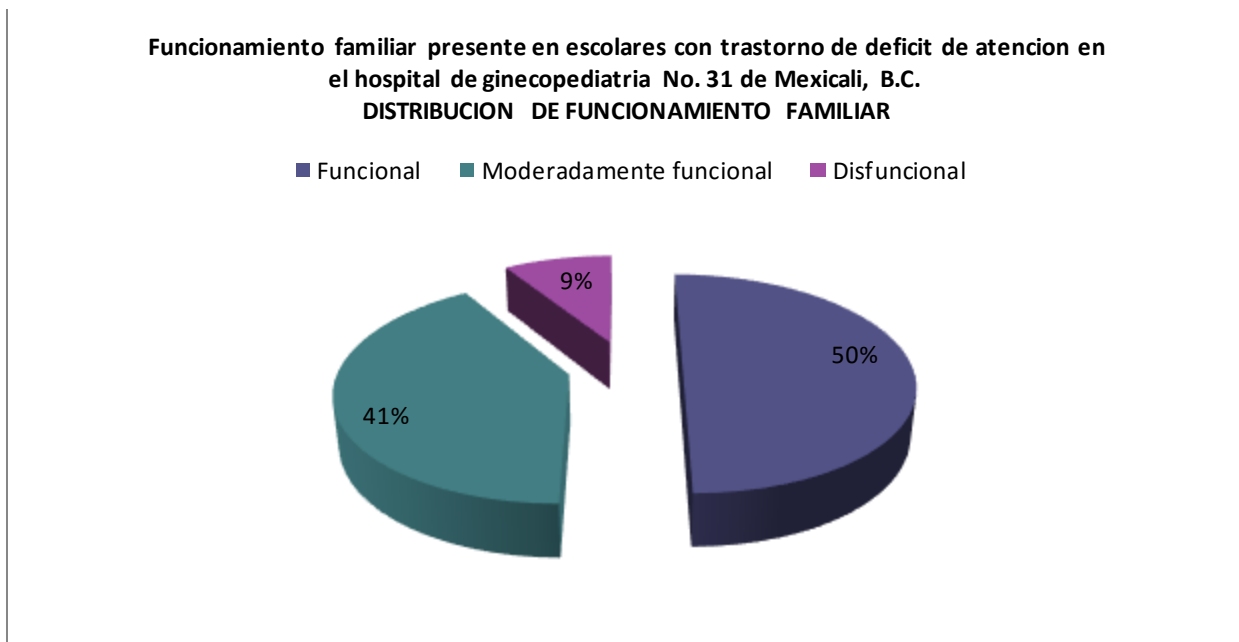


Figura 1. Porcentaje de distribución de acuerdo al funcionamiento familiar.

La relación que existe de encuestados en total fue de 110 con una distribución por género de 73 hombres y 37 mujeres. (Figura. 2)

<b>HOMBRES</b>	<b>73</b>
<b>MUJERES</b>	<b>37</b>
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>

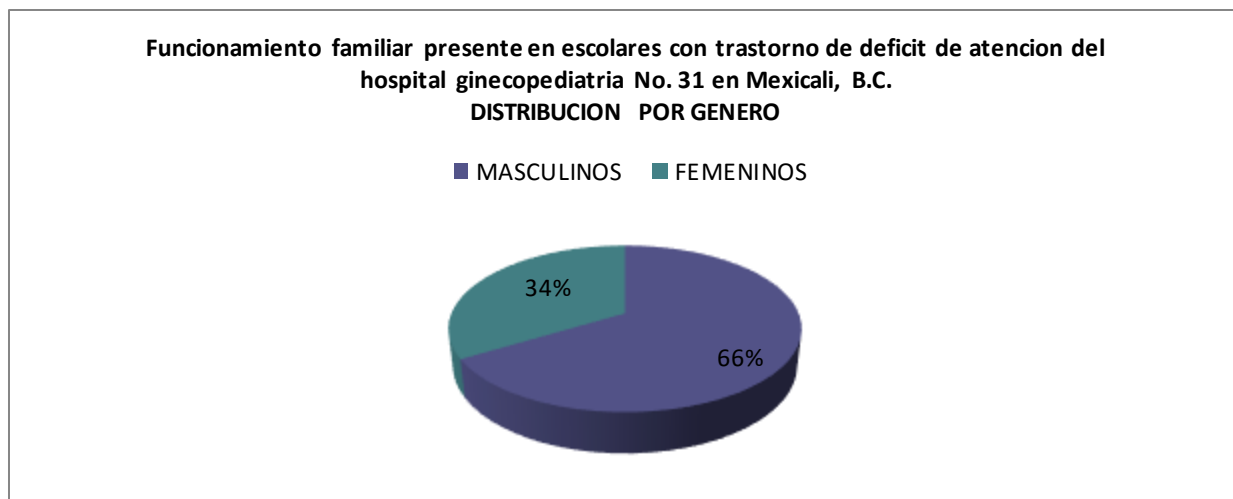


Figura. 2 Grafica de distribución por género.

De acuerdo a las distribución por edades hubo de la edad de 6 años un total de 14 participantes femeninas y 26 masculinos, de 7 años de edad hubo 7 participantes femeninas y 15 masculinos, de la edad de 8 años 3 femeninas y 5 masculinos, de 9 años de edad fueron 4 femeninos y 12 masculinos, de 10 años de edad participaron 4 femenino y 8 masculinos, y de 11 años fueron 5 femeninas y 7 masculinos. (Figura. 3)

<b>EDAD</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>MASCULINO</b>
<b>6 años</b>	<b>14</b>	<b>26</b>
<b>7 años</b>	<b>7</b>	<b>15</b>
<b>8 años</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
<b>9 años</b>	<b>4</b>	<b>12</b>
<b>10 años</b>	<b>4</b>	<b>8</b>
<b>11 años</b>	<b>5</b>	<b>7</b>

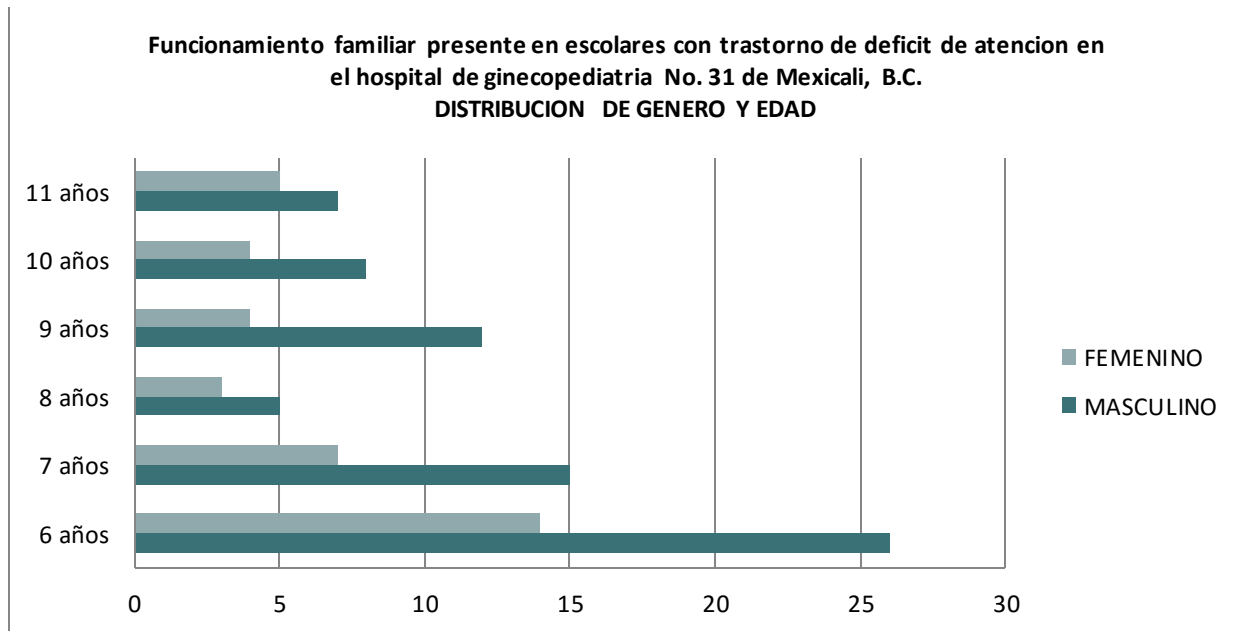


Figura. 3 Grafica de distribución de acuerdo a género y edad.

De acuerdo al funcionamiento familiar y la distribución de género el resultado fue de clasificación funcional un total de 18 femeninas y 37 masculinos. De acuerdo a la clasificación moderadamente funcional un total de 16 femeninos y 29 masculinos. Con resultado de Disfuncional fueron 3 femeninos y 7 masculinos. (Figura. 4)

<b>FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>MASCULINO</b>
<b>FUNCIONAL</b>	<b>18</b>	<b>37</b>
<b>MODERADAMENTE FUNCIONAL</b>	<b>16</b>	<b>29</b>
<b>DISFUNCIONAL</b>	<b>3</b>	<b>7</b>

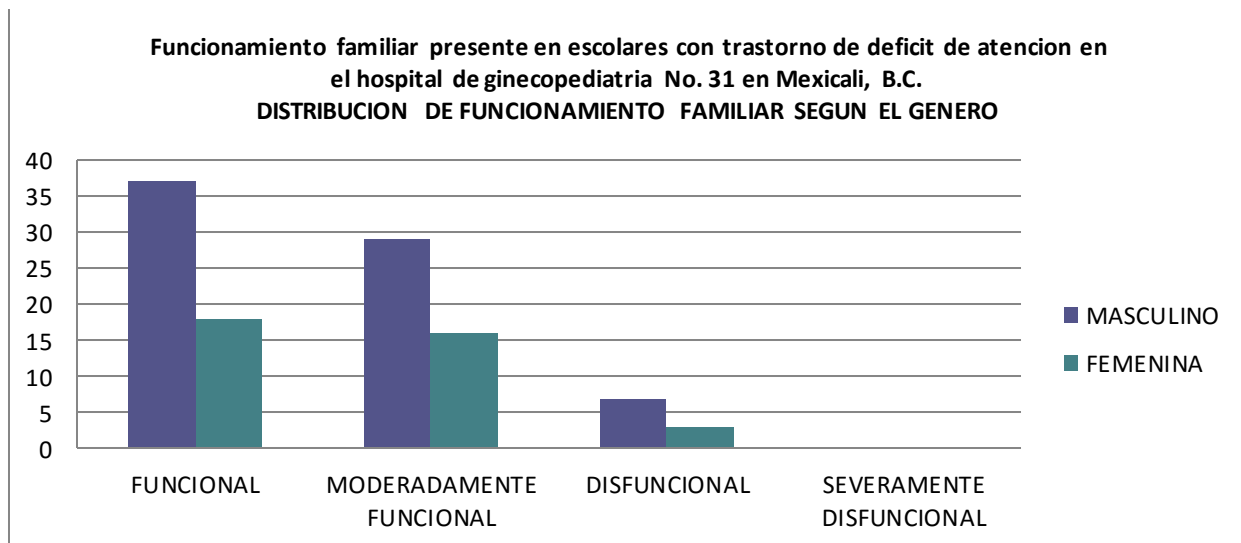


Figura 4. Grafica de funcionamiento familiar distribuido por género.

## **DISCUSION:**

Se utilizó la prueba de Kruskal Wallis para analizar los 110 pacientes con trastorno de déficit de atención que se evaluaron con el test FF-SIL donde se midieron las variables de género, edad y el tipo de funcionamiento familiar presente en paciente con un resultado de valor de  $P > 0.3679$  para las 3 variables analizadas. Al analizar el puntaje arrojado por el test FF-SIL se obtuvo una media de respuesta de 65.16364 de puntos que es igual a un funcionamiento familiar por el puntaje de 70 a 57 de una familia funcional. Se realizó el análisis de género donde se obtuvo una razón de 2:1 de predominio masculino. Se analizó el rango de edad obteniendo una media entre los participantes de 7.6181 años de edad.

Se puede observar que el resultado de funcionamiento familiar en 55 encuestados de tipo funcional que de acuerdo al porcentaje es del 50%, el de tipo moderadamente funcional fueron 45 encuestados con un porcentaje de 41%, además el tipo disfuncional fue en solo 10 encuestados con un porcentaje del 9% y el tipo severamente disfuncional no arrojó ningún resultado entre los encuestados. Se puede concluir que el resultado fue mayor el funcionamiento familiar de tipo funcional y moderadamente funcional sobre el tipo disfuncional.

Se observa un predominio entre los encuestados del género masculino que se puede asociar a lo que discute la literatura que existe un predominio de masculinos entre el trastorno de déficit de atención en una razón de 3:1 sobre el femenino, lo que se puede concluir que si existe esta relación en el estudio.

En el análisis de edad se tenía el rango de 6 a 11 años ya que solo se encuestarían al grupo en edad escolar, se obtuvo un promedio de edad de 7 años, la literatura marca que para que exista el trastorno de déficit de atención debe estar presente durante un tiempo mínimo de 6 meses la afectación del entorno familiar, social, laboral y escolar antes que el niño llegue a la edad de 7 años. Por lo que se concluye que el trastorno de déficit de atención logra estar presente a esta edad en promedio con el diagnóstico establecido.

## **CONCLUSIONES:**

Las variables analizadas arrojaron un valor de  $P > 0.3916$  como es mayor a lo esperado se puede plantear que los resultados pudieron estar influidos por el azar por lo tanto no se puede rechazar la hipótesis nula, lo que avala que las variables utilizadas en el estudio no están asociadas al trastorno de déficit de atención que esta presente en el grupo estudiado. Se puede sugerir que para un seguimiento del estudio se haga un análisis de casos y controles para no tener un grupo tan homogéneo.

Durante el estudio se encontraron datos que sugieren que el funcionamiento familiar no está relacionado con el trastorno de déficit de atención, ya que el porcentaje de disfunción familiar fue un mínimo del 9%, en un total de 110 familias encuestadas con el cuestionario FF-SIL que mide la cohesión, adaptabilidad, armonía, afectividad, roles, comunicación y permeabilidad. Se concluyo que existe un mayor número de familias funcionales con porcentaje del 50% que tienen algún hijo con el trastorno de déficit de atención, y que no se ve afectado la función familiar. Se clasifica el trastorno de déficit de atención con 2 o más de los ámbitos afectados, entre ellos puede ser el escolar, el hogar, social y laboral, por lo que se pensaba ver reflejado la afectación en el ámbito del hogar con la función familiar, pero no se pudo concluir que sea solo el hogar el afectado en este grupo de análisis. Sin embargo el grupo con el resultado de disfunción familiar deberá ser intervenido por un grupo multidisciplinario en el area de psicología, trabajo social y el médico familiar para poder resolver las situaciones que lo lleva a tener una situación disfuncional y los aspectos que deberán de ser modificados para la mejoría del entorno familiar.

Por último se concluye que la hipótesis nula que indica que el funcionamiento familiar no tiene relación con el trastorno de déficit de atención no se puede rechazar, y que se deberá de hacer un análisis de una población mayor en una situación de casos y controles para usar un método comparativo en un grupo heterogéneo para poder concluir con mayor precisión si existe una relación directa entre el funcionamiento familiar y el trastorno de déficit de atención.

## **BIBLIOGRAFIA:**

1. Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en la Atención primaria. Archivos en Med. Familiar. 2006, Vol. 8; p. 27-32.
2. Vargas-Mendoza JE, Gonzalez-Zarzar C. Escuela para padres: El funcionamiento familiar. Centro Regional de Investigación en Psicología, 2009, Vol. 3, Numero 1; p. 19-22.
3. Ortega-Veitia, M. T., De la Cuesta, F. D., y Dias, R. C. (1999) Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales.
4. Presentacion-Herrero MJ, García-Castellar R, Miranda-Casas A. Impacto familiar de los niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: Efecto de los problemas de conducta asociados. Rev.Neurología, 2004; p. 137-143.
5. Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press; 2006.
6. López JA, Montes JM, Sánchez. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: análisis discriminante de subtipos. Rev. Psiquiatría Infanto-Juv. 2003; p. 108-119.
7. Moreno, I. & Servera, M. Los trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Madrid: Pirámide. 2002. p. 217-254.
8. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guidelines: Diagnosis and evaluation of the child with Attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics 2000; p. 1158-1170.

9. López Villalobos J.A, Serrano Pintado I, Delgado Sánchez J. Trastorno por déficit de atención/Hiperactividad: perfil intelectual y factor de independencia a la distracción. Rev. Neurología 2007; p. 589-595.
10. López JA, Serrano I, Delgado J, Ruiz F, García MJ, Sánchez MI. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una alteración psicopatológica con impacto multidimensional. Anales de Psiquiatría 2004; p.205-10.
11. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.
12. Gutiérrez JR, Rey F. Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente. Madrid: Smith-Kline Beecham; 2000. p. 335-45.

## Anexo 1

### CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5)

1. *Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.* \_\_\_\_\_
2. *En mi casa predomina la armonía.* \_\_\_\_\_
3. *En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.* \_\_\_\_\_
4. *Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.* \_\_\_\_\_
5. *Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.* \_\_\_\_\_
6. *Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.* \_\_\_\_\_
7. *Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.* \_\_\_\_\_
8. *Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.* \_\_\_\_\_
9. *Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.* \_\_\_\_\_
10. *Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones* \_\_\_\_\_
11. *Podemos conversar diversos temas sin temor.* \_\_\_\_\_
12. *Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.* \_\_\_\_\_
13. *Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.* \_\_\_\_\_
14. *Nos demostramos el cariño que nos tenemos.* \_\_\_\_\_

## Anexo 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA:

Yo:

Reconozco que se me ha proporcionado información amplia y precisa sobre el procedimiento a realizar:

1. Entrevista-Cuestionario:
2. Exploración Física:
3. Inmunizaciones:
4. Cirugía menor
5. Otro:

xxxxx

Por lo que entiendo y declaro lo siguiente:

1. Que se me ha informado con amplitud y claridad sobre la investigación que realizara la Dra. Thelma Ureta Lara, Residente de Medicina Familiar, sobre el funcionamiento familiar en escolares con Trastorno de Déficit de atención.
2. Que me comprometo a acudir a las citas que se requieran para cuestionamiento necesario con la trabajadora social o psicóloga encargada de la realización del cuestionario FF-SIL.
3. Por lo anterior, es mi decisión libre, consciente e informada, aceptarlo.
4. Se me ha asegurado que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio.

Firmo este CONSENTIMIENTO por mi libre voluntad en presencia de un testigo y sin haber estado sujeta(o) a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

Mexicali, B. C.

Lugar y Fecha		
Aceptante		
Nombre y firma (o huella)	No. de Afiliación	Unidad Medica de adscripción
Testigo (1)	Testigo (2)	

