

11226

70  
24

**Universidad Nacional Autónoma de México**



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
SECRETARIA DE SALUD  
UNIDAD ACADÉMICA CEAPS Dr. José Castro Villagrana

**“Perfil de la Familia del Niño Hiperquinético del  
Instituto Nacional de Salud Mental / 1988”**

**TESINA**  
**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE**  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTAN**

**Dra. Judith Yolanda Sánchez Quintana**  
**Dr. Ricardo Juan Fuentes Hernández**



México D F.

Marzo 1990



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO.

	Pág.
I.- INDICE	1
II- INTRODUCCION.	11
III JUSTIFICACION.	1
IV- MARCO CONCEPTUAL:	3
-Definición	4
-Incidencia	4
-Etiopatogenia	5
-Sintomatología	7
-Diagnóstico	9
-Tratamiento	10
-Niño Hiperquinético y Familia	11
-Generalidades de Familia.	12
V.- OBJETIVOS.	16
VI- UNIVERSO DE ESTUDIO, LUGAR Y TIEMPO.	17
VII DISEÑO DE LA INVESTIGACION.	17
-Instrumentos y Metodología.	18
VIII y IX	
RESULTADOS Y ANALISIS:	23
-Cuadros.	29
X.- CONCLUSIONES.	36
XI- BIBLIOGRAFIA.	37

II.-

INTRODUCCION.-

El presente estudio tiene la finalidad de describir las principales características de las familias de las que forman parte los niños diagnosticados como hiperquiniéticos que acuden al Instituto Nacional de Salud Mental (DIF); así como los principales datos de los niños en cuanto a su padecimiento, datos generales, tratamiento y evolución con el objeto de conocer más acerca de esta patología, las alteraciones que causan en la familia, y obtener pautas que guíen al Médico Familiar hacia la detección temprana de la misma y su manejo adecuado y oportuno, para evitar que como consecuencia se provoque daño en estos niños al ser etiquetados como "traviesos" o "re-tardados" debido a que frecuentemente cursan con bajo rendimiento escolar. Así mismo para poder orientar a la familia acerca del manejo de estos niños.

### III.-JUSTIFICACION.-

La hiperquinesia es uno de los problemas de psicopatología infantil que reviste mayor importancia para el maestro, el pediatra y el psiquiatra (1,17).

El niño hiperquinético es un enigma (17). Existen controversias en relación a la etiología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Los médicos a los que se pide colaboren con su manejo se encuentran a menudo desconcertados ante múltiples propuestas de terapia y ante padres amedrentados y maestros belicosos quienes demandan que se haga algo de inmediato con ese "niño hiperactivo".

El niño hiperquinético se ve afectado principalmente en el área de la conducta mostrando desviaciones de severas consecuencias tanto para él como para su familia y su grupo escolar (1,4,9). Así mismo presenta trastornos de aprendizaje que en ocasiones los obliga a repetir el año escolar.

El que un hijo repruebe significa para los padres un grave problema económico, el niño se convierte en una carga y se le recrimina constantemente, en consecuencia también se daña su autoestima. Además el elevado número de niños en estas circunstancias origina un fuerte gasto para el estado, por lo que los promueven algunas veces sin merecerlo, afectando tanto su nivel académico como el de la población en general. En otras ocasiones estos problemas hacen que un profesor poco observador lleve a la conclusión prematura de que el niño sufre retardo mental.

Los problemas escolares se pueden atribuir a múltiples causas entre las que se pueden considerar tres que son determinantes: baja capacidad intelectual, problemas neurológicos y problemas emocionales.

Si bien en estos niños los problemas escolares y de conducta están determinados por los trastornos neurológicos, en

algunos de ellos pueden darse dos o tres causas lo cual agravará notablemente el problema de estos niños así como de sus familias, llegando en ocasiones a alterar tanto la dinámica familiar que se vuelven insoportables para su propia familia siendo abandonados con otras personas o en dependencias del estado, lo que a su vez produce también gastos elevados(1).

De ahí el interés del Médico Familiar de conocer más a fondo las características de las familias con este tipo de niños, que están entre las primeras causas de consulta en la consulta de psiquiatría(3), para saber qué tanto pueden los problemas emocionales aumentar el trastorno del niño o bien, por el contrario, es el problema del niño lo que causa alteraciones importantes en la familia.

Hay evidencias que indican el incremento de trastornos de conducta en niños asociados a psicopatología de los padres. Los niños de padres con desórdenes de ansiedad pueden constituir uno de tales ejemplos(14).

Por lo tanto se considera conveniente realizar el estudio de un problema tan importante desde la perspectiva familiar sistémica, donde se tomen en cuenta a todos los miembros de la familia y sus interacciones ya que se trata de un sistema y, sin embargo, a pesar de ello se encuentran muy pocos estudios en los que se mencionan características familiares de este tipo de pacientes, sino más bien se enfocan al paciente de una manera individual siendo que el manejo debe abarcar a todo el núcleo familiar.

#### IV.-MARCO CONCEPTUAL.-

No hay una sola obra importante de psicopatología infantil que pase por alto la existencia de los "síndromes cerebrales", a los que generalmente se dedica un capítulo especial, - el cual suele comprender algunas subdivisiones(17).

La salud representa la fase de adaptación del organismo humano a su medio y, en el caso del niño constituye además, - la etapa de crecimiento y desarrollo, durante la cual es capaz de manejar su ambiente y de manejarse a sí mismo dentro - de ciertos límites. La enfermedad representa, por el contrario, una falla en la adaptación, una ruptura en el intento - del organismo por mantener la homeostasis que caracteriza la buena relación entre el individuo y su medio. El ser humano, enfermo o sano, está organizado en tres niveles: el fisiológico, el psicológico y el social e interpersonal(17).

La noción de psicopatología en el sentido del mecanismo de producción de los síntomas, está ligada a una concepción - del desarrollo infantil que considera al niño como un ente dependiente de la familia y de la sociedad(3).

Actualmente la psicopatología infantil ha evolucionado - hacia la adquisición de conceptos que incluyen los síntomas - de trastorno mental infantil en su interacción con el medio - ambiente familiar y social, que consideran al niño como un organismo en desarrollo(2).

Además también se menciona la importancia de reconocer a la familia, por encima de lo individual, como el sitio apropiado de conceptualización, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. Específicamente con respecto a enfermedades psiquiátricas severas, la disfunción familiar contribuye - al surgimiento de la enfermedad, afectando significativamente su curso, e influyendo fuertemente en el tratamiento(14).

### Definición.-

Se ha definido la hiperactividad o hiperquinesia como una actividad motora diaria (o movimiento del cuerpo, o cualquier porción de él) que es significativamente mayor que la normal - y acompañada de otros síntomas como capacidad de atención corta, impulsividad, irritabilidad, explosividad, dificultad en el aprendizaje, inatención, disforia, desobediencia patológica (17).

En el DSM-III es llamado "Trastorno por déficit de atención con hiperactividad" y en el ICD-9 "Síndrome hiperquinético". La definición del DSM-III se refiere a niveles de "manifestaciones inapropiadas" de inatención, sobreactividad e impulsividad. El glosario del ICD-9 refiere períodos de atención inapropiada y sobreactividad "extrema" (10).

Esta definición sin embargo presupone que existen normas para niveles de actividad, lo cual es incorrecto pues ni siquiera se han medido satisfactoriamente estos niveles ni mucho menos se tienen normas. La diferencia en actividad entre el niño normal y el niño hiperquinético puede ser más que toda cualitativa (1).

### Incidencia.-

La incidencia de la llamada "hiperactividad" variará con la definición, y con variables tales como edad y sexo, situación en que se observa, el punto de vista del observador, etc.

Según ciertos autores, por ejemplo Stewart y col. (1966) estiman 4% de todos los niños en edad escolar como hiperquinéticos. Otros autores dan cifras menores de 1 a 1.5% (17). En México la frecuencia varía del 4% en una escuela suburbana al 10% en los niños de segundo año de primaria urbana (18).

La proporción de varones con niñas varía de 4-9:1 (1,10, 17,18).

De acuerdo a los maestros de escuela los comportamientos definidos como "problemas" son comunes, como se ha demostrado por diversos estudios como el que se encontró en una población



de jardines de niños en que hasta un 50% de los varones y un 27% de las niñas mostraron inquietud e inestabilidad (18). En otra encuesta a 114 maestros de jardines de niños en una Delegación del D.P. mostraron que un 50% de los maestros aseguraban tener entre su problema de salud más importante en sus niños, el síndrome del niño hiperactivo. Este hallazgo puede o no reflejarse en problemas de aprendizaje y puede tener o no un fondo neurológico de base (18).

#### Etiopatogenia.-

La disfunción cerebral puede producirse a partir de acontecimientos a los que anteriormente se les prestaba poca atención, y que ocurren en diferentes momentos, desde el inicio de la gestación hasta varios años después del nacimiento. Se dividen en prenatales, perinatales y postnatales según el momento en que actúan. En términos generales se acepta que las causas del segundo grupo son las más importantes y frecuentes (70-80%) en tanto que las prenatales se presentan en 10-15% y las restantes actúan ya durante la vida extrauterina (17).

No siempre la anamnesis aporta datos que permitan suponer la acción de fenómenos traumatizantes de la estructura cerebral por lo que se han ideado otras hipótesis acerca del mecanismo de producción de la hiperactividad en donde los aspectos genéticos (Lilinfeld y Pasamanick, 1960), historia familiar (2,3) y estado socioeconómico son de considerable importancia, aunque estos aspectos nunca han sido extensamente estudiados. Hasta ahora se ha considerado que el ambiente familiar y la interacción social por sí solas no son capaces de provocar la manifestación de la sintomatología.

Los factores prenatales que con mayor frecuencia producen los cambios estructurales responsables de la disfunción, son los siguientes:

- 1.- Padecimientos infecciosos de la madre.
- 2.- Anoxia del producto in útero.
- 3.- Hemorragia cerebral en el producto.

- 4.- Exposición excesiva a los rayos X.
- 5.- Disturbios metabólicos, especialmente diabetes mellitus.
- 6.- Factor Rh, causa de Kernicterus.

Entre los factores perinatales están:

- 1.- Anoxia neonatorum.
- 2.- Todas las distocias capaces de producir sufrimiento fetal.

Las causas postnatales que se consideran más frecuentes -- son las siguientes:

- 1.- Enfermedades infecciosas durante los primeros meses.
- 2.- Traumatismos craneanos.
- 3.- Secuelas debidas a incompatibilidad del factor Rh.
- 4.- Neoplasias cerebrales.
- 5.- Anoxias accidentales pasajeras.

Tales son las causas que hasta ahora se han identificado-- como responsables de los cambios estructurales, no siempre ma-- croscópicos, pues los hay a niveles bioquímicos, que a su vez -- son los principales antecedentes causales del síndrome.

Algunos autores suponen que la principal disfunción se lo caliza en la corteza cerebral y que ésta, por la misma causa -- pierde o disminuye su capacidad de inhibir otras estructuras -- no corticales; al no regularse de manera conveniente el funcio-- namiento de estos centros, ocurre consecuentemente una desinhi-- bición de la conducta y una falta de organización de estímulos y respuestas. Otros investigadores sostienen que la principal-- falla ocurre en los centros diencefálicos, que de esta manera -- cumplen mal su función de primer escalón de organización de es-- tículos externos y viscerales(18). El foco primario de la in-- vestigación ha sido un modelo genético que determina cambios -- en el metabolismo de las catecolaminas en áreas específicas -- del cerebro medio(5). Recientes estudios han investigado las -- diferencias en el riego sanguíneo cerebral y se ha demostrado que los niños con hiperactividad difieren de los normales en --

la distribución del riego sanguíneo en las áreas de la corteza y ganglios basales (5).

Otra teoría es la de la disminución de los niveles de la 5-hidroxitriptamina lo cual se encontró en un estudio en el 18% de los casos (9). Sin embargo otros estudios han demostrado que no hay relación entre este hecho y la hiperquinesia (5). Agentes farmacológicos que alivian los síntomas clínicos sugieren posibles anomalías en el sistema neurotransmisor de catecolaminas, el cual no está bien establecido (6).

#### Sintomatología.-

Los síntomas del síndrome hiperquinético se pueden agrupar como sigue:

- 1.- HIPERQUINESIA:
  - Destructividad
  - Hiperactividad verbal
  - Trastornos del sueño
  - Agresividad.
- 2.- INATENCION:
  - Hiperactividad sensorial
  - Distracción.
- 3.- IRRITABILIDAD:
  - Conducta impredecible
  - Baja tolerancia a la frustración.
- 4.- IMPULSIVIDAD:
  - Conducta antisocial
  - Enuresis, encopresis
  - Temeridad.
- 5.- INCOORDINACION MUSCULAR (DISPRAXIA):
  - Torpeza corporal
  - Disgrafía
  - Ineptitud deportiva
  - Disartria, dislalia.
- 6.- DISFORIA:
  - Anhedonia
  - Ansiedad
  - Deficiente autoestima.
- 7.- DESOBEDIENCIA PATOLOGICA:
  - Incomprensión de órdenes
  - Repetición de la falta
  - Incomprensión del castigo
  - Perseveración.

- 8.- TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE:
- Problemas visomotores, dislexia
  - Inversión del campo visual
  - Memoria deficiente
  - Pobreza de la imagen corporal.

Se describen 14 criterios diagnósticos para el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (ADHD) del DSM III-R (5). Ocho de los 14 criterios deben estar presentes en los últimos 6 meses. Estos síntomas deben ser más severos y aparecer más frecuentemente que en otros niños de edad mental similar y haber estado presentes en el niño antes de los 9 años. Los criterios son los siguientes:

- 1.- Frecuente inquietud de manos o pies o retorcerse en la silla.
- 2.- Dificultad para permanecer sentado cuando se requiere.
- 3.- Es fácilmente distraído por estímulos externos.
- 4.- Dificultad de esperar su turno en juegos o situaciones de grupo.
- 5.- Frecuentemente habla abruptamente o responde antes de que la pregunta haya sido completamente formulada.
- 6.- Tiene dificultad para seguir instrucciones de otros.
- 7.- Dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego.
- 8.- Frecuentemente brinca de una actividad a otra, sin completarla.
- 9.- Dificultad para jugar quietamente.
- 10.- Frecuentes labores excesivas.
- 11.- Frecuentes interrupciones o intromisiones con otros.
- 12.- Frecuentemente no mira para escuchar lo que se le está diciendo.
- 13.- Frecuentemente pierde cosas necesarias para tareas o actividades de la escuela.
- 14.- Frecuentemente en actividad con peligros físicos sin medir las consecuencias.

### Diagnóstico.-

Se hará una evaluación cuidadosa de la sintomatología que permita planear el manejo del caso y, en la medida de lo posible, establecer un pronóstico. Deben llevarse a cabo los siguientes pasos:

#### -Historia clínica.

La historia clínica, es con mucho, la fuente más importante de datos, cuya correcta valoración permite ya un diagnóstico de presunción, y con frecuencia, una definición completa del problema. Los rubros que más información brindan son:

-Los antecedentes personales patológicos y no patológicos.

Padecimientos infecciosos de la madre y del niño, historia de crisis convulsivas, traumatismos, fracaso escolar, etc.

-La historia de desarrollo psicobiológico del niño.

A qué edad fijó la mirada, sostuvo la cabeza, se sentó, habló, caminó, etc.

-La sintomatología actual.

Hiperquinesia, inatención, irritabilidad, impulsividad, incoordinación muscular, etc.

-La exploración psiquiátrica.

Apariencia personal, estado de la conciencia, lenguaje, estado de ánimo, orientación en tiempo y espacio, memoria, atención, etc. (20).

-La exploración física sobre todo la neurológica.

Pares craneales, incapacidad para mantenerse quieto, equilibrio, movimientos anormales, etc.

-Exámen neurológico.

Gran parte de los autores están de acuerdo en que para el caso de la disfunción cerebral mínima no es necesario efectuar un exámen neurológico pormenorizado. El síndrome no incluye trastornos neurológicos severos, y por tanto, no es de esperar

que la exploración descubre francos signos de anormalidad en el sistema nervioso central. Los más importantes son los que develan un significativo retraso del desarrollo en una o más de estas funciones: lenguaje, coordinación motora, percepción, diferenciación derecha-izquierda y coordinación visomotora.

**-Electroencefalograma.-**

El estudio electroencefalográfico no hace el diagnóstico solo, pero deberá practicarse siempre, y en ocasiones proporcionará datos irrefutables de trastorno estructural cerebral, pero incluso un trazo francamente anormal es compatible con la conducta más saludable, así como también un niño con la sintomatología ya descrita puede presentar un trazo normal.

La principal alteración encontrada en estos niños es la llamada inmadurez electroencefalográfica.

**-Pruebas psicológicas.**

En general se recomienda la aplicación de las pruebas que sirven para obtener el coeficiente intelectual y para valorar las deficiencias que con mayor frecuencia se encuentran en la hiperquinesia (dislexia, dispraxia, etc.).

**Tratamiento.-**

La mejor de todas las terapias es la multidisciplinaria. El niño ha de ser educado con procedimientos especiales, debe recibir una adecuada psicoterapia, y sobre todo, beneficiarse con un tratamiento psicofarmacológico cuidadosamente establecido por el psiquiatra, ya que hay estudios que demuestran la relación directa entre la mejoría de los síntomas o el aprendizaje y el uso de medicamentos como el metilfenidato (6,7,8,11,12)

En general el tratamiento va a consistir en :

- Tratamiento psicológico
- Tratamiento pedagógico
- Terapia familiar
- Tratamiento farmacológico.

## Niño hiperquinético y Familia.-

Si la Medicina Familiar es una respuesta a las necesidades de la población, en la que el Médico Familiar requiere de conocimientos, habilidades y actitudes que trasciendan los aspectos individuales y familiares, es importante su actualización en la prevención y manejo del problema de la hiperquinesia, por las consecuencias sociales y económicas que afectan no solo al individuo y a la familia, sino también a la comunidad.

De esta forma, la familia como sistema -dependiendo de su capacidad para manejar las nuevas experiencias que recibe- es capaz como un todo de determinar grados de salud o enfermedad en su totalidad o en alguno de sus miembros; es el caso del "niño hiperquinético", una enfermedad cuyas repercusiones pueden observarse en varios sentidos y uno de ellos es el trastorno severo que determina en la familia; de ahí que el Médico Familiar está obligado a identificar, tratar y si fuera necesario, derivar a las familias en cuyo seno exista uno de estos niños, a fin de limitar el daño y establecer un programa de rehabilitación y reintegración familiar y social.

Cuando existe un "niño hiperquinético" en una organización familiar, definitivamente es la familia la que enferma y por lo multifactorial de la etiología es importante que el abordaje de este problema sea por un equipo de trabajo en el que se incluye al psiquiatra, al psicólogo, a la trabajadora social y a la propia familia bajo la conducción de un médico familiar.

Se pretende en este estudio dar en forma práctica el conocimiento de las secuelas psicodinámicas familiares y alertar a los Médicos Familiares sobre lo valioso y oportuno de su intervención ante un problema frecuente y perturbador.

A continuación se mencionarán algunos conceptos generales sobre Familia que nos ayudarán a comprender más acerca de este estudio.

## FAMILIA.-

“unque el término familia se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido ,mujer e hijos sigue - siendo la unidad básica en la cultura de Occidente, conser -- vando aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y fí - sico.

## CLASIFICACION.-

Para los estudios de familia, desde el punto de vista so - cial se ha encontrado útil la siguiente clasificación (19):

En base a su DESARROLLO:

MODERNA: el hombre y la mujer comparten responsabilidades y ta - reas por igual.

TRADICIONAL: El hombre es el proveedor y la mujer está en el ho - gar.

ARCAICA O PRIMITIVA: Viven con la familia de origen y se rigen de acuerdo a sus normas.

En base a su DEMOGRAFIA:

URBANA: viven en ciudades con todos los servicios urbanos.

SUEURBANA: viven en la periferia de las ciudades ,no cuentan con todos los servicios.

RURAL: viven en el campo y no cuentan con todos los servicios de urbanización.

En base a su INTEGRACION:

INTEGRADA: en la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones.

SEMI-INTEGRADA: en la cual los cónyuges viven juntos pero no cum - plen adecuadamente sus funciones.

DESINTEGRADA: es aquélla en la cual falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono.

Desde el punto de vista TIPOLOGICO :

CAMPESINA

OBERA

PROFESIONAL

Esta característica está dada según la ocupación de uno o ambos cónyuges.



En base a su COMPOSICION o ESTRUCTURA:

NUCLEAR: Padre e hijos.

EXTENSA: Padres, hijos, abuelos, tíos, etc.

EXTENSA COMPUESTA: Padres, hijos, abuelos, comadres, amigos, etc.

De acuerdo a la fase en el CICLO VITAL de una familia:

MATRIMONIO: hasta antes del nacimiento del primer hijo.

EXPANSION: desde el nacimiento del 1er hijo hasta que éste acude a la escuela.

DISPERSION: cuando los hijos van a la escuela.

INDEPENDENCIA: desde la partida del 1er hijo del hogar por estudios, casamiento, etc.

RETIRO Y MUERTE: los padres se quedan solos.

#### DINAMICA FAMILIAR.-

La dinámica familiar normal es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de una familia que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuos y, que le da el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los otros miembros.

#### GUIA DE MC MASTER.-

Existen varios instrumentos para valorar la funcionalidad familiar. Uno de ellos es el modelo de evaluación de Mc Master cuyos parámetros nos dan una visión panorámica de la familia - como sistema. Los parámetros son los siguientes: (21)

- 1.-SOLUCION DE PROBLEMAS
- 2.-COMUNICACION
- 3.-ROLES
- 4.-EXPRESION DE APECTOS
- 5.-INVOLUCRAMIENTO APECTIVO
- 6.-CONTROL DE LA CONDUCTA
- 7.-FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

### 1.-SOLUCION DE PROBLEMAS.

Incluye la detección de problemas por la familia y las alternativas que usan para resolverlos. Este elemento es de gran importancia ya que muchas veces pretendemos actuar sin conocer el problema y la actitud de la familia frente a él.

### 2.-COMUNICACION.

Para que la comunicación sea funcional debe ser clara, directa, congruente, confirmada y retroalimentada.

### 3.-ROLES.

Un rol es la asignación de funciones o conductas a una persona y pueden ser múltiples.

Los roles son tradicionales e idiosincráticos:

Los tradicionales son moldeados socialmente: hombre o mujer, padre o hijo, etc.

Los roles idiosincráticos son moldeados por la familia a nivel inconciente: bueno, malo, loco, enfermo, chivo expiatorio y tienen como función mantener el equilibrio de la familia.

### 4.-EXPRESION DE AFECTOS.

Explorar cómo y cuáles son los afectos (emociones de malestar y de bienestar) que se expresan en una familia, nos permitirá conocer de alguna manera, qué tan satisfactoria es la vida dentro del grupo familiar.

### 5.-INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO.

El tipo de involucramiento afectivo de la familia dependerá de la etapa del ciclo vital que estén cursando, tanto del individuo como de la familia, así como del medio ambiente.

Existen diversos tipos de involucramiento afectivo:

- Ausencia o desvinculación
- Involucramiento empático
- Sobreinvolucramiento o aglutinamiento
- Involucramiento simbiótico
- Muestra de interés sin involucramiento
- Involucramiento sin muestra de interés
- Involucramiento narcisista

### 6.-CONTROL DE LA CONDUCTA.

Es el patrón que una familia adopta para manejar sus impulsos, mantener modelos de lo bueno y lo malo y para luchar contra situaciones físicas peligrosas. Hay cuatro modelos de control conductual:

Rígido: cada situación y cada individuo son manejados exactamente de la misma manera, sin flexibilidad y sin tolerancia por variación.

**Flexibles:** El control conductual es firme y claro, definido, pero permite variación de acuerdo con el individuo y la situación.

**Laize-faire:** No hay patrones efectivos de control conductual.

**Caótico:** En momentos el control de la conducta es rígido, en otros es flexible, en ocasiones laize-faire. Hay una total inconsistencia de las actitudes de los miembros de la familia.

#### 7.-FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

Indica el funcionamiento general de la familia como sistema. Es decir, cómo satisfacen sus necesidades y a qué nivel, cómo se organizan y qué resultados obtienen, si permiten el desarrollo de sus integrantes y del sistema como tal.

V.-OBJETIVOS.-

GENERAL:

-Describir las características sociales, económicas y culturales que presentan las familias de niños con hiperquinesia.

ESPECIFICOS:

-Conocer las siguientes características familiares: ingreso económico, edad de los padres, número de integrantes, escolaridad de los padres, estado civil, lugar de residencia, ocupación de los padres, religión, tipo de vivienda, uniones anteriores de los padres, enfermedad de los padres, cuidado de hijos.

-Describir la clasificación de familia en cuanto a estructura, demografía, situación laboral, patrón cultural, ciclo vital e integración.

-Mencionar alteraciones en la funcionalidad familiar en cuanto