



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**“ FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTRÉS EN LOS PADRES
DE PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT
DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) ”**

PRESENTA:

ORDAZ MIRANDA CELIA PATRICIA

ASESORES:

- **DRA. MARIA CECILIA ANZALDO CAMPOS**
- **DRA. EDITH ARIANA SANABRIA DÍAZ**
- **DR. RAMÓN TAPIA ACOSTA**

TIJUANA, BAJA CALIFORNIA, MÉXICO., FEBRERO DE 2016.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

- ☞ **A Dios y a la Vida** por permitirme ser quien soy, un ser humano lleno de defectos y también de virtudes, por darme fortaleza, paciencia y perseverancia ante todo momento, por permitirme culminar una de las etapas a nivel profesional más importantes de mi vida, por permitirme conocer gente que siempre me ha apoyado de forma incondicional, por la esperanza de que las cosas con esfuerzo rinden fruto.

- ☞ **A mis padres: Elvira y Antonio**, los que a través de su ejemplo de perseverancia constante, sembraron en mí el amor por el estudio... A pesar de nuestra historia de vida familiar, cada uno ha dejado en mí profunda huella, por un lado mi padre, fue quien me hizo perseverar en este largo camino de mi preparación profesional... a no desistir a pesar de las circunstancias; y por otro lado, mi madre al apoyarme incondicionalmente además de acompañarme en las buenas y en las malas.

- ☞ **A mi hermana: Dulce**, que amo profundamente, mi cómplice... con la cual he recorrido este viaje de vida y a la que agradezco por su apoyo incondicional y palabras de aliento en todo momento, por ser además un ejemplo de excelencia académica y de fortaleza.

- ☞ **A mi esposo: René**, quien me ha cuidado y apoyado de forma incondicional desde hace seis años, gracias porque a través de tu paciencia y tolerancia has sabido esperarme, ser un buen compañero en las noches de desvelo y estudio, por esa taza de café o té a altas horas de la noche para poder seguir estudiando... porque nunca me has soltado de la mano; eres único, eres mi esposo y mi mejor amigo.

- ☞ **A mis amigas: Carolina, Paulina y Nelly**, por tantas citas pendientes, por sus palabras de aliento y ánimo, por su consejo y amistad incondicional desde hace varios años, más que amigas, son mis hermanas.

☞ *A mis maestros de la Especialidad en Medicina Familiar, en especial **Dra. María Cecilia Anzaldo Campos** y **Dr. Juan José Camacho Romo**, los cuales a través de su guía firme, de su conocimiento y sobre todo, de su generosidad con la enseñanza nos han impregnado la verdadera esencia de la Medicina Familiar y el compromiso como profesionista que supone el haber sido parte de la Sede Tijuana; a los médicos especialistas de las distintas rotaciones por las que cursamos en nuestra formación, quienes de forma generosa y desinteresada compartieron su conocimiento y práctica, algunos de los cuales además, nos brindaron su amistad y muy particularmente a la **Dra. Edith Ariana Sanabria Díaz**, por su generosidad al haberme permitido estar con ella día a día en la consulta de Paidopsiquiatría con motivo del presente trabajo, por ser un gran ejemplo de profesionalidad y de entrega a sus pacientes, por tener siempre una sonrisa en el rostro.*

☞ *A cada una de las **madres y padres de familia** que de forma desinteresada apoyaron la realización de este trabajo de investigación al haber sido generosos con sus respuestas y al haber confiado su intimidad a una servidora; a esos **niños y niñas con diagnóstico de TDHA** quienes son únicos y merecen médicos, padres y una sociedad comprometida con su problemática y condición de vida.*

Tijuana, Baja California, México., Febrero de 2016

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: **Voto Aprobatorio**

Habiendo fungido como como Director de la tesis titulada "**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTRÉS EN LOS PADRES DE PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)**", elaborada por **Celia Patricia Ordaz Miranda**, manifiesto a ustedes que reúne con los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE

Dra. María del Rocío Serrano Flores
Presidente

c.c.p. Archivo

Tijuana, Baja California, México., Febrero de 2016

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: **Voto Aprobatorio**

Habiendo fungido como como Secretario de la tesis titulada "**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTRÉS EN LOS PADRES DE PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)**", elaborada por **Celia Patricia Ordaz Miranda**, manifiesto a ustedes que reúne con los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

A T E N T A M E N T E

Dr. Juan José Camacho Romo
Secretario

c.c.p. Archivo

Tijuana, Baja California, México., Febrero de 2016

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: **Voto Aprobatorio**

Habiendo fungido como como Sinodal de la tesis titulada "**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTRÉS EN LOS PADRES DE PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)**", elaborada por **Celia Patricia Ordaz Miranda**, manifiesto a ustedes que reúne con los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE

Dra. María Cecilia Anzaldo Campos
Sinodal

c.c.p. Archivo

ÍNDICE

➤ Resumen	08
➤ Antecedentes	10
➤ Planteamiento del Problema	16
➤ Objetivos	17
➤ Justificación	18
➤ Hipótesis	19
➤ Material y Métodos	20
➤ Aspectos éticos	25
➤ Recursos utilizados	25
➤ Resultados	26
➤ Discusión	42
➤ Conclusiones	56
➤ Bibliografía	62
➤ Anexos	66

RESUMEN

TITULO: Funcionalidad familiar y estrés en los padres de pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

INVESTIGADORES: Celia Patricia Ordaz Miranda, Cecilia Anzaldo, Edith Sanabria, Ramón Tapia.

OBJETIVOS: Conocer el grado de funcionalidad familiar y el nivel de estrés en los padres de pacientes con TDAH usuarios del Hospital General Regional No. 1.

ANTECEDENTES: El TDAH es una condición neuropsiquiátrica con etiología multifactorial y de inicio en la infancia, caracterizado por la dificultad para poner atención, hiperactividad y/o impulsividad que puede persistir hasta la edad adulta, impactando diferentes áreas como la académica, laboral y social. Es la afección psiquiátrica diagnosticada más frecuente en niños con una prevalencia mundial del 3 al 5 %. El tener un paciente con TDAH en la familia ha demostrado que genera un impacto negativo en la funcionalidad familiar, por su conducta problemática, lo cual conlleva a sobrecarga en los cuidados de padres y hermanos; son familias con una pobre cohesión familiar, los padres son tres veces más propensos a separarse o divorciarse, suelen estar más aislados, además, sufren de ansiedad, depresión y estrés. Por lo anterior, es importante conocer la funcionalidad familiar, el tipo de interacción entre el niño y el cuidador, el impacto de los síntomas dentro del hogar así como los recursos de afrontamiento de la familia con un paciente con TDAH.

MATERIALES Y METODOS: Estudio no experimental, transversal, descriptivo, correlacional. Población de estudio: Madre o padre de pacientes con TDAH derechohabientes del IMSS en el HGR No. 1 en Tijuana, B.C. Muestreo tipo no probabilístico dirigido por criterios, tamaño de la muestra de 100 padres de familia, a los cuales se aplicó un cuestionario sociodemográfico e instrumentos validados: Cuestionario sobre Percepción del Funcionamiento Familiar y la Escala de Estrés Parental. Para el análisis de resultados se utilizó estadística descriptiva y no

paramétrica, análisis bivariado con prueba X^2 . Análisis de datos con el programa estadístico SPSS 21.

RESULTADOS: El grupo de padres de pacientes con TDAH estuvo conformado por 99 mujeres y un hombre (edad media de 36.78 años). El 72% de las familias tiene una estructura familiar tipo nuclear. El paciente con TDAH presenta problemas de relación (indiferente, tensa, rechazo) con su madre, padre y hermanos en un 13, 30 y 35%, respectivamente. Respecto a las redes de apoyo con las que cuenta la familia en la crianza del niño con TDAH, un 87% de los padres no cuenta con apoyo familiar. En cuanto a la funcionalidad familiar, un 53% de las familias son funcionales, mientras que el 47% son disfuncionales. De acuerdo a la Escala de Estrés Parental, un 89% de los padres de familia fueron percibidos con estrés ocasionado en el ejercicio de su rol. Finalmente, la relación entre disfunción familiar y estrés parental, resultó con una OR= 1.233 (IC 95%= 1.082- 1.403), lo que nos habla de 1.233 veces más probabilidad que se presente estrés parental en las familias disfuncionales con un paciente diagnosticado con TDAH hasta en el 100%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Aunque el porcentaje de familias funcionales fue mayor al de las familias disfuncionales (53% vs 47%), hasta en el 89% de los casos los padres de familia fueron percibidos con altos niveles de estrés y más aún, con estrés clínicamente significativo. En lo que respecta a la subescala Interacción Disfuncional Padre-Hijo, el 93% de los padres presentan estrés clínicamente significativo, lo cual destaca la relación entre el estrés y la elevada conflictividad en la interacción padre-hijo. De acuerdo a los resultados de la presente investigación, la alta prevalencia del TDAH, su naturaleza crónica, 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, además, considerar que el estrés parental existe en familias de pacientes con TDAH y abordarlo como parte del tratamiento. **PALABRAS CLAVE:** Déficit de Atención e Hiperactividad, Funcionalidad Familiar y Estrés Parental.

ANTECEDENTES

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), anteriormente conocido como Síndrome de Disfunción Cerebral Mínima, fue descrito en 1902 por Sir George F. Still quien publicó en Lancet 43 casos clínicos de chicos con serios problemas en la atención sostenida y la autorregulación, elevada agresividad, conducta desafiante, exceso de actividad, labilidad emocional, dificultad para concentrarse, una reducida capacidad de control inhibitorio y una marcada incapacidad para internalizar reglas, consideró que dicha alteración estaba genéticamente determinada. En 1978, la OMS, en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), lo describe como Síndrome Hiperquinético de la Infancia; mientras que la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) lo integró a su clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-III) como Déficit de Atención con Hiperactividad.¹

El TDAH es una condición neuropsiquiátrica con etiología multifactorial y de inicio en la infancia, caracterizado por la dificultad para poner atención, hiperactividad y/o impulsividad que puede persistir hasta la edad adulta, impactando diferentes áreas como la académica, laboral y social.² En el reciente Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª Edición) de la APA, el TDAH se considera un trastorno del neurodesarrollo y se establece la edad anterior a los 12 años para la aparición de los síntomas.³ Hay tres subtipos del TDAH: a) El predominantemente inatento (18.52%), b) el predominantemente hiperactivo-impulsivo (17.10%) y c) el mixto, que es el más frecuente (58.72%).⁴ El TDAH, es la afección psiquiátrica diagnosticada más frecuente en niños, se estima que la prevalencia mundial es de 3 a 5 % en niños de edad escolar y en México del 5% aproximadamente, siendo la primera causa de

atención psiquiátrica en la población infantil según los Servicios de Atención Psiquiátrica.⁵ En Estados Unidos (EU) la prevalencia en varones en edad escolar es de 5.4 a 16.1%; mientras que en niñas es del 1.9 a 4.5%; persiste en el adolescente hasta en 80% de los casos y en el adulto continúa hasta un 33 y 66%, esto último lo convierte en un problema de salud pública en EU.⁶ En México, según datos del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" se calcula que existen alrededor de 1,500,000 niños con TDAH.⁷ La etiología del TDAH es desconocida; se piensa que es alteración neurobiológica causada por la interacción de factores genéticos poligénicos (alta heredabilidad hasta un 80% de carga genética) con otros factores ambientales, perinatales y psicosociales, sin dejar de lado, las condiciones familiares y escolares adversas, las que son especialmente importantes en la evolución del trastorno.⁸ En los últimos 20 años las técnicas de neuroimagen han demostrado que el TDAH está asociado con alteraciones morfológicas, funcionales y de la conectividad de varios circuitos frontoestriadoparietales y frontocerebelares que intervienen en las funciones ejecutivas, la memoria de trabajo, la cognición y el control de los impulsos; existe un retraso en la maduración estructural del cerebro (corteza prefrontal) y alteraciones bioquímicas como déficit de dopamina y noradrenalina.⁹

En el preescolar se estima una prevalencia del 2 al 8%; los síntomas más frecuentes son los elevados niveles de actividad y de impulsividad, mientras que los problemas atencionales son menos prevalentes; niños siempre en movimiento, agotadores, demandantes, arriesgados y desobedientes; presentan un mayor riesgo de tener dificultades en el comportamiento, sociales, familiares y académicas.¹⁰ Alrededor del 65% de los niños diagnosticados con TDAH, persiste con el diagnóstico en la adolescencia, con mayores complicaciones por el deterioro que este cuadro genera en

el desarrollo psicosocial; los jóvenes tienen una historia de mayores repeticiones de grado escolar, suspensiones y expulsiones. Se conserva la triada clínica de inatención, hiperactividad e impulsividad; las funciones cognitivas como memoria de trabajo verbal, discurso internalizado, el autocontrol emocional y la organización, pueden ser más afectados por el trastorno.¹¹

Para Ackerman (1969) la familia es la unidad de crecimiento, experiencia y realización, sirve a la continuidad biológica al proporcionar un patrón grupal socialmente sustentado para que el varón y la mujer se unan y puedan cuidar a sus hijos; su responsabilidad principal es la socialización de sus miembros, promover la unión e individuación, cultivar los lazos de afecto e identidad, satisfacer las necesidades recíprocas, entrenar a sus miembros en tareas de participación social e impulsar el desarrollo de cada uno.¹² El ambiente familiar es una entidad formativa en el desarrollo del niño, provee factores protectores y, a la vez, actúa como una fuente de estrés. Se ha establecido que la calidad de las relaciones familiares y los patrones de interacción podrían estar relacionados con el desarrollo y curso de diversas psicopatologías en la niñez, en este sentido, Frick et al.(1992) refieren que los trastornos de conducta (trastorno negativista-desafiante, trastorno disocial y TDAH) son más comunes en las familias disfuncionales.¹³ Por lo anterior, el buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad entre sus miembros; en base en el cumplimiento eficaz de sus funciones, o en su incumplimiento, se habla de familia funcional o disfuncional, respectivamente; siendo la funcionalidad familiar la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.¹⁴ Los síntomas del TDAH tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo e interfieren en su funcionamiento social,

emocional y cognitivo, causan una importante morbilidad y disfuncionalidad no sólo en el niño, sino también en su familia; la disfunción familiar constituye un factor de riesgo que interactúa con la predisposición del niño, y exacerbar la presentación de los síntomas y su continuidad, por ejemplo, los estilos disciplinarios altamente directivos y hostiles –o excesivamente permisivos–, las psicopatologías de los padres y el abuso de drogas, no facilitan la interiorización de las reglas sociales.¹⁵ López-Soler, Puerto, López-Pina y Prieto (2009) proponen la existencia de diferentes estilos educativos parentales, es decir, tendencias globales de comportamiento, resultado de la interacción de diferentes actitudes y conductas de los padres y madres a la hora de interactuar con el niño o niña, influyendo sobre su comportamiento. Para Rinaldi y Howe (2011) estilos parentales autoritarios y permisivos están relacionados con diferentes tipos de desajustes: problemas de conducta, baja afiliación con los pares, entre otras.¹⁶ En base al estilo educativo parental, Kendall y Shelton (2003) han tipificado cuatro estilos de manejo familiar en relación al TDAH, que proporcionan un panorama del nivel de disfunción familiar: 1) Estilo caótico: clima familiar extremadamente estresante, falta de redes de apoyo familiar y social, falta de estructura familiar, conflicto entre los padres, confusión de roles y falta de cohesión familiar, carente de estrategias de afrontamiento, pobre expresión de los sentimientos y emociones y con un estilo educativo parental extremadamente rígido; 2) Estilo controlado por el TDAH: existe centralización del trastorno a través del refuerzo negativo de la conducta, con pobres redes de apoyo familiar y social, la familia se encuentra colapsada ante la problemática y tienden a culpar a otros por la conducta del paciente; 3) Estilo sobreviviendo al TDAH: familia emocionalmente saludable, busca educarse sobre aspectos relacionados con la problemática del paciente, tiene redes de

apoyo familiar y social, además, cuenta con estrategias de afrontamiento y 4) Estilo reinvertido: el trastorno está presente pero no es la prioridad para la familia, utilizan estrategias de afrontamiento de tipo adaptativas, el paciente con TDAH asume responsabilidades.¹⁷ El tener un paciente con TDAH en la familia se ha demostrado que genera un impacto negativo en la funcionalidad familiar, por su conducta problemática, lo cual conlleva a sobrecarga en los cuidados de padres y hermanos; son familias con una pobre cohesión familiar, los padres son tres veces más propensos a separarse o divorciarse que padres de niños sin TDAH (54% vs. 15%), suelen estar más aislados, además, sufren de ansiedad, depresión y estrés.¹⁸ Lo anterior además va a repercutir en el propio niño o niña, en su desarrollo emocional y en su autoestima; por lo tanto, la disfuncionalidad familiar es mayor para los padres de niños con TDAH y está consistentemente asociada con las alteraciones conductuales, con la gravedad del TDAH y con la persistencia de los síntomas en los niños.¹⁹ El modelo transaccional enfatiza la manera recíproca en la que las características del niño y de los padres interactúan en la patogénesis del TDAH; ya que el difícil comportamiento exhibido por los niños con TDAH evoca respuestas negativas en los padres, lo que a su vez exagera los problemas del niño y con el tiempo crea un círculo vicioso de interacción entre padres e hijos.²⁰ Bowlby (1973), consideró que el TDAH debe ser entendido en términos de una compleja interacción en la dinámica familiar²¹; en este sentido, el tema del apego en los niños con TDAH ha sido escasamente estudiado; Cassidy y Fiel (1994), afirman que los niños que presentan un vínculo inseguro son más vulnerables a presentar problemas de regulación de los afectos y la conducta, tal como ocurre en los niños con TDAH.²² En lo que respecta al estrés parental en las familias de un paciente con TDAH, Deater- Deckard (2004) refieren estrés paterno como «un conjunto de

procesos que conducen a reacciones psicológicas y fisiológicas aversivas derivadas de los intentos de adaptarse a las exigencias de la paternidad. Esto a menudo se experimenta como sentimientos y creencias negativas hacia sí mismo y hacia el niño».²³ Abidin (1992) considera el estrés parental como un elemento activador que fomenta la utilización de los recursos disponibles para afrontar de una manera satisfactoria el ejercicio del papel parental, siendo tan perjudicial la falta absoluta de activación como unos niveles extremos de estrés; diversos estudios han documentado que los padres y las madres con elevados niveles de estrés parental tienden a presentar síntomas depresivos, ansiedad, y suelen desplegar prácticas educativas disfuncionales e incluso maltratantes, además de un apego inseguro en el niño.²⁴ Se llevó a cabo un metaanálisis en Estados Unidos: <<Estrés parental en familias de niños con TDAH>>, con 44 estudios publicados entre 1983 y 2007 (38 estudios de América del Norte, 4 de Europa Occidental y 2 de Asia), las principales conclusiones fueron que la conducta del paciente con TDAH aumenta los niveles de estrés familiar debido a los retos para la educación que plantea el comportamiento típico de los niños hiperactivos; el incremento del estrés se asocia frecuentemente con respuestas negativas de los padres –incluidos estilos de crianza desadaptativos– que pueden empeorar la conducta del niño, incrementar los problemas psicológicos en los padres e incluso perjudicar las relaciones matrimoniales y familiares.²⁵ 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, además, considerar que el estrés parental existe en familias de pacientes con TDAH y abordarlo como parte del tratamiento.²⁶

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de funcionalidad familiar y el nivel de estrés en los padres de pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer el grado de funcionalidad familiar y el nivel de estrés en los padres de pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las características sociodemográficas de la madre o padre del paciente con TDAH.
- Conocer el tipo de familia según su conformación en la que más prevalece el TDAH.
- Conocer los factores generadores de estrés parental: a) Factor Malestar Paterno
b) Factor Interacción Disfuncional Padre-Hijo c) Factor Niño Difícil.
- Correlacionar el grado de funcionalidad familiar con el nivel de estrés parental.

JUSTIFICACIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una patología de alta prevalencia dentro del desarrollo neurológico del niño; genera un elevado número de consultas médicas y es frecuente la falta de orientación del médico en relación a este trastorno; desde el punto de vista ambiental motiva una gran ansiedad familiar y escolar, ya que las enfermedades crónicas en un niño cambian la dinámica familiar, además, los padres de estos niños experimentan altos niveles de estrés, baja autoestima, aislamiento social, depresión y discordia marital generando deterioro del TDAH.

Con esta investigación se intenta realizar un aporte teórico sobre el tema antes citado, que abra puertas a subsecuentes investigaciones, ya que la mayoría de los estudios se centran en el paciente que padece TDAH y en las características específicas de dicha patología, dejando muchas veces de lado lo concerniente a los padres. Lo anterior, se verá facilitado a partir del análisis de la funcionalidad familiar, de observar los diferentes niveles de estrés parental e identificar en qué área (dificultad en el rol de padre/madre, interacción disfuncional padres-hijos/as, dificultad en la conducta del hijo) se refleja dicho estrés. Así, a partir de los datos obtenidos, dejar líneas abiertas a futuras investigaciones sobre la importancia de implementar estrategias de intervención como la psicoeducación, para proporcionar a los padres: información sobre las principales características del TDAH, la problemática que puede generar en diferentes áreas de la vida, estilos de afrontamiento efectivos, expectativas futuras, evolución del trastorno y modalidades de tratamiento.

HIPÓTESIS

- ▶ **Hipótesis de Trabajo (H1):** La coexistencia de disfunción familiar y estrés parental es alta en familias de pacientes con TDAH usuarios del Hospital General Regional No. 1 del IMSS.

- ▶ **Hipótesis Nula (H0):** No existe correlación entre disfunción familiar y estrés parental en familias de pacientes con TDAH usuarios del Hospital General Regional No. 1 del IMSS.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO→ Estudio no experimental, transversal, descriptivo, correlacional.

LUGAR DE ESTUDIO→ Consulta externa de Paidopsiquiatría, Hospital General Regional No. 1 (HGR No.1) del Instituto Mexicano del Seguro Social. Tijuana, Baja California, México.

PERIODO DE CAPTURA → Del 1° de Marzo al 1°de Mayo del 2015.

POBLACIÓN DE ESTUDIO→ Madre o padre de pacientes con TDAH derechohabientes del IMSS al término de la consulta de Paidopsiquiatría.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA→ Muestreo de tipo no probabilístico dirigido por criterios.

TAMAÑO DE LA MUESTRA→ El tamaño de la muestra se determinó en base a la prevalencia del 5% en México según la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del TDAH en niños y adolescentes en atención primaria y especializada, se aplicó la siguiente fórmula: $N = \frac{Z^2 \times P(1-P)}{m^2}$ donde N= Tamaño de la muestra, Z= Nivel de significancia (1.96), P= Prevalencia estimada de la población a estudiar (0.05), M= Margen de error establecido (0.05). Con la prevalencia de TDAH del 5% en México, por desconocer la de nuestra región, el tamaño de la muestra resultante es de 73 pacientes, con un margen de error del 5%.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN→ Participación voluntaria y firma de consentimiento informado. Ser la madre o padre de un paciente con TDAH derechohabiente del IMSS, que acudió a la Consulta Externa del servicio de Paidopsiquiatría del HGR No. 1 a control y seguimiento. Saber leer y escribir. Responder la Encuesta de Datos

Sociodemográficos, Funcionalidad Familiar (FF-SIL) y el Índice de Estrés Parental (PSI).

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN→ No derechohabiente, que no sea la madre o el padre del paciente con TDAH.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN→ Madre o padre de paciente con TDAH que no hayan aceptado participar en el estudio, que no firmaron el consentimiento informado o haber entregado los instrumentos de evaluación de forma incompleta.

METODOLOGÍA→ Posterior a la aprobación del proyecto por el Comité de Investigación, se solicitó permiso al director del Hospital General Regional No. 1 del IMSS y la autorización del médico especialista para que durante la consulta externa de Paidopsiquiatría se invitara a participar a las madres o padres de los pacientes con TDAH. Se garantizó la confidencialidad de la información; la administración de los instrumentos de evaluación se hizo de forma anónima y voluntaria; previa firma del Consentimiento Informado. Se aplicó una encuesta de variables sociodemográficas: edad, género, estado civil, escolaridad, ocupación, el tipo de familia, la posición que ocupa el paciente con TDAH en el subsistema fraterno, su edad, género y escolaridad; los instrumentos de medición fueron el "Cuestionario sobre Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL)" para valorar la funcionalidad familiar y la Escala de Estrés Parental (Parenting Stress Index PSI; Abidin, 1983), la cual evalúa el estrés que se experimenta en el ejercicio de la paternidad/maternidad.

INSTRUMENTOS→ Para medir la funcionalidad familiar se utilizó el **Cuestionario sobre Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL)**; es un instrumento validado

en la década de los 90 para evaluar cualitativamente la función familiar (De la Cuesta D, Pérez-González E, Louro-Bernal I). De fácil aplicación y calificación por el equipo de salud en la Atención Primaria. Permite evaluar la *cohesión* (unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas), la *armonía* (correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo), la *comunicación* (los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias en forma clara y directa), la *permeabilidad* (capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones), la *afectividad* (capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros), los *roles* (cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar), y la *adaptabilidad* (habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera). El cuestionario FF-SIL contiene 14 preguntas, a las que se les asigna una puntuación conforme a la opción seleccionada de una Escala Tipo Likert: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y casi siempre (5 puntos); la suma de las respuestas totaliza un puntaje global que permite al investigador calificar a la familia como:

- *Familia Funcional* → De 57 a 70 puntos
- *Familia Moderadamente Funcional* → De 43 a 56 puntos
- *Familia Disfuncional* → De 28 a 42 puntos
- *Familia Severamente Disfuncional* → De 14 a 27 puntos

Para valorar el estrés parental se utilizó la **Escala de Estrés Parental** (Parenting Stress Index PSI- Abidin, 1995). La cual se encuentra validada, la traducción y adaptación al castellano se llevó a cabo por Magaly Solís y Richard Abidin. Es un cuestionario o medida de autoinforme constituido por 36 afirmaciones, en su versión abreviada, que pretende evaluar el estrés que se experimenta en el ejercicio de la paternidad/maternidad, asumiendo que éste puede producirse por las características de los padres, por ciertos rasgos conductuales del niño y/o por variables situacionales que se relacionan directamente con el rol parental. Consta de tres subescalas de 12 ítems cada una: **Malestar Paterno** (ítems del 1 al 12) determina el malestar que experimentan los progenitores al ejercer el papel de padres (sentido de competencia, tensiones asociadas con las restricciones impuestas a otras funciones que desarrollamos en la vida, conflictos con el otro padre del niño, falta de apoyo social, depresión, etc.); **Interacción Disfuncional Padres-Hijo** (ítems del 13 al 24) se centra en la percepción que los padres tienen del grado en que su hijo satisface o no las expectativas que tenían sobre él o ella y del grado de reforzamiento que su hijo les proporciona; **Niño Difícil** (ítems del 25 al 36), ofrece una valoración de cómo perciben los progenitores la facilidad o dificultad de controlar a sus hijos en función de los rasgos conductuales que poseen (conducta desafiante y de desobediencia), las puntuaciones altas en esta variable sugieren que los niños pueden estar sufriendo problemas importantes en los procesos y mecanismos de autorregulación.

Los ítems están orientados a que el padre focalice la atención en su hijo, haciendo especial hincapié en aquellos aspectos que le preocupan en relación al mismo, así como también aspectos de su propia vida; cada ítem posee cinco opciones de

respuesta (Escala Likert), las cuales consisten en: (1) “Totalmente de acuerdo”, (2) “De acuerdo”, (3) “No estoy seguro”, (4) “En desacuerdo” y (5) “Totalmente en desacuerdo”, cuanto más alta es la puntuación, más altos son los niveles de estrés experimentados por la persona en relación a la maternidad y paternidad. A partir de la suma de estas tres subescalas se obtiene una puntuación final global que se denomina *Estrés Total*, es decir, el grado de estrés que los progenitores experimentan al desempeñar su papel como padres, de esta forma:

- *Percentila 16 a 84 → Nivel normal de estrés.*
- *Percentila 85 a 89 → Nivel alto de estrés.*
- *Percentila 90 o más → Nivel de estrés clínicamente significativo.*

ANÁLISIS ESTADÍSTICO → Se tomó muestra no probabilística, por criterios dirigidos, en base a la prevalencia del 5% en México según la GPC Diagnóstico y Tratamiento del TDAH en niños y adolescentes en atención primaria y especializada. Se utilizó para las variables cuantitativas, estadística descriptiva, medidas de tendencia central como la mediana, media y moda, mientras que para las de dispersión, la desviación estándar y la varianza. Para las variables cualitativas, se utilizaron frecuencias y porcentajes. Para el análisis de las variables, se emplearon pruebas no paramétricas: análisis bivariado con prueba chi cuadrada, y prueba de correlación de Spearman. Se procesaron datos con paquete estadístico SPSS 21.

ASPECTOS ETICOS

La ética de esta investigación respeta de forma primordial la Declaración de Helsinki de 1964. Tomando como principio básico el Artículo 8 que basa en el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) tal como se menciona en los Artículos 20, 21 y 22, incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. Mi deber como investigador es solamente hacia el paciente tal como se norma en el Artículo 2, 3 y 10; el cual participó en mi investigación de manera voluntaria y sin presión de ningún tipo como lo estipula el Artículo 16 y 18, siempre y cuando exista la necesidad de llevar a cabo una investigación como se garantiza en el Artículo 6, el bienestar del paciente debe estar siempre por encima de los intereses científicos o sociales según lo dictado en el Artículo 5 y por último se respetó el artículo 9 donde se comenta que las consideraciones éticas deben tomarse de acuerdo a las leyes y regulaciones.

La presente investigación se apega a la Ley General de Salud en materia de investigación y a la Normatividad Institucional del IMSS.

RECURSOS UTILIZADOS

Propios del investigador.

RESULTADOS

Nuestra muestra de estudio estuvo conformada por 100 padres de familia (N= 100) de pacientes con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) que acudieron con motivo de vigilancia y seguimiento de su hijo o hija a la consulta externa del servicio de Paidopsiquiatría en el Hospital General Regional No. 1 del IMSS- Tijuana, B.C., durante el periodo comprendido del 1° de Marzo al 1° de Mayo del 2015.

Previa firma del Consentimiento Informado, se aplicó una encuesta sociodemográfica y los instrumentos "Cuestionario sobre Percepción del Funcionamiento Familiar (FF SIL)" y "Escala de Estrés Parental (Parenting Stress Index PSI; Abidin, 1983)", garantizando la confidencialidad de la información.

Características Sociodemográficas

Las variables sociodemográficas se analizaron y se presentan de la siguiente manera: el grupo de padres de pacientes con TDAH estuvo conformado por 99 mujeres y un hombre, cuya edad media fue de 36.78 años; la escolaridad más frecuente fue la educación básica (67%). En cuanto al estado civil predominante, el 60% de los padres refirieron estar casados; en lo que se refiere a la ocupación de los padres, el 60% son empleados mientras que un porcentaje importante se dedica al "hogar" (33%). Ver Tabla No. 1.

Tabla 1. Características Sociodemográficas de los Padres de Familia

Características de los Padres de Familia	N= (100)	
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Edad padres (media)	36.78 años	
Escolaridad		
- Educación Básica	67	67%
- Educación Media- Superior	28	28%
- Educación Superior	5	5%
Estado civil		
- Soltero	1	1%
- Casado	60	60%
- Unión libre	17	17%
- Separado/ divorciado	22	22%
Ocupación		
- Empleado	60	60%
- Comerciante	1	1%
- Pensionado	2	2%
- Hogar	33	33%
- Otra	4	4%

En lo que respecta a las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de TDAH, la muestra se conformó por 23 personas del género femenino y 77 del género masculino; con edades comprendidas entre los 4 y 19 años de edad (media 8.96 años). Todos los pacientes tenían un diagnóstico confirmado de TDAH según los criterios establecidos en el DSM- V, en este sentido la edad media del diagnóstico fue a los 6.88 años; el 65% de los pacientes han sido diagnosticados como TDAH subtipo combinado, mientras que el 26% y el 9% tienen un diagnóstico de TDAH subtipo inatento e hiperactivo-impulsivo, respectivamente. Como corresponde a la media de edad de los pacientes, la mayoría se encuentran cursando la educación primaria (66 pacientes). Ver Figura No. 1.

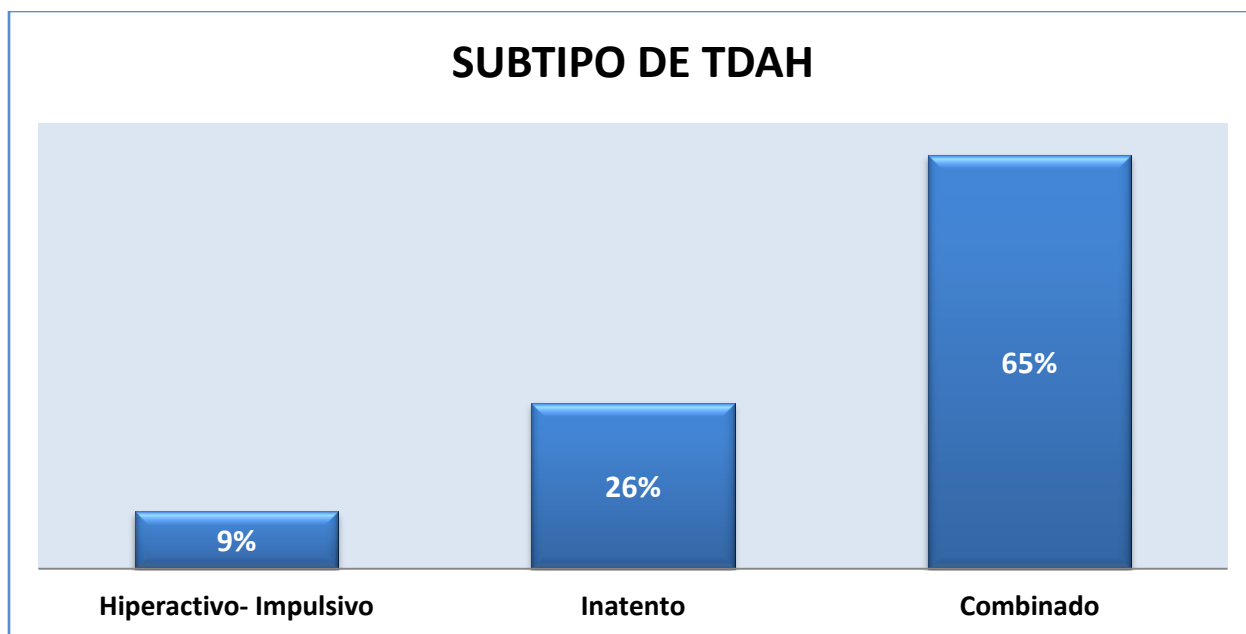


Figura 1. Subtipo de TDAH (n= 100)

Un análisis más detallado de las variables sociodemográficas de los pacientes se presenta en la tabla que se muestra a continuación (Tabla No. 2).

Tabla 2. Características Sociodemográficas de los Pacientes

	N= (100)	
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Características de los pacientes		
Edad (media)	8.96 años	
Género		
- Femenino	23	23%
- Masculino	77	77%
Escolaridad		
- Preescolar	13	13%
- Primaria	66	66%
- Secundaria	19	19%
- Preparatoria	2	2%
Subtipo TDAH		
- Hiperactivo-Impulsivo	9	9%
- Inatento	26	26%
- Combinado	65	65%

En lo que respecta a los datos de la estructura familiar la mayoría de los padres encuestados pertenecen a una familia nuclear (72%), en donde en ambos progenitores fungen como figura de crianza (51%). El 56% de las familias tienen de 1 a 2 hijos; en el 49% de las familias el paciente con TDAH ocupa la posición fraterna del hijo menor. Ver Figura No. 2.

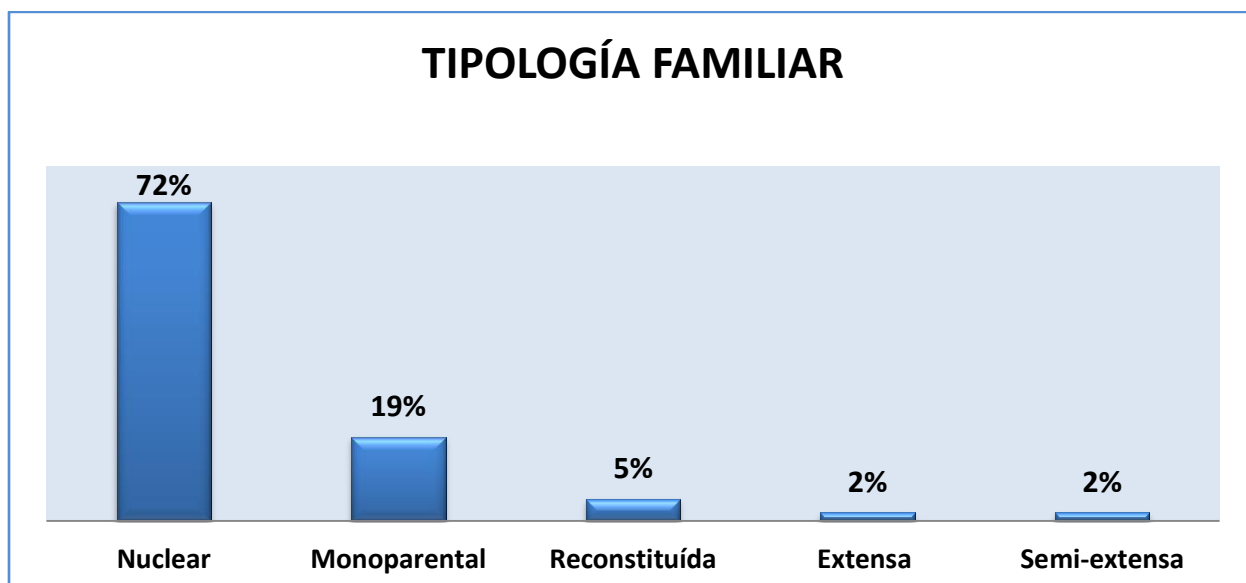


Figura 2. Tipología Familiar (n= 100)

El 54% de los padres de familia considera que poseen poca información sobre el TDAH; siendo en el 27% de los casos el psicólogo o terapeuta el principal facilitador de la información, seguido por el psiquiatra (23%).

En cuanto a la preocupación sobre el problema del TDAH en sus hijos, el 59% considera que ambos padres están preocupados.

Respecto a la edad del diagnóstico se situó entre los 3 y los 14 años de edad (media= 6,88 años; ver figura 3). En lo que respecta a los padres de familia, el 86% no esperaba el diagnóstico de TDAH, sin embargo, el 69% refirió sentirse tranquilo ante el establecimiento de dicha condición.

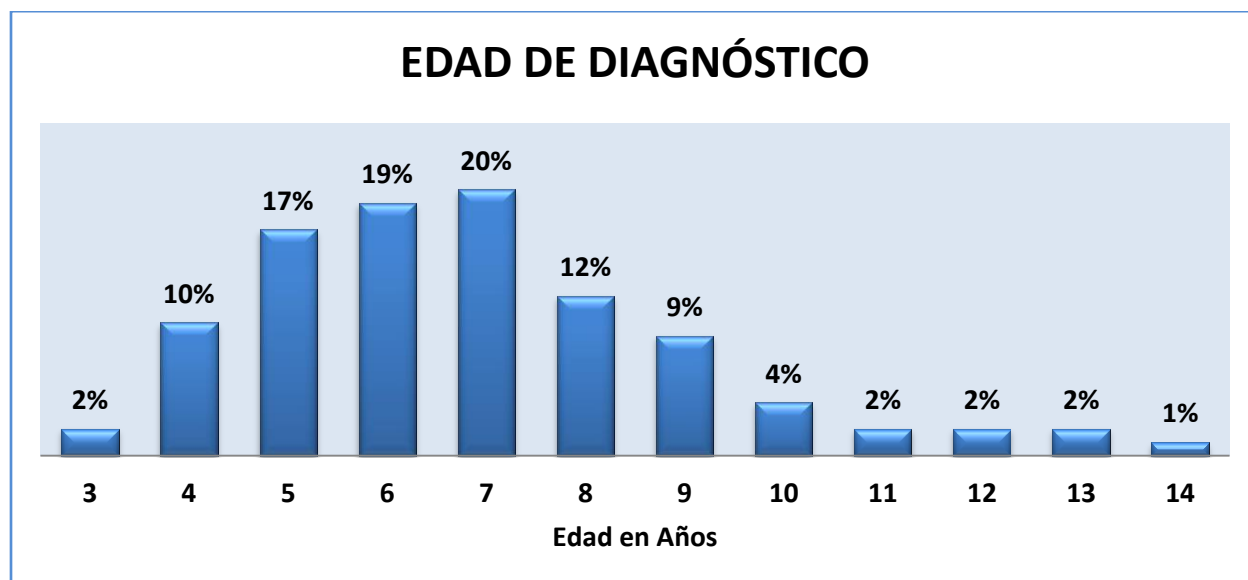


Figura 3. Edad de Diagnóstico (n= 100)

Por otra parte, los padres de familia consideran que los síntomas estaban presentes antes de los 3 años en el 11% de los casos, de 4 a 6 años el 80% y entre los 7 a 9 años de edad 9% (Figura 4).

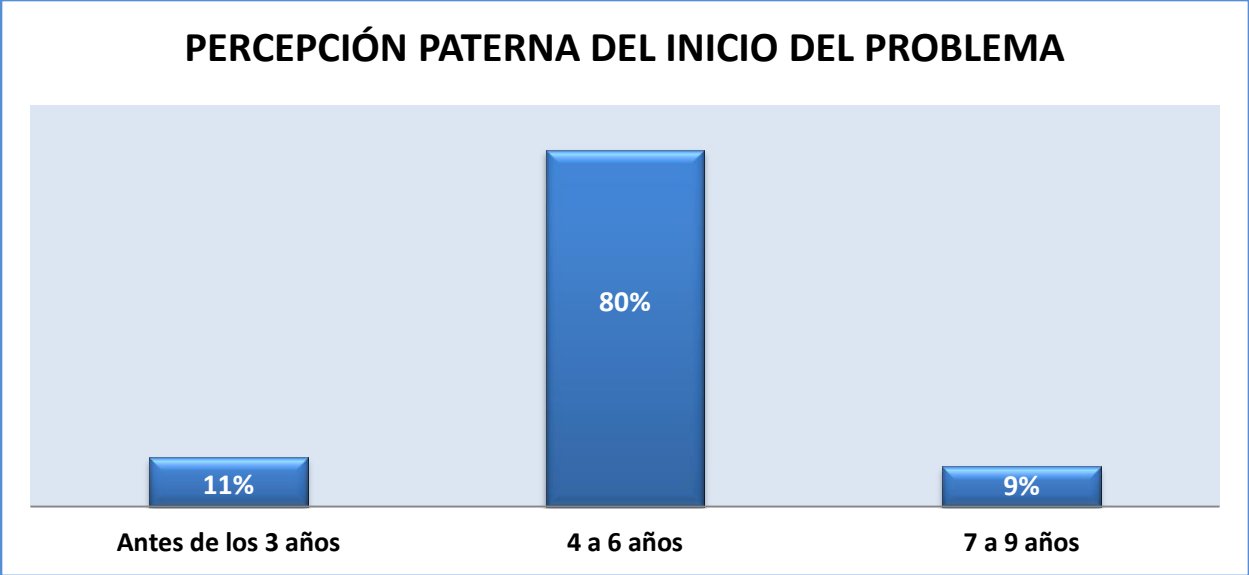


Figura 4. Edad de Inicio del Problema (n= 100)

En cuanto a la persona que realiza la primera identificación del problema, se encuentran los maestros con un 82%, seguido de los padres de familia en un 15% (Figura No.5).

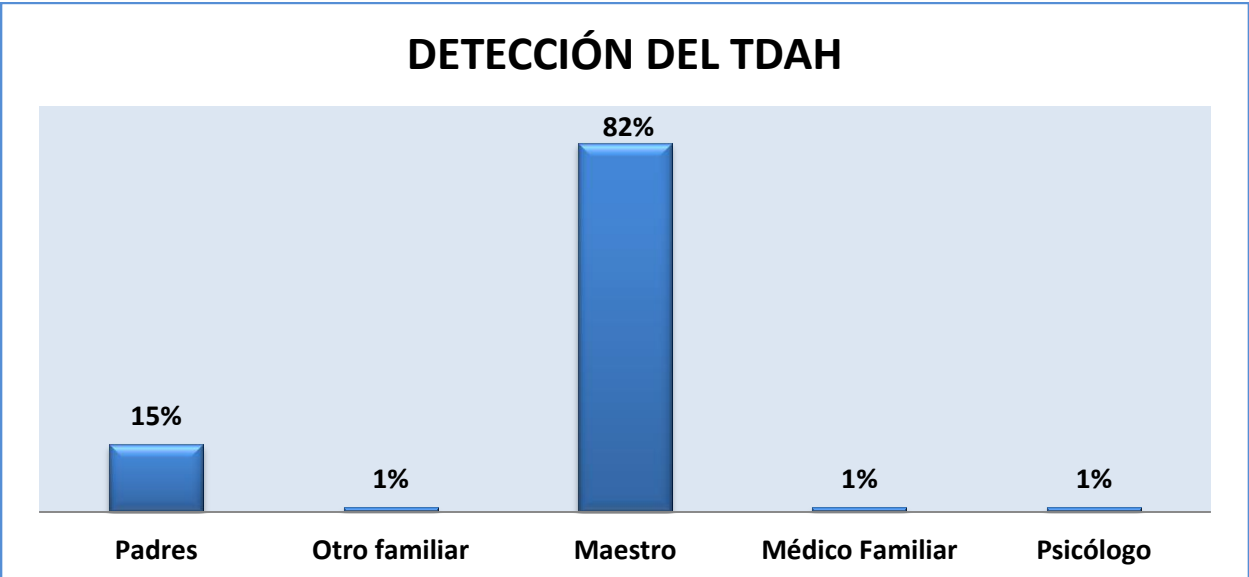


Figura 5. Detección del TDAH (n= 100)

Hay que señalar que el profesional que diagnosticó el TDAH, fue el psiquiatra en un 45% de los casos y el neurólogo en un 32% de los casos (Figura No. 6).

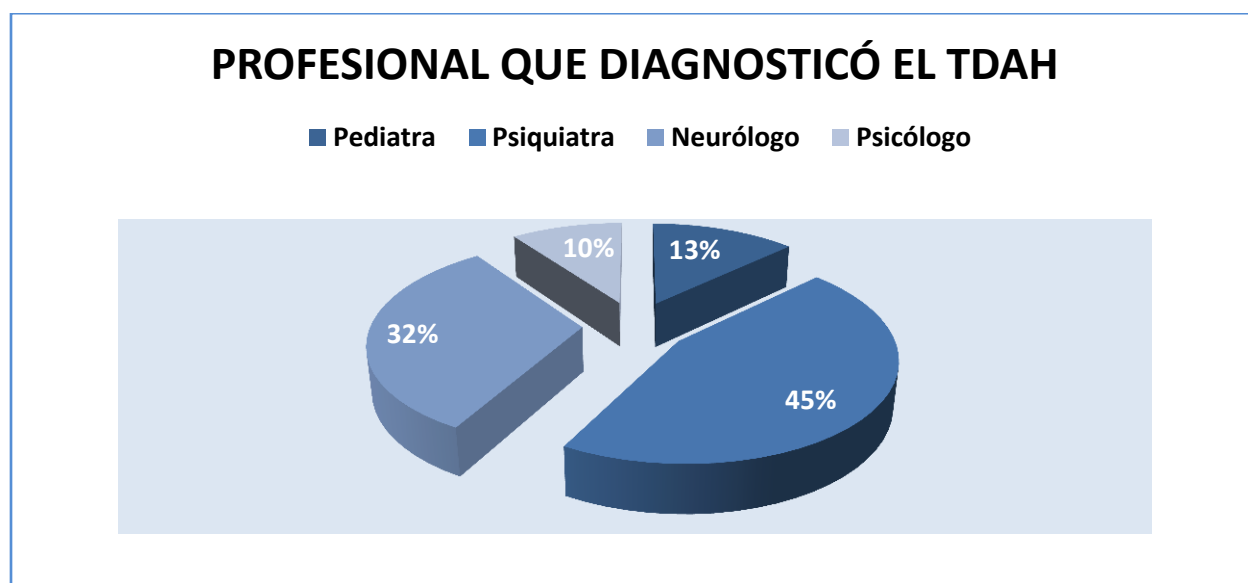


Figura 6. Profesional que realizó el diagnóstico de TDAH (n= 100)

Un análisis más detallado de los datos previamente comentados se presenta en la tabla que se muestra a continuación (Tabla No. 3).

Tabla No. 3 Familia, Diagnóstico y Tratamiento

	N= (100)	
	Frecuencia	Porcentaje
Tipología de las Familias		
- Nuclear	72	72%
- Monoparental	19	19%
- Reconstituída	5	5%
- Extensa	2	2%
- Semi-extensa	2	2%
Figura de Crianza		
- Madre	42	42%
- Padre	1	1%
- Ambos	51	51%
- Otros	6	6%
Número de Hijos		
- 1 a 2 hijos	56	56%
- 3 a 4 hijos	35	35%
- 5 a 6 hijos	8	8%
- 7 o más hijos	1	1%

Posición fraterna del paciente con TDAH

- Hijo mayor
- Hijo del medio
- Hijo menor

Conocimiento del TDAH

- Nada
- Poca
- Suficiente
- Mucha

Percepción preocupación

- Por igual
- Madre
- Padre
- Ninguno

Edad diagnóstico (media)**Edad inicio del problema**

- Antes de los 3 años
- 4 a 6 años
- 7 a 9 años

Persona que identifica

- Padres
- Otro familiar
- Maestro
- Médico Familiar
- Psicólogo

Profesional que diagnosticó

- Pediatra
- Psiquiatra
- Neurólogo
- Psicólogo

	36	36%
	15	15%
	49	49%
	16	16%
	54	54%
	22	22%
	8	8%
	59	59%
	36	36%
	2	2%
	3	3%
	6.88 años	
	11	11%
	80	80%
	9	9%
	15	15%
	1	1%
	82	82%
	1	1%
	1	1%
	13	13%
	45	45%
	32	32%
	10	10%

También se analizó el tipo de tratamiento que estaban recibiendo los pacientes con TDAH así como la consideración que los padres tenían respecto a la supervisión del tratamiento por parte de los profesionales que están tratando a su hijo o hija. Los datos reflejan que un 88% de los pacientes está recibiendo tratamiento, de los cuales el 50% recibe solo tratamiento farmacológico, seguido por el 29% que recibe tratamiento combinado, tanto psicológico como farmacológico, y solo psicológico en el 9% de los casos (Figura 7).

TRATAMIENTO PARA TDAH

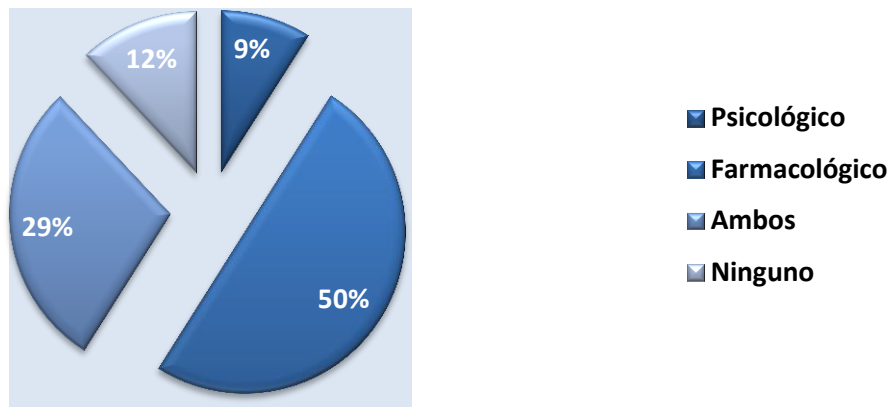


Figura 7. Tratamiento para el TDAH (n= 100)

En cuanto a la percepción que tienen los padres de familia respecto a la supervisión del tratamiento, debemos señalar que, un 98% considera que la supervisión del tratamiento de su hijo por parte de los profesionales que lo tratan es la adecuada. En este sentido el 95% de los pacientes lleva un control y seguimiento por un médico psiquiatra; mientras que en algún momento del curso de su condición han sido valorados por un neurólogo y psicólogo, en un 47% y 44% respectivamente (Figura 8).

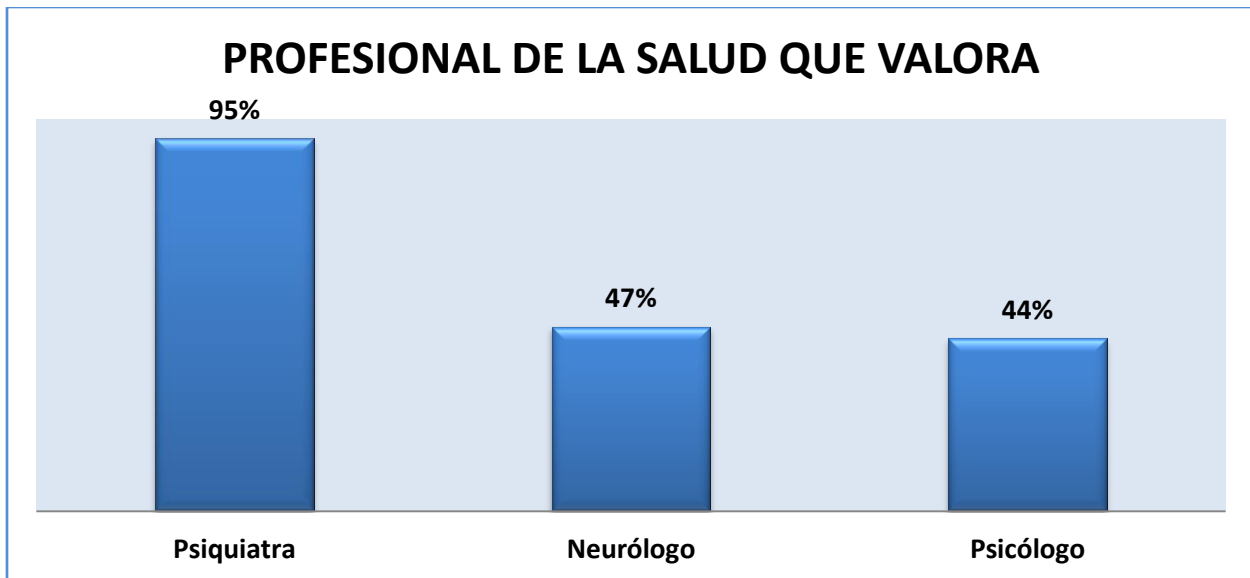


Figura 8. Profesional de la salud que valora (n= 100)

Por otra parte, se valoraron las relaciones que los pacientes mantienen con los miembros de su familia, con el fin de analizar los problemas que ocasiona en el núcleo de convivencia el comportamiento de los niños con TDAH. Los resultados que aparecen reflejados en la Tabla No. 4 evidencian que el paciente con TDAH presenta en un 13% de los casos problemas de relación con sus madres (indiferente, tensa, rechazo), un 30% de casos presentan problemas de relación con sus padres y un 35% presentan problemas de relación con sus hermanos.

Tabla No. 4 Relaciones Familiares

	N= (100)	
	Frecuencia	Porcentaje
Relación con madre		
Estrecha	87	87%
Indiferente	2	2%
Tensa, rechazo, no existe	11	11%
Relación con padre		
Estrecha	70	70%
Indiferente	15	15%
Tensa, rechazo, no existe	15	15%
Relación con hermanos		
Estrecha	65	65%
Indiferente	5	5%
Tensa, rechazo, no existe	30	30%

En lo que respecta a las redes de apoyo con las que cuenta la familia en la crianza del niño con TDAH, se reportó que un 87% los padres no cuenta con apoyo familiar, mientras que en el 97% de los casos tampoco hay apoyo por parte de amigos y tan sólo un 37% de los padres de familia han buscado apoyo en alguna asociación con fines de terapia psicológica para sus hijos así como para recibir talleres psicoeducativos en relación al TDAH (Figura 9).

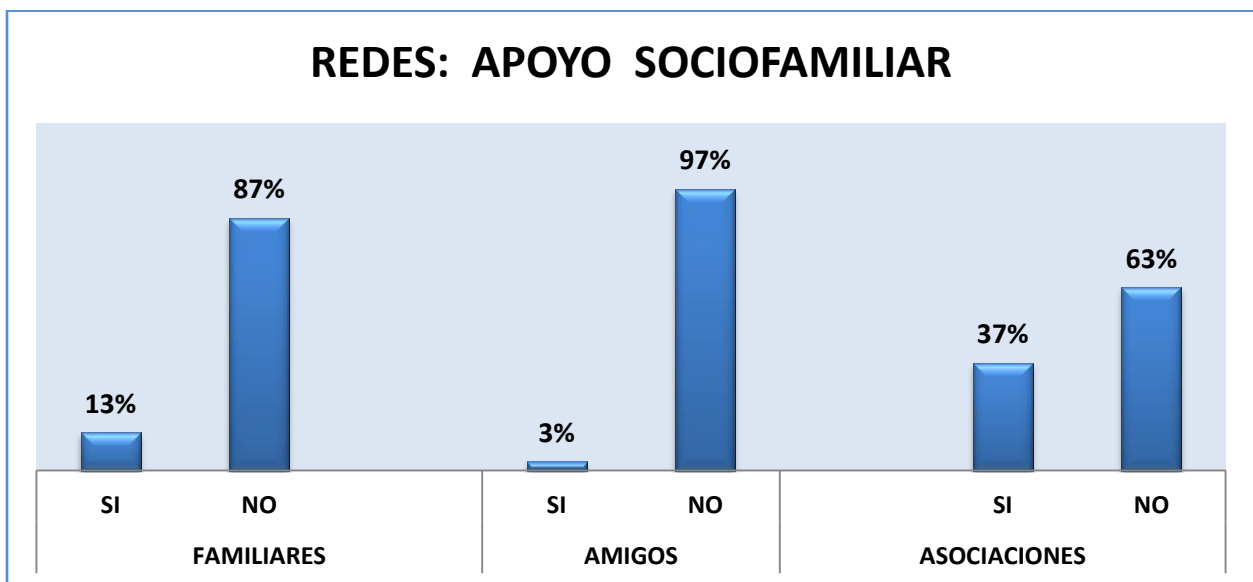


Figura 9. Redes de Apoyo Sociofamiliar (n= 100)

Funcionalidad Familiar

La clasificación de las familias de acuerdo con el instrumento de medición "Cuestionario sobre Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL)", las catalogó de la siguiente manera: familias funcionales en un 20%, moderadamente funcionales en un 33%, disfuncionales en un 45% y severamente disfuncionales en un 2% (Figura No. 10). En conjunto el porcentaje de familias que fueron percibidas como funcionales fue del 53% y como disfuncionales el 47%.

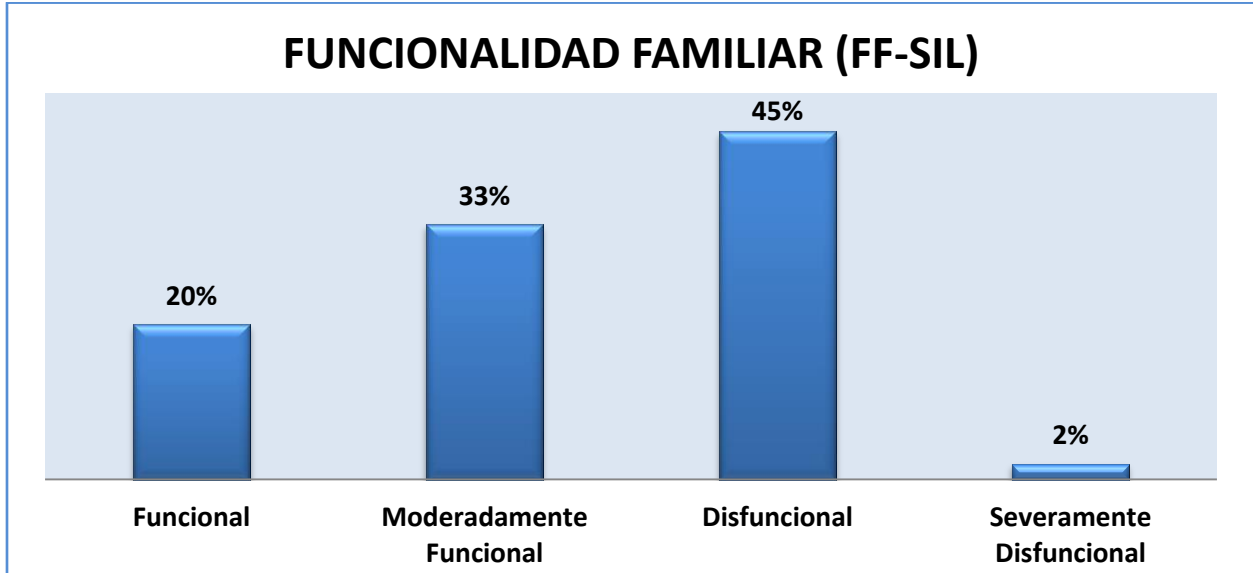


Figura 10. Clasificación de la Función Familiar de acuerdo al FF-SIL (n= 100)

Análisis del nivel de estrés parental relacionado con la crianza de un paciente con TDAH

Para evaluar el grado de estrés parental que se relaciona con la crianza de un hijo (a) con TDAH se utilizó la **Escala de Estrés Parental** (Parenting Stress Index PSI- Abidin, 1995), la cual pretende evaluar el estrés que se experimenta en el ejercicio de la paternidad/maternidad, asumiendo que éste puede producirse por las características de los padres, por ciertos rasgos conductuales del niño y/o por variables situacionales que se relacionan directamente con el rol parental.

De acuerdo a la Escala de Estrés Parental, se identificó que en el 10% de los casos los padres de familia presentan un nivel normal de estrés; 10% presenta un nivel alto de estrés; mientras que un 79% cursa con estrés clínicamente significativo y tan sólo un 1% sin estrés (Figura No.11). En conjunto, los padres de familia que fueron percibidos

con estrés ocasionado en el ejercicio de su rol representan el 89%, mientras que sólo un 11% no presenta estrés.

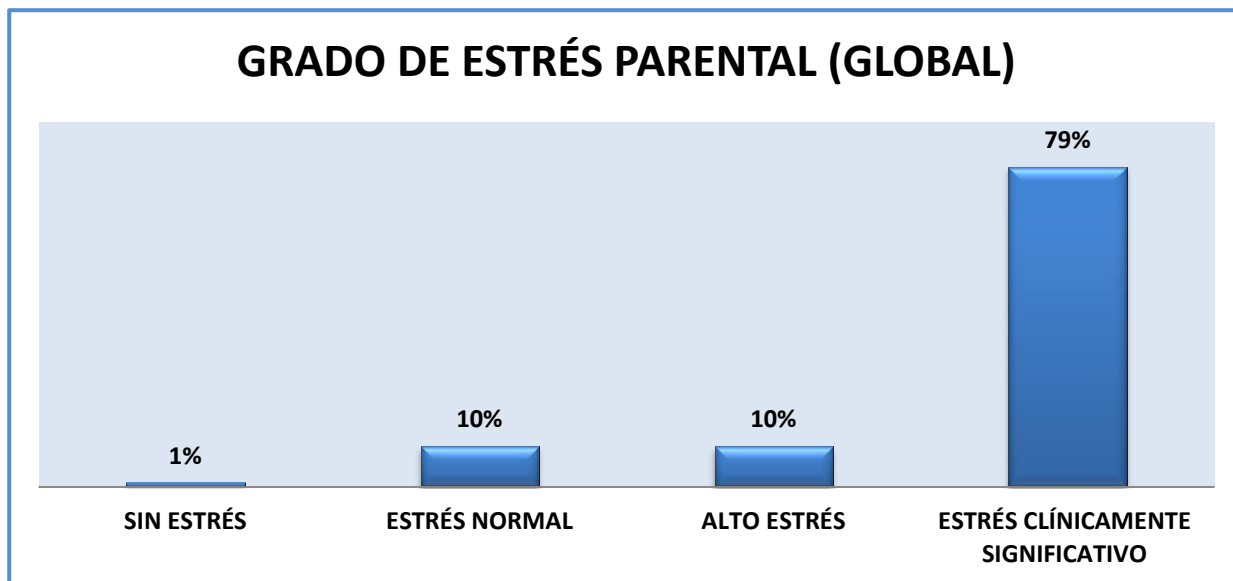


Figura 11. Grado de Estrés Parental (n= 100)

La Escala de Estrés Parental a su vez posee tres subescalas de 12 ítems cada una: **Malestar Paterno (ítem 1 al 12)**, determina el malestar que experimentan los progenitores al ejercer el papel de padres, provocado por factores personales que están directamente relacionados con el ejercicio de las funciones derivadas de este papel; en este sentido se valoró dicha subescala, la cual reportó que el 69% de los padres de familia presentan un nivel normal de estrés, mientras que sólo un 19% cursa con estrés clínicamente significativo (Tabla No. 5)

Tabla No.5 Subescala Malestar Paterno

Nivel de Estrés	Porcentaje n (100)
Sin estrés (Percentil ≤ 15)	4%
Nivel normal de estrés (Percentil 16-84)	69%
Nivel alto de estrés (Percentil 85-89)	8%
Nivel de estrés clínicamente significativo (Percentil ≥ 90)	19%

En lo que respecta a la subescala **Interacción Disfuncional Padre-Hijo (ítem 13 a 24)**, se centra en la percepción que los padres tienen del grado en que su hijo satisface o no las expectativas que tenían sobre él o ella y del grado de reforzamiento que su hijo les proporciona; en esta área el 93% de los padres de familia presentan estrés clínicamente significativo, mientras que sólo el 7% presenta un nivel normal de estrés (Tabla No.6)

Tabla No.6 Subescala Interacción Disfuncional Padre-Hijo

Nivel de Estrés	Porcentaje n (100)
Nivel normal de estrés (Percentil 16-84)	7%
Nivel de estrés clínicamente significativo (Percentil ≥ 90)	93%

Niño Difícil (ítems del 25 al 36), ofrece una valoración de cómo perciben los progenitores la facilidad o dificultad de controlar a sus hijos en función de los rasgos conductuales que poseen (conducta desafiante y de desobediencia); en esta subescala

se reporta que un 58% de los padres de familia cursan con estrés clínicamente significativo (Tabla No. 7)

Tabla No.7 Subescala Niño Díficil

Nivel de Estrés	Porcentaje n (100)
Sin estrés (Percentil ≤15)	3%
Nivel normal de estrés (Percentil 16-84)	31%
Nivel alto de estrés (Percentil 85-89)	8%
Nivel de estrés clínicamente significativo (Percentil ≥90)	58%

En lo que respecta a la asociación de estrés parental con el grado de funcionalidad familiar, y recordando la pregunta de investigación planteada: ¿Cuál es el grado de funcionalidad familiar y el nivel de estrés en los padres de pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)? La relación entre disfunción familiar y estrés parental, resultó con una OR= 1.233 (IC 95%= 1.082- 1.403), lo que nos habla de 1.233 veces más probabilidad que se presente estrés parental en las familias disfuncionales con un paciente diagnosticado con TDAH hasta en el 100% y, 81.1% en las familias funcionales, además, también se realizó prueba de Chi cuadrada en donde se demuestra asociación estadísticamente significativa. (Tabla No. 8)

Tabla No. 8 Funcionalidad Familiar y su relación con el estrés parental

	Estrés Parental		X ²	p	OR	IC (95%)
	Con estrés	Sin estrés				
Funcionalidad Familiar			9.853	0.002	1.233	1.082-1.403
Disfuncional	100%	0%				
Funcional	81.1%	18.9%				

Para establecer si existía relación entre las variables de interés y el nivel de estrés parental, también se realizó prueba de Chi cuadrada; obteniéndose la siguiente información:

Existe asociación estadísticamente significativa entre las variables ocupación del tutor y estrés parental con valor de Chi Cuadrada $X^2 = 32.503$ ($p = .001$), es decir, hasta el 56% de los padres de familia que son empleados o comerciantes reportan un grado de estrés que va de alto hasta el clínicamente significativo. De igual forma, existe relación entre el estado civil y el estrés parental con valor X^2 de 23.184 ($p = .026$); además, asociación estadísticamente significativa entre la red de apoyo de amigos y estrés parental con valor X^2 de 11.088 ($p = .011$).

Aunque fueron diversas las variables de interés investigadas con la intención de asociarlas con el estrés en los padres de pacientes con TDAH, la mayoría de ellas no mostraron asociación estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se analizaron las características sociodemográficas de los pacientes con TDAH y de los padres de familia, tal como ya se ha comentado, a través de un análisis descriptivo de la historia clínica de los niños con TDAH y de la encuesta sociodemográfica aplicada a los padres de familia.

Respecto a las características sociodemográficas de los pacientes, los resultados de nuestro estudio denotan que la muestra se conformó por 23 personas del género femenino y 77 del género masculino, con edades comprendidas entre los 4 y 19 años de edad (media 8.96 años); la edad media del diagnóstico fue a los 6.88 años de edad según criterios diagnósticos del DSM- V; el 65% de los pacientes han sido diagnosticados como TDAH subtipo combinado, mientras que el 26% y el 9% tienen TDAH subtipo inatento e hiperactivo-impulsivo, respectivamente; el 79% de los pacientes se encuentra cursando la educación primaria. Estos resultados son coincidentes con investigaciones que ponen de manifiesto que el TDAH es prevalente en niños de entre cinco y 17 años de edad, además, en niños de escolaridad primaria, se presenta entre el 5 y 10% siendo más frecuente en los niños varones, de tres a seis por cada niña y, finalmente, en lo que respecta al subtipo de TDAH más frecuente, éste lo representa el subtipo combinado con un 58.72%, seguido por el inatento con un 18.52% y con una frecuencia del 17.10% el TDAH hiperactivo- impulsivo (Rangel J, 2014). Es importante tener en cuenta que el subtipo combinado de TDAH fue el más frecuente en nuestro estudio, en este sentido, algunas investigaciones señalan que este subtipo es el que ocasiona mayor impacto familiar, principalmente cuando lleva

asociado problemas conductuales (Presentación M, García R, Miranda A, Siegenthaler R y Jara P, 2006).

Respecto a las características sociodemográficas de los padres de familia, los datos encontrados ponen de manifiesto que el grupo de padres estuvo conformado por 99 mujeres y un hombre, cuya edad media fue de 36.78 años; la escolaridad más frecuente fue la educación básica (67%). En cuanto al estado civil predominante, el 60% de los padres refirieron estar casados; respecto a la ocupación, el 60% de los padres son empleados mientras que un 33% se dedica al hogar. Importante precisar que en la mayoría de los casos, la madre es la que contestó la entrevista y los cuestionarios, este hecho se repite en la mayoría de investigaciones ya que la madre es la cuidadora principal del niño y por otra parte, es más accesible para participar. Un importante número de estudios han demostrado cómo las circunstancias sociofamiliares adversas crónicas pueden influir en la aparición de problemas en el niño, por ejemplo, las madres de nivel socioeconómico más bajo tienen más probabilidad de enfrentarse a situaciones estresantes, lo cual puede influir de forma negativa en sus vidas e indirectamente en la conducta al niño. Las madres con condiciones de vida difíciles tienen hijos con mayor número de problemas (Pérez J, Menéndez S, 2014).

En lo que respecta a los datos de la estructura familiar la mayoría de los padres encuestados pertenecen a una familia nuclear (72%), mientras que un 19% a una familia de tipo monoparental; en el 51% de las familias ambos progenitores fungen como figura de crianza, mientras que en un porcentaje importante del 42% la figura de crianza es la madre. El 56% de las familias tienen de 1 a 2 hijos; en el 49% de las familias el paciente con TDAH ocupa la posición fraterna del hijo menor. En este

sentido, otras variables que han sido muy estudiadas por su influencia en el desarrollo de los hijos ha sido la estructura y tamaño de la familia. Los resultados de diferentes estudios muestran que las familias monoparentales tienen menos recursos, requieren de mayor colaboración de otros familiares, presentan mayor número de problemas en las relaciones paternofiliales; lo cual no significa que no puedan hacer frente a sus obligaciones de crianza, pero el hecho de hacerlo en solitario conlleva una sobrecarga que agudiza el estrés parental inherente a la educación de cualquier hijo, principalmente al tener un hijo con TDAH por los problemas adicionales que conlleva, ocasionando mayor nivel de estrés y la percepción de mayores restricciones en el ejercicio de su rol de padres (Pérez J, Menéndez S., 2014). El médico familiar debe poner especial atención a las familias monoparentales, ya que en muchas de ellas se afecta su evolución en aspectos: afectivos, educativos y económicos; en dichas familias, la ausencia del padre o de la madre implica que la pareja restante o uno de los hijos asuman o se les asignen nuevos y distintos roles, lo cual conlleva una presión extra, esta situación facilita evidentemente la aparición de patología biopsicosocial (Huerta J, 2007).

Referente a la información que los padres poseen sobre el TDAH, nuestros hallazgos muestran que el 54% de los padres de familia consideran que poseen poca información del trastorno, la cual han obtenido de fuentes muy diversas: libros, artículos, internet, asociaciones de padres, profesionales (en el 27% de los casos el psicólogo o terapeuta ha sido el principal facilitador de la información, seguido por el psiquiatra en un 23%). Esto demuestra la necesidad de los padres de conocer un problema que les desborda y al que no saben hacer frente con sus propios recursos;

aquí, la cuestión más importante, es si dicha información proviene de fuentes confiables.

Respecto a quién le preocupa más el problema del TDAH no hay diferencias sustanciales en la pareja, el 36% consideran que las madres están más preocupadas que los padres, frente a un 59% que considera que ambos están preocupados por igual. En definitiva, en ambos casos se evidencia que existe una gran preocupación en la pareja por el problema.

La persona que detecta inicialmente que el niño presenta problemas son los maestros (82%), seguido de los padres de familia en un 15%, los cuales consideran que los síntomas estaban presentes antes de los 3 años en el 11% de los casos, de los 4 a 6 años en el 80% y entre los 7 a 9 años de edad en el 9% de los casos, cabe mencionar que sólo en el 1% de los casos fue un médico familiar quien detectó la problemática; por otra parte, hay que señalar que el profesional que diagnosticó al paciente con TDAH fue el psiquiatra en un 45% de los casos, el neurólogo en un 32%, seguido del pediatra en un 13%; la edad media en la que se realiza el diagnóstico del niño TDAH es de 6.8 años es decir próximo a los 7 años, (hay 2 casos de diagnóstico a los 3 años y 1 caso que no diagnosticaron hasta los 14 años). En este contexto, el 86% de los padres de familia no esperaban el diagnóstico de TDAH, sin embargo, el 69% refirió sentirse tranquilo ante el establecimiento de dicha condición, lo cual puede ser debido a que el propio diagnóstico implica una búsqueda de soluciones como la administración de medicación, que hasta ese momento no se había iniciado. La Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento del TDAH en niños y adolescentes en atención primaria y especializada del IMSS, menciona que la mayor parte de los padres observan por primera vez la actividad motora excesiva cuando sus hijos son pequeños,

sin embargo, frecuentemente el trastorno es diagnosticado al ingreso de la enseñanza básica, cuando se observa afección en la adaptación escolar y la relación social y familiar, en este sentido, los síntomas del TDAH son principalmente identificados por los maestros; también, en esta guía se considera que existen limitaciones en la Atención Primaria de Salud para reconocer las características y el manejo del TDAH, así como su referencia oportuna al manejo especializado (Granados A, Sauer T, Arriaga E y Ramírez M, 2014).

También se analizó el tipo de tratamiento que estaban recibiendo los pacientes con TDAH así como la consideración que los padres tenían respecto a la supervisión del tratamiento por parte de los profesionales que están tratando a su hijo o hija. Los datos reflejan que un 88% de los pacientes está recibiendo tratamiento, de los cuales el 50% recibe solo tratamiento farmacológico, seguido por el 29% que recibe tratamiento combinado, tanto psicológico como farmacológico, y solo psicológico en el 9% de los casos. En cuanto a la percepción que tienen los padres de familia respecto a la supervisión del tratamiento, debemos señalar que, un 98% considera que la supervisión del tratamiento de su hijo por parte de los profesionales que lo tratan es la adecuada; en este sentido, el 95% de los pacientes lleva un control y seguimiento por un médico psiquiatra; mientras que en algún momento del curso de su condición han sido valorados por un neurólogo y psicólogo, en un 47% y 44% respectivamente. En contraste con nuestros resultados, una revisión sobre los tratamientos del TDAH en algunos países de Latinoamérica demostró que menos de 7% de los niños siguen algún tratamiento farmacológico y menos del 23% sigue un tratamiento psicosocial (Palacio J, Ruíz M, Bauermeister J, Montiel C, Henaos G y Agosta G, 2009). No obstante que el tratamiento farmacológico es la piedra angular, se recomienda en todas

las etapas de la vida el uso de intervenciones psicosociales dirigidas a los padres y maestros, para el tratamiento integral del TDAH (Palacios L, Zavaleta P, Patiño R, Abadi A, Díaz D, Taddey N, et al., 2009).

Por otra parte, se valoraron las relaciones que los pacientes mantienen con los miembros de su familia, con el fin de analizar los problemas que ocasiona en el núcleo de convivencia el comportamiento de los niños con TDAH. Los resultados evidencian que el paciente con TDAH presenta en un 13% de los casos problemas de relación con sus madres (indiferente, tensa, rechazo), un 30% de casos presentan problemas de relación con sus padres y un 35% presentan problemas de relación con sus hermanos; en general, los pacientes con TDAH presentan una relación estrecha con sus padres y hermanos. Lo anterior, contrasta con algunas investigaciones en las cuales se pone de manifiesto cómo las relaciones entre los miembros de la familia con el niño con TDAH están alteradas; las relaciones entre los hermanos se muestran especialmente afectadas, y aunque en menor medida, es importante destacar cómo tener un hijo con TDAH parece afectar negativamente a las relaciones matrimoniales, ya que provoca conflictos y distanciamiento entre la pareja (Presentación M, García R, Miranda A, Siegenthaler R y Jara P, 2006). Roselló et al (2003), en un trabajo realizado en España con 36 familias, han analizado el impacto que producen en el ambiente familiar los niños con TDAH; los resultados muestran que tener un hijo con TDAH 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. También han analizado cómo afecta el comportamiento de los niños con TDAH a la convivencia con sus hermanos; resultados indican que el 44% de los padres considera que su hijo con TDAH dificulta e incómoda más a sus hermanos a la hora de

participar en actividades. Un estudio realizado por Kendall (1999) con 11 familias de niños hiperactivos destaca que los hermanos manifiestan sentirse influidos por la conducta de su hermano hiperactivo: como víctimas, porque se ven obligados por sus padres a ejercer de 'cuidadores' o 'guardianes' de su hermano, y por los sentimientos de tristeza e indefensión que experimentan. Pese a lo anterior, las relaciones familiares en familias con niños con un diagnóstico de TDAH han sido poco estudiadas (Montiel C, Montiel I y Peña J, 2005).

En lo que respecta a las redes de apoyo con las que cuenta la familia en la crianza del niño con TDAH, se reportó que un 87% los padres no cuenta con apoyo familiar, mientras que en el 97% de los casos tampoco hay apoyo por parte de amigos y tan sólo un 37% de los padres de familia han buscado apoyo en alguna asociación con fines de terapia psicológica para sus hijos así como para recibir talleres psicoeducativos en relación al TDAH. En la misma línea de nuestros resultados, algunas investigaciones señalan que los padres de niños con TDAH refieren tener menos redes de apoyo familiar y social, lo cual aumenta la carga familiar (Lange et al., 2005; citado por Conlon K, Strassle C, Vinh D, Trout G., 2008). Así mismo, una revisión señaló que el apoyo social es un factor protector contra el estrés de los padres en esta población (McCleary, 2002; citado por Theule J, Wiener J, Tannock R, Jenkins J., 2013). Estos datos indican que las familias de niños con TDAH necesitan más apoyo en la crianza por las características que presentan, buscan además del apoyo de la familia extensa el apoyo de los amigos y acuden buscando ayuda a las asociaciones, solicitando orientaciones específicas de los profesionales, además, en estos espacios se les proporcionan datos del problema, contacto con otros padres, así como recursos y actividades de respiro. Debido al comportamiento del niño, en muchas ocasiones los

padres se autoexcluyen de situaciones sociales. El apoyo social con el que cuenta la familia (familia de origen, amigos) posibilita a los padres un mayor sentimiento de competencia, les ayuda a evitar la tensión parental y es un factor protector de los problemas.

La clasificación de las familias de acuerdo con el instrumento de medición "Cuestionario sobre Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL)", las catalogó de la siguiente manera: familias funcionales en un 20%, moderadamente funcionales en un 33%, disfuncionales en un 45% y severamente disfuncionales en un 2%. En conjunto el porcentaje de familias que fueron percibidas como funcionales fue del 53% y como disfuncionales el 47%. En consonancia con otras investigaciones, se ha establecido que la calidad de las relaciones familiares y los patrones de interacción podrían estar relacionados con el desarrollo y curso de diversos patrones de psicopatología de la niñez. Así, los trastornos de la conducta como el Trastorno Negativista Desafiante, el Trastorno Disocial y el TDAH son más comunes en las familias disfuncionales y en ambientes con niveles elevados de adversidad crónica. Así, la disfuncionalidad familiar es mayor para los padres y madres de niños y niñas con TDAH, que para las familias sin el trastorno, y está consistentemente asociada con las alteraciones conductuales, con la gravedad del trastorno y con la persistencia de los síntomas del TDAH en los niños y niñas (Montiel-Nava, Montiel-Barbero y Peña, 2005; citados por González R, Bakker L y Rubiales J., 2014). Otros estudios también evidencian que el tener un paciente con TDAH en la familia genera un impacto negativo en la funcionalidad familiar, por su conducta problemática, lo cual conlleva a sobrecarga en los cuidados de padres y hermanos; son familias con una pobre cohesión, los padres son tres veces más propensos a separarse o divorciarse que

padres de niños sin TDAH (54% vs. 15%), suelen estar más aislados, además, sufren de ansiedad, depresión y estrés (Brown & Pacinin, 1989; Kaplan, Crawford, Fisher, y Dewey, 1998; citados en Limbers C, Ripperger-Suhler J, Boutton K, Ransom D y Varni W., 2011).

Para evaluar el grado de estrés parental que se relaciona con la crianza de un hijo (a) con TDAH se utilizó la Escala de Estrés Parental (Parenting Stress Index PSI-Abidin, 1995); al analizar los hallazgos en el grupo de padres de pacientes con diagnóstico de TDAH, los análisis estadísticos revelan: un 79% cursa con estrés clínicamente significativo y tan sólo un 1% sin estrés. La Escala de Estrés Parental a su vez posee tres subescalas de 12 ítems cada una: *Malestar Paterno* (ítem 1 al 12), la cual reportó que el 69% de los padres de familia presentan un nivel normal de estrés, mientras que sólo un 19% cursa con estrés clínicamente significativo (percentil ≥ 90). En lo que respecta a la subescala *Interacción Disfuncional Padre-Hijo* (ítem 13 a 24), en esta área el 93% de los padres de familia presentan estrés clínicamente significativo, mientras que sólo el 7% presenta un nivel normal de estrés; finalmente, en la subescala *Niño Difícil* (ítems del 25 al 36), se reporta que un 58% de los padres de familia cursan con estrés clínicamente significativo. El estrés parental por tanto, está asociado no sólo a las características personales de los padres como la percepción de la capacidad parental, sino también y con mayor impacto, al efecto de las características del niño que se relacionan principalmente con la sintomatología del TDAH.

En lo que respecta a la asociación de estrés parental con el grado de funcionalidad familiar, se obtuvo una OR= 1.233 (IC 95%= 1.082- 1.403), lo que nos habla de 1.233 veces más probabilidad que se presente estrés parental en las familias disfuncionales con un paciente diagnosticado con TDAH hasta en el 100% y, 81.1% en

las familias funcionales, además, también se realizó prueba de Chi cuadrada en donde se demuestra asociación estadísticamente significativa. Aunque fueron diversas las variables de interés investigadas con la intención de asociarlas con el estrés en los padres de pacientes con TDAH, la mayoría de ellas no mostraron asociación estadísticamente significativa.

En consonancia con otras investigaciones las madres de niños con TDAH se percibían como menos competentes en su rol parental; el aislamiento social de la familia, de acuerdo con nuestros resultados, también era mucho más fuerte cuando un niño con TDAH formaba parte de ella, ya que las madres de niños con TDAH suelen verse más expuestas a la crítica social a causa del comportamiento inadecuado de sus hijos. En consecuencia, las madres pueden autoexcluirse de muchas situaciones, incrementando así su aislamiento social y disminuyendo a la vez su sentido de competencia parental.

Así mismo podemos afirmar que las madres de hijos con TDAH de nuestro estudio, se sentían más agobiadas, y percibían que el desempeño de su rol parental les restaba más libertad personal, este tipo de situación suele darse en el caso de los niños con necesidades especiales que requieren de más tiempo y recursos en su crianza.

Estos resultados se unen a los de un nutrido número de investigaciones que señalan: al estudiar las relaciones entre la sintomatología del TDAH y el clima familiar en las familias de pacientes con dicho diagnóstico, se encontró que la gravedad en las conductas de falta de atención, hiperactividad/impulsividad en los niños estuvieron directamente asociadas con niveles más bajos de cohesión, expresividad e independencia. Esto es consistente con trabajos previos que han reseñado la relación

entre la gravedad de la conducta infantil con el estrés parental (Baker, Heller y Hender, 2000; Daley, Sonuga-Barke y Thompson, 2003; Frick *et al.*, 1992; Harrison y Sofronoff, 2002; citados por Montiel C, Montiel I y Peña J., 2005). La calidad de las relaciones familiares y los patrones de interacción podrían estar relacionados con el desarrollo, gravedad y persistencia de la psicopatología infantil.

Un interesante trabajo realizado por Donenberg y Baker (1993; citados por Presentación M, García R, Miranda A, Siegenthaler R y Jara P., 2006) analizó el sistema familiar de los niños con TDAH, y destacó el estrés y la elevada conflictividad de las interacciones padres-hijos. Estos investigadores realizaron un estudio de comparación de tres grupos (niños con TDAH o conducta agresiva, niños autistas y niños normales); concluyeron que los padres de los niños hiperactivos percibían que la conducta de sus hijos había producido sentimientos más negativos sobre su paternidad, un impacto negativo en su vida social y un mayor estrés que los padres de niños sin TDAH.

Asimismo otros investigadores como Anastopoulos et al (1992; citados por Theule J, Wiener J, Tannock R, Jenkins J., 2013), además de encontrar niveles elevados de estrés en los padres de los niños hiperactivos, hallaron que estos niveles aumentaban hasta un 43% cuando presentaban también conductas agresivas y oposicionistas-desafiantes. Las dificultades de los padres con sus hijos podrían estar más ligadas a los problemas de conducta que a la sintomatología propia del TDAH y que los niveles de estrés se incrementan, no sólo por la gravedad de la sintomatología del TDAH, sino especialmente por la posible comorbilidad que puede acompañar a éste.

Por tal, el estrés que surge del cuidado diario de los niños parece interferir en la salud y el funcionamiento psicológico de los padres, y en las relaciones con sus hijos. Los niveles elevados de estrés se han asociado a problemas tales: apego inseguro en el niño (Clarke et al, 2002; Crittenden y Kulbotten, 2007; Dow, 19.966; Fitz-Dotan, 2006; citados por Dallos R, Smart C., 2011) y a la utilización de una disciplina punitiva y abusiva por parte de los padres (Dopke, Lundahl, Dunsterville y Lovejoy, 2003; Holden y Banez, 1996; Rodríguez y Green, 1997; citados por Díaz A, Brito de la Nuez A, López J, Pérez J, Martínez M., 2010).

Teniendo en cuenta los resultados de los estudios referenciados y los de nuestra propia investigación, dada 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, además, considerar que el estrés parental existe en familias de pacientes con TDAH y abordarlo como parte del tratamiento.

LIMITACIONES

La principal contribución del presente estudio ha sido ampliar los hallazgos de investigaciones anteriores sobre la funcionalidad familiar y el estrés parental, aunado al impacto que ocasiona en la familia tener un hijo con TDAH; sin embargo, también es importante mencionar las limitaciones del mismo, ello con la finalidad de dejar abiertas futuras líneas de investigación.

- ▶ En primer lugar no se utilizó ninguna medida objetiva del estrés parental, aunque se empleó una escala de autoinforme que muestra un nivel adecuado de fiabilidad y validez, la cual ha sido utilizada en numerosas investigaciones (Escala de Estrés Parental).
- ▶ También hay que señalar que aunque nuestra investigación se ha centrado en analizar la influencia de las variables sociodemográficas de los padres de familia, las variables sociofamiliares (tipo de familia, nivel de estudios, número de hijos, etc.) y la funcionalidad familiar en el estrés parental, se podían haber incluido otras muchas variables, como: características del propio niño con TDAH que afectan a la familia (temperamento difícil y conducta agresiva en edad temprana, condiciones comórbidas, rendimiento escolar, etc.), psicopatologías de los padres de familia (depresión, ansiedad y estrés) y abuso de sustancias y/o alcohol, conflictos en el subsistema conyugal (menor apoyo de la pareja), violencia intrafamiliar, maltrato infantil y estilos de crianza (hostilidad y permisividad).

- Señalar que en la mayoría de los casos, la madre fue quien contestó la entrevista y los cuestionarios. Esta situación se repite en la mayoría de las investigaciones ya que la madre es la cuidadora principal del niño o niña con TDAH, además, por su mayor disposición para participar. Por lo anterior, podría ser importante incluir también la opinión de los padres en futuras investigaciones.
- El pequeño tamaño de la muestra que se basó en la prevalencia del 5% de pacientes con TDAH en México, además, que la investigación se realizó solamente en el Hospital General Regional No. 1 del IMSS, quedando fuera de la población de estudio otras unidades médicas.

CONCLUSIONES

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo; con carga genética importante y modulación medioambiental en la expresión conductual, el cual, dada su prevalencia, es un problema de salud pública mundial, de aparición en la infancia, caracterizado por la dificultad para poner atención, hiperactividad y/o impulsividad que puede persistir hasta la edad adulta, impactando diferentes áreas como la académica, laboral y social. Se asocia a comorbilidad psiquiátrica múltiple (70% de los casos); si se asocia al trastorno negativista desafiante o al disocial, llevará a trastornos de conducta serios, delincuencia y criminalidad, con configuración de personalidad antisocial o de sociópatas con el riesgo para la sociedad que esto implica.

Por lo anterior un paciente con diagnóstico de TDAH es más vulnerable en su desarrollo evolutivo, por tanto, el papel de los padres es de vital importancia, ya que son los que de forma intuitiva detectan la problemática presentada por su hijo o hija, son los que trasladan el problema a los profesionales para lograr un diagnóstico certero que permita el inicio del tratamiento y, además son los que van a llevar el seguimiento e implicarse adecuadamente en las prescripciones de los profesionales. Importante tener en cuenta que se trata de una condición crónica y que el apego al tratamiento es un factor importante a tener en cuenta.

Aunque no fue un objetivo de estudio del presente trabajo, de acuerdo a la literatura se ha constatado por otros autores que las prácticas de disciplina en los padres de niños con TDAH son más disfuncionales, posiblemente por la dificultad de manejo de estos niños. Las conductas de los niños con TDAH aumentan los niveles de estrés familiar debido a los retos para la educación que plantea el comportamiento

típico de los niños hiperactivos (por ejemplo, temperamento difícil, escasa adaptación a situaciones nuevas, irritabilidad, actividad excesiva, etc.). También parecen apuntar que este incremento del estrés se asocia frecuentemente con respuestas negativas de los padres –incluidos estilos de crianza desadaptativos–, que pueden empeorar la conducta del niño, incrementar los problemas psicológicos en los padres e incluso perjudicar las relaciones matrimoniales y familiares (Presentación M, García R, Miranda A, Siegenthaler R, Jara P., 2006). De acuerdo a lo anterior, es importante intervenir de manera temprana, no sólo con el niño, sino también con la familia, de cara a evitar que se perpetúen patrones disfuncionales en la crianza.

Nuestra investigación detectó un nivel de estrés clínicamente significativo en los padres de familia de pacientes con TDAH, aspecto que debería ser abordado a la brevedad, para prevenir la aparición de problemas psicoemocionales en los padres. Esta intervención se reflejará en una mejor calidad de vida familiar y en la del propio paciente con TDAH. Es importante que los padres tengan expectativas realistas sobre la conducta de su hijo, ya que ello, conllevará a conseguir una adecuada vinculación afectiva con el menor y una mayor percepción de autoeficacia parental. Los padres de estos niños deben saber cuál es la mejor manera de interactuar con ellos y cómo reducir las fricciones dentro del seno familiar creando un ambiente adaptado a sus necesidades; por otro lado, un vínculo seguro se considera un importante factor protector que estabiliza al niño o niña y le permite un mejor desarrollo cognitivo y afectivo, percibiendo la relación con su padre y su madre de manera más positiva. Además, para una adecuada comprensión del problema del TDAH, no debemos olvidar el contexto familiar en el que se desenvuelve cada niño, es decir, las características particulares de cada familia (tipo de familia, número de hermanos, conflictos familiares,

cuál es el tipo de educación paterna, si hay malas relaciones padres-hijos, la posible presencia de maltrato o abuso y el nivel socioeconómico, etc.) las cuales también influyen en la actuación parental.

Tal como se ha constatado en la investigación presentada, el diagnóstico de los niños con TDAH se realizó entre los 3 y 14 años de edad, si bien los padres detectan el problema desde antes de los 3 años de edad. Por ello, de mira a la prevención, es necesario elaborar protocolos de detección temprana del TDAH dirigidos a los profesionales de atención primaria (médicos familiares, pediatras, psicólogos escolares y maestros) que son los que con mayor frecuencia ven al niño y pueden orientar a los padres. Con ello se posibilitará un diagnóstico precoz y el inicio temprano de la intervención terapéutica. Ahondando en el papel que juega el médico familiar o de primer contacto en la detección e identificación oportuna del TDAH, la literatura pone de manifiesto que existen limitaciones por parte de la atención primaria para reconocer las características y el manejo del TDAH, así como su referencia oportuna al manejo especializado. En México según la Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro, se llevó a cabo un estudio promovido por la Federación Mundial de Salud Mental, en sociedad con el Dr. Russell Barkley, se contó además, con la participación de la Asociación Mexicana por el Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asociados, en el cual se reportó que el 59% de los padres coinciden en que el médico de primer contacto carece de información sobre el TDAH, por lo que el tiempo para diagnosticar a los pacientes se prolonga, en promedio, hasta 2 años (Poza M, Valenzuela M, Becerra D., 2014). En general, en el primer nivel de atención médica, existe una falta de capacitación para el reconocimiento de los trastornos psiquiátricos, por ello,

consideramos importante capacitar al médico familiar para que reconozca los síntomas del TDAH y derive a la brevedad a estos pacientes y a su familia a un segundo nivel de atención médica; mencionar que la continuación de la prescripción y el monitoreo del tratamiento farmacológico puede realizarse por médicos de atención primaria, así mismo, es importante para los médicos considerar el estrés parental en familias de niños con TDAH, así como la dinámica familiar ya que ésta puede actuar como factor contribuyente a la falta de remisión.

La familia necesita apoyo; tiene que aprender a manejar y a superar la situación de crisis desencadenada por las dificultades de crianza y educación de un niño o niña con diagnóstico de TDAH. La familia es el contexto ideal para llevar a cabo una intervención psicoterapéutica dirigida a desarrollar el autocontrol en un paciente con TDAH y en el resto de la familia. El éxito va a depender de que los padres proporcionen al hijo las experiencias adecuadas, tanto en términos de cantidad como de calidad en la vida diaria. Es decir, la familia tiene que crear un entorno competente para promover el desarrollo social y personal del niño. Específicamente, se debe orientar a los padres para que desarrollen habilidades que les ayuden a disminuir la tensión psicológica y emocional, así como el uso apropiado de métodos de disciplina y de prácticas de comunicación adecuadas con sus hijos con TDAH; lo anterior teniendo presente que el tratamiento deberá ser integral, personalizado, multidisciplinario y acorde a las necesidades y características específicas de cada paciente, a través, de intervenciones psicosociales dirigidas a los padres, maestros y al paciente (entrenamiento en manejo parental, terapia interaccional padre-hijo, etc.) y del tratamiento farmacológico que constituye la piedra angular en el manejo del TDAH.

Finalmente hay que enfatizar la importancia de crear en conjunto con el segundo nivel de atención médica programas psicoeducativos para padres de familia, que incluyan el asesoramiento parental, el conocimiento acerca del tratamiento, el apoyo y soporte de los padres, así como la promoción de la comunicación entre padres, maestros y el equipo de salud.

Por lo anterior y como recomendaciones para futuras investigaciones consideramos importante:

- Evaluar la funcionalidad familiar, el tipo de interacción entre el niño y el cuidador, el impacto de los síntomas dentro del hogar así como los recursos de afrontamiento de la familia.

- Capacitación por parte del personal de salud en atención primaria para un diagnóstico oportuno de la sintomatología del TDAH y una derivación temprana para su tratamiento al segundo nivel de atención médica.

- Tener presente que la identificación temprana del TDAH, el proceso de diagnóstico diferencial adecuado y el tratamiento de éste con sus comorbilidades pueden disminuir el desarrollo de complicaciones futuras.

- Conocer el impacto familiar que representa el tener un niño con TDAH a partir del análisis de las percepciones de sus padres (repercusiones del hijo en cuanto a sentimientos y actitudes de los padres, vida social, economía familiar, relaciones matrimoniales, relaciones entre hermanos, el grado de dificultad de vivir con su hijo y la influencia que éste ejerce sobre la familia).

- Diseñar estudios que profundicen el análisis y posibiliten la caracterización de estilos parentales educativos en familias con TDAH, lo cual podría contribuir en la práctica clínica para la intervención con familias de pacientes con TDAH, con el objetivo de favorecer el desarrollo de técnicas efectivas de disciplina, una adecuada comunicación y afecto en la relación de los padres y madres con sus hijas e hijos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Velasco R. El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia. [Libro en Internet]. México: Secretaría de Educación de Veracruz; 2010: 13-21. [acceso 20 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.sev.gob.mx/servicios/publicaciones/serie_hcyt/librodeficit.pdf
2. Vásquez MJ, Cárdenas EM, Feria M, Benjet C, Palacios L, De la Peña F. Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. [Monografía en Internet]. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; 2010 [acceso 25 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/guia_tdah.pdf
3. American Psychiatric Assosiation. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. Washington, DC: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013: 33-36.
4. Rangel J. El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDA/H) y la violencia: Revisión de la bibliografía. *Salud Mental*. 2014; 37 (1): 75-82.
5. Granados A, Sauer T, Arriaga E, Ramírez M. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada. [Monografía en Internet]. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2014 [acceso 30 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/158_GPC_DE_FICIT_ATENCION_HIPERACTIVIDAD/Ssa_158ER.pdf

6. Téllez-Villagra C, Valencia-Flores M, Beauroyre-Hijar R. Cronología conceptual del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Rev Esp Med Quir* 2011; 16(1):39-44.
7. Poza M, Valenzuela M, Becerra D. Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. [Monografía en Internet]. México: Secretaría de Salud - Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro. [acceso 11 de diciembre de 2014]. Disponible en: http://www.sap.salud.gob.mx/media/61178/nav_guias1.pdf
8. Fernández M, Hidalgo I, Lora A, Sánchez L, Rodríguez L, Lefa E, et al. La atención primaria y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH): Consenso multidisciplinar y evidencias para la puesta en práctica. [Monografía en Internet] Madrid: Asociación Civil de Investigación y Desarrollo en Salud (ACINDES); 2009. [acceso 20 de diciembre de 2014]. Disponible en: http://www.fundacioncadah.org/web/doc/index.html?id_doc=61
9. Rubia K, Alegría AA, Brinson H. Brain abnormalities in attention deficit hyperactivity disorder: a review. *Rev Neurol* 2014; 58 (1): 3-18.
10. Palacio J, Ruíz M, Bauermeister J, Montiel C, Henaos G, Agosta G. Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Preescolares Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Salud Mental*. 2009; 32 (1): 3-16.
11. Palacios L, Zavaleta P, Patiño R, Abadi A, Díaz D, Taddey N, et al (2009). Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Adolescentes Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Salud Mental*. 2009; 32 (1): 31-44.
12. Velasco M., Julián J. Manejo del enfermo crónico y su familia: sistemas, historias y creencias. 1ª ed. México: El Manual Moderno; 2001: 2.

13. Montiel C, Montiel I, Peña J. Clima familiar en el Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad. *Psicología Conductual*. 2005; 13 (2): 297-310.
14. Huerta J. Medicina familiar: la familia en el proceso salud-enfermedad. 1ª ed. México: Alfil; 2007: 37-38.
15. Presentación M, García R, Miranda A, Siegenthaler R, Jara P. Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Rev Neurol*. 2006; 42 (3): 137-143
16. González R, Bakker L, Rubiales J. Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2014; 12 (1):141-158.
17. Conlon K, Strassle C, Vinh D, Trout G. Family Management Styles and ADHD: Utility and Treatment Implications. *Journal of Family Nursing*. 2008; 14:181-200.
18. Limbers C, Ripperger-Suhler J, Boutton K, Ransom D, Varni W. A Comparative Analysis of Health-Related Quality of Life and Family Impact Between Children With ADHD Treated in a General Pediatric Clinic and a Psychiatric Clinic Utilizing the PedsQL. *Journal of Attention Disorders*. 2011; 15: 392-402.
19. Cussen A, Sciberras E, Ukoumunne C, Efron D. Relationship between symptoms of attention-deficit/ hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. *Eur J Pediatr*. 2012; 171:271–280.
20. Lambek R, Sonuga-Barke E, Psychogiou L, Thompson M, Tannock R, Daley D, et al. The Parental Emotional Response to Children Index: A Questionnaire Measure of Parents' Reactions to ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2014: 115.

21. Dallos R, Smart C. An exploration of family dynamics and attachment strategies in a family with ADHD/conduct problems. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2011; 16: 535-550
22. García M, Ibañez M. Apego e Hiperactividad: Un Estudio Exploratorio del Vínculo Madre-Hijo. *Terapia Psicológica*. 2007; 25(2):123-134.
23. Díaz A, Brito de la Nuez A, López J, Pérez J, Martínez M. Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index-Short Form. *Psicothema*. 2010; 22 (4): 1033-1038.
24. Pérez J, Menéndez S. Un análisis tipológico del estrés parental en familias en riesgo psicosocial. *Salud Mental* 2014; 37:27-34.
25. Theule J, Wiener J, Tannock R, Jenkins J. Parenting Stress in Families of Children with ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2013; 21: 3-17
26. TZANG R, CHANG Y, LIU S. The association between children's ADHD subtype and parenting stress and parental symptoms. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2009; 13: 318-325.

ANEXO I. ENTREVISTA DE EXPLORACION COMPLEMENTARIA DEL TDAH

Fecha: _____

No. Folio: _____

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA Y ESTRUCTURA FAMILIAR

1.1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO CON TDAH

1. NSS:
2. Edad:
3. Género:
4. Escolaridad:

1.2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PADRE

5. NSS:
6. Edad:
7. Estado civil:

- 1) Soltero
- 2) Casado
- 3) Unión Libre
- 4) Separado
- 5) Divorciado
- 6) Viudo

8. Escolaridad:

- 1) Analfabeta
- 2) Primaria completa
- 3) Primaria incompleta
- 4) Secundaria completa
- 5) Secundaria incompleta
- 6) Preparatoria completa
- 7) Preparatoria incompleta
- 8) Licenciatura
- 9) Otra

9. Ocupación:

- 1) Empleado
- 2) Estudiante
- 3) Comerciante
- 4) Pensionado
- 5) Hogar
- 6) Desempleado
- 7) Otra

1.3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE

10. NSS:
11. Edad:
12. Estado civil:

- 1) Soltera
- 2) Casada
- 3) Unión Libre
- 4) Separada
- 5) Divorciada
- 6) Viuda

13. Escolaridad:

- 1) Analfabeta
- 2) Primaria completa
- 3) Primaria incompleta
- 4) Secundaria completa
- 5) Secundaria incompleta
- 6) Preparatoria completa
- 7) Preparatoria incompleta
- 8) Licenciatura
- 9) Otra

14. Ocupación:

- 1) Empleada
- 2) Estudiante
- 3) Comerciante
- 4) Pensionada
- 5) Hogar
- 6) Desempleada
- 7) Otra

1.4. ESTRUCTURA FAMILIAR

15. Miembros del núcleo de convivencia: (padres, hermanos, tíos, abuelos, otros).

Parentesco	Edad	Ocupación

17. Tipología de la familia:

- 1) Familia Nuclear (compuesta por los dos progenitores)
- 2) Familia Monoparental (familia de uno solo padre)
En caso afirmativo por:
 - madre o padre soltero (a)
 - separación
 - divorcio
 - viudez
- 3) Familia Reconstituida
En caso afirmativo indique:
 - Existen hijos de su pareja actual fruto de relaciones anteriores
 - Conviven en el domicilio
- 4) Familia Extensa
- 5) Familia ~~Sem~~-extensa
- 6) Familia Compuesta

18. Persona que se hace cargo de la crianza del paciente con TDAH de forma habitual:

- 1) Madre
- 2) Padre
- 3) Ambos
- 4) Otros

19. Número de hijos: _____

- 1) 1 a 2 hijos
- 2) 3 a 4 hijos
- 3) 5 a 6 hijos
- 4) 7 o más hijos

20. Posición del paciente con TDAH en el subsistema fraterno familiar:

- 1) Hijo (a) mayor
- 2) Hijo (a) del medio
- 3) Hijo (a) menor

2. RELACIONES FAMILIARES Y APOYOS

Relaciones familiares:

21. ¿Cómo considera la relación de su hijo con la madre?

- 1) Estrecha
- 2) Indiferente
- 3) Tensa
- 4) De rechazo
- 5) No existe

22. ¿Cómo considera la relación de su hijo con el padre?

- 1) Estrecha
- 2) Indiferente

- 3) Tensa
 4) De rechazo
 5) No existe
23. ¿Cómo considera la relación con sus hermanos?
- 1) Estrecha
 2) Indiferente
 3) Tensa
 4) De rechazo
 5) No existe
24. ¿Ha buscado apoyo en su familia? 1) Si 2) No
25. ¿Ha buscado apoyo en sus amigos? 1) Si 2) No
26. ¿Ha buscado apoyo en alguna asociación? 1) Si 2) No
- En caso afirmativo indique cuál: _____
 - ¿En qué le ha apoyado la asociación? _____

3. PERCEPCIONES DE LOS PADRES ACERCA DEL PROBLEMA DEL TDAH

27. ¿Qué información posee sobre el TDAH?
- 1) Nada
 2) Poca
 3) Suficiente
 4) Mucha
28. ¿Quién se la ha facilitado?
- 1) Nadie
 2) Maestro
 3) Psicólogo o terapeuta
 4) Psiquiatra
 5) Pediatra
 6) Neurólogo
 7) Médico Familiar
 8) Asociaciones
 9) Medios de comunicación: TV, prensa, Internet.

4. PAPEL DE LA FAMILIA EN LA DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TDAH

29. ¿A qué edad se inició el problema en su hijo?
- 1) Antes de los 3 años
 2) De 4 a 6 años
 3) De 7 a 9 años
 4) De 10 a 12 años
 5) De 13 a 15 años
 6) Más de 16 años
30. ¿Quién detectó el problema en su hijo?
- 1) Padres
 2) Otro familiar
 3) Maestro
 4) Pediatra
 5) Médico Familiar
 6) Psicólogo
31. ¿Qué profesional evaluó y diagnosticó a su hijo?
- 1) Pediatra

- 2) Psiquiatra
- 3) Neurólogo
- 4) Psicólogo

32. ¿Cuántos años tenía el niño cuando lo diagnosticaron? _____ Años
33. ¿Esperaban ese diagnóstico de acuerdo al comportamiento que observaba en su hijo? 1) Si 2) No
34. ¿Se sintieron más tranquilos al conocer el diagnóstico? 1) Si 2) No
35. ¿Quién está más preocupado? 1) El padre 2) La madre 3) Por igual 4) Ninguno
36. ¿Qué tratamientos ha seguido su hijo?
- 1) Ninguno
 - 2) Psicológico
 - 3) Farmacológico
 - 4) Ambos (psicológico + farmacológico)
37. ¿Está siendo tratado su hijo/a por un Psiquiatra? 1) Si 2) No
38. ¿Está siendo tratado su hijo/a por un Psicólogo? 1) Si 2) No
39. ¿Está siendo tratado su hijo/a por un Neurólogo? 1) Si 2) No
40. ¿Considera que el tratamiento de su hijo está supervisado adecuadamente? 1) Si 2) No
41. ¿Cómo se implica Ud. en el tratamiento?
- 1) Acude a las consultas médicas
 - 2) Realiza las prescripciones que allí se le indican
 - 3) Es consistente en la administración de la medicación
 - 4) Es consistente en la realización de las tareas que se le prescriben
 - 5) No se involucra

ANEXO II. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Dependiente	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de medición
Funcionalidad Familiar	Es considerada como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	Cualitativa	<p>Cuestionario sobre Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL; De la Cuesta D, Pérez-González E, Louro-Bernal I.)</p> <p>Consta de 14 preguntas, a las que se les asigna una puntuación conforme a una Escala Tipo Likert.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Familia funcional (57 a 70 puntos) ▪ Familia moderadamente funcional (43 a 56 puntos) ▪ Familia disfuncional (28 a 42 puntos) ▪ Familia severamente disfuncional (14 a 27 puntos)
Estrés Parental	Conjunto de procesos que conducen a reacciones psicológicas y fisiológicas aversivas derivadas de los intentos de adaptarse a las exigencias de la paternidad.	Cualitativa	<p>Escala de Estrés Parental - versión corta; Abidin, 1983).</p> <p>Consta de 36 ítems con 5 posibles respuestas en Escala tipo Likert divididos en tres subescalas: <i>Malestar Paterno</i>, <i>Interacción Disfuncional Padres-Hijo</i> y <i>Niño Difícil</i>.</p> <p>-Percentila 16 a 84→ Nivel normal de estrés. -Percentila 85 <a 89→ Nivel alto de estrés. -Percentila 90 o más→ Nivel de estrés clínicamente significativo.</p>

Variable Independiente	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de Medición
Edad	Considerada como edad biológica, es el tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta la actualidad.	Cuantitativa	Años
Género	Es una distinción de características biológicas o fisiológicas típicamente asociadas tanto con hembras o machos lo que las diferencias una de otra.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Femenino 2. Masculino
Escolaridad del paciente	Es el tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna 2. Preescolar 3. Primaria 4. Secundaria 5. Preparatoria
Estado Civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro o de su mismo sexo.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Unión libre 4. Separado (a) 5. Divorciado (a) 6. Viudo (a)
Escolaridad de la madre o padre	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Primaria completa 3. Primaria incompleta 4. Secundaria completa 5. Secundaria incompleta 6. Preparatoria completa 7. Preparatoria incompleta 8. Licenciatura 9. Otra
Ocupación de la madre o padre	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Empleado 2. Estudiante 3. Comerciante 4. Pensionado 5. Hogar 6. Desempleado 7. Otra

Familia	Miembros del hogar emparentados entre sí por lazos de consanguinidad, adopción y matrimonio.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nuclear 2. Seminuclear 3. Reconstituída 4. Extensa 5. Semi-extensa 6. Compuesta
Posición fraterna	La posición fraterna puede tener una particular importancia para la posición emocional de una persona dentro de la familia de origen y en las futuras relaciones con su cónyuge e hijos.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hijo mayor 2. Hijo del medio 3. Hijo menor
Relación Familiar	Las relaciones familiares están constituidas por las interacciones entre los miembros que integran el sistema; a partir de estas interacciones se establecen lazos que les permiten a los miembros de la familia permanecer unidos y luchar por alcanzar las metas propuestas.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1) Estrecha 2) Indiferente 3) Tensa 4) De rechazo 5) No existe
Número de hijos	Cantidad de hijos resultado del vínculo entre la pareja.	<p>Cuantitativa</p> <p>Cualitativa</p>	<p>- No. Hijos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1-2 hijos 2. 3-4 hijos 3. 5-6 hijos 4. 7 o más
Apoyo	Término que describe la <u>cooperación</u> , la <u>reciprocidad</u> , y el <u>trabajo en equipo</u> , y que conlleva o implica un <u>beneficio mutuo</u> para los <u>individuos</u> cooperantes.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1) Si 2) No
Tipo de tratamiento	Tratamiento utilizado para control de la enfermedad.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. Psicológico 3. Farmacológico 4. Ambos (psicológico + farmacológico)

Conocimiento del TDAH	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nada 2. Poca 3. Suficiente 4. Mucha
Profesional que realiza el diagnóstico	Implica una calificación académica concreta, pudiendo dividirse en licenciados, doctores, ingenieros, técnicos, médicos, maestros, etc.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pediatra 2. Psiquiatra 3. Neurólogo 4. Psicólogo

ANEXO III. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TDAH

(Asociación Americana de Psiquiatría, DSM- V. Washington, 2013)

A) Patrón persistente de **inatención y/o hiperactividad-impulsividad** que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

NOTA: Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. **Hiperactividad e Impulsividad:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

NOTA: Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

- a. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.).
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está ocupado, actuando como si lo impulsara un motor (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).

- B) Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C) Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).
- D) Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
- E) Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).³

En función de los resultados se podrán clasificar las siguientes presentaciones:

- **Presentación combinada:** Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses. Es considerado el más frecuente con una prevalencia del 58.72%
- **Presentación predominante con falta de atención:** Si se cumple el Criterio A1 pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses. Su prevalencia es en promedio del 18.52%.
- **Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses. Tiene una prevalencia del 17.10% en promedio.⁴

TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación se le presentan una serie de situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una **X** su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

INDICADOR		Casi Nunca (1)	Pocas Veces (2)	A Veces (3)	Muchas veces (4)	Casi Siempre (5)
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple con 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 difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que tenemos					

PUNTUACION:

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.

Número de pregunta y las 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

PS I Parenting Stress Index
(Versión reducida)

Richard R. Abidin
University of Virginia

Nombre _____ Sexo ___ Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____
Nombre del niño/a _____ Sexo _____
Fecha de nacimiento del niño _____ Fecha de hoy _____

Instrucciones:

En las líneas anteriores escriba, por favor, su nombre, sexo, fecha de nacimiento, estado civil, nombre y sexo del niño, fecha de nacimiento del niño, y fecha de hoy. Por favor, marque todas sus respuestas

Al contestar el siguiente cuestionario piense en lo que más le preocupa de su hijo/a .

En cada una de las cuestiones siguientes le pedimos que indique, por favor, rodeando con un círculo, la respuesta que mejor describa sus sentimientos. Si encuentra que una respuesta no describe con exactitud sus sentimientos, señale la que más se acerca a ellos. **DEBE RESPONDER DE ACUERDO CON LA PRIMERA REACCIÓN QUE TENGA DESPUÉS DE LEER CADA PREGUNTA.**

Las posibles respuestas son

MA si está muy de acuerdo con el enunciado.

A si está de acuerdo con el enunciado.

NS si no está seguro.

D si está en desacuerdo con el enunciado.

MD si está muy en desacuerdo con el enunciado.

Por ejemplo, si a usted le gusta ir al cine de vez en cuando, debería rodear con un círculo A, como respuesta al siguiente enunciado:

Me gusta ir al cine

MA **A** NS D MD

PAR, Psychological Assessment Resources, Inc/P.O. Box 998/Odessa, FL 33556/Toll-Free 1-800-331-TEST.
Copyright © 1990, 1995, by Psychological Assessment Resources. All rights reserved. May not be reproduced in whole or in part in any form or by any means without written permission of Psychological Assessment Resources, Inc. this form is printed in blue ink. Any other version is unauthorized.

NO OLVIDE QUE: MA = Muy de Acuerdo A = De acuerdo NS = No estoy seguro D = En desacuerdo MD = Muy en desacuerdo

- | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---|----|---|----|
| 1. A menudo tengo la sensación de que no puedo controlar muy bien las situaciones | MA | A | NS | D | MD |
| 2. Siento que dejo más cosas de mi vida de lo que nunca imaginé para satisfacer las necesidades de mi(s) hijo(s) | MA | A | NS | D | MD |
| 3. Me siento atrapado por mis responsabilidades como madre/padre | MA | A | NS | D | MD |
| 4. Desde que he tenido este hijo, no he sido capaz de hacer cosas nuevas y diferentes | MA | A | NS | D | MD |
| 5. Desde que he tenido este hijo, siento que casi nunca soy capaz de hacer las cosas que me gustan | MA | A | NS | D | MD |
| 6. No me siento contento con la ropa que me compré la última vez | MA | A | NS | D | MD |
| 7. Hay muchas cosas de mi vida que me molestan | MA | A | NS | D | MD |
| 8. Tener un hijo me ha causado más problemas de los que esperaba en mis relaciones con mi pareja. | MA | A | NS | D | MD |
| 9. Me siento solo y sin amigos | MA | A | NS | D | MD |
| 10. Generalmente, cuando voy a una fiesta no espero divertirme | MA | A | NS | D | MD |
| 11. No estoy tan interesado por la gente como antes | MA | A | NS | D | MD |
| 12. No disfruto de las cosas como antes | MA | A | NS | D | MD |
| | MP | | | | |
| 13. Mi hijo casi nunca hace cosas que me hagan sentir bien. | MA | A | NS | D | MD |
| 14. Casi siempre siento que no le gusto a mi hijo ni quiere estar cerca de mí. | MA | A | NS | D | MD |
| 15. Mi hijo me sonrío mucho menos de lo que yo esperaba. | MA | A | NS | D | MD |
| 16. Cuando le hago cosas a mi hijo, tengo la sensación de que mis esfuerzos no son apreciados | MA | A | NS | D | MD |
| 17. Cuando juega, mi hijo(a) no se ríe con frecuencia | MA | A | NS | D | MD |
| 18. Me parece que mi hijo no aprende tan rápido como la mayoría de los niños. | MA | A | NS | D | MD |
| 19. Me parece que mi hijo no sonrío tanto como los otros niños. | MA | A | NS | D | MD |
| 20. Mi hijo(a) no es capaz de hacer tantas cosas como yo esperaba. | MA | A | NS | D | MD |
| 21. Mi hijo tarda mucho y le resulta muy difícil acostumbrarse a las cosas nuevas. | MA | A | NS | D | MD |
| 22. Siento que soy: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. no muy bueno como madre/padre. | | | | | |
| 2. una persona que tiene algunos problemas para ser madre/padre | | | | | |
| 3. un(a) madre/padre normal | | | | | |
| 4. un(a) madre/padre mejor que el promedio | | | | | |
| 5. muy buen(a) madre/padre | | | | | |

NO OLVIDE QUE: MA = Muy de Acuerdo A = De acuerdo NS = No estoy seguro D = En desacuerdo MD = Muy en desacuerdo

23. Esperaba tener más sentimientos de proximidad y calor con mi hijo de los que tengo, y eso me molesta. MA A NS D MD
24. Algunas veces mi hijo hace cosas que me molestan solo por el mero hecho de hacerlas MA A NS D MD

IDP-H

25. Mi hijo parece llorar y quejarse más a menudo que la mayoría de niños MA A NS D MD
26. Mi hijo generalmente se despierta de mal humor MA A NS D MD
27. Siento que mi hijo es muy caprichoso y se enoja con facilidad MA A NS D MD
28. Mi hijo hace algunas cosas que me molestan mucho MA A NS D MD
29. Mi hijo reacciona muy fuertemente cuando sucede algo que no le gusta MA A NS D MD
30. Mi hijo se molesta fácilmente por las cosas más insignificantes MA A NS D MD
31. El horario de dormir y comer de mi hijo fue mucho más difícil de establecer de lo que yo esperaba MA A NS D MD
32. He observado que lograr que mi hijo haga o deje de hacer algo es:

1. Mucho más difícil de lo que me imaginaba
2. Algo más difícil de lo que esperaba
3. Como esperaba
4. Algo menos difícil de lo que esperaba
5. Mucho más fácil de lo que esperaba

33. Piense concienzudamente y cuente el número de cosas que le molesta que haga su hijo. Por ejemplo, pierde el tiempo, no quiere escuchar, es demasiado activo, llora, interrumpe, pelea, lloriquea, etc. Por favor, marque el número que indica el conjunto de cosas que haya contado 10+ 8-9 6-7 4-5 1-3

Por favor, indique alguna:

34. Algunas cosas de las que hace mi hijo me fastidian mucho MA A NS D MD
35. Mi hijo se ha convertido en un problema mayor de lo que yo esperaba MA A NS D MD
36. Mi hijo me exige más de lo que exigen la mayoría de niños. MA A NS D MD

ND

Σ datos

Tablas de conversión de puntuaciones brutas a percentiles de la Prueba
PSI/VR de Abidin, 1995

Meses _____

Percentil	Puntuaciones brutas					Percentil
99+	24	49	36	49	112	99+
95	19	39	30	39	99	95
90	18	36	27	36	91	90
85	17	33	26	33	86	85
80	16	31	25	31	82	80
75		30	24	30	79	75
70	15	29	23	29	76	70
65		28	22	28	75	65
60	14	27	21	27	73	60
55		26	20	26	71	55
50		25	19	25	69	50
45	13		18		67	45
40		24	17	24	66	40
35		23	16	23	65	35
30		22	15	22	63	30
25	12	21		21	61	25
20		20	14	19	59	20
15	11	19		18	55	15
10	10	17	13	17	51	10
5	9	14	12	15	46	5
1	7	12		14	39	1

NID _____

Padre
Madre

Respuesta
Defensiva

Malestar
Paterno

Interacción
Disfunc.
Padres-hijo

Niño
Difícil

Estrés
Total

Puntuación directa



Puntuación centil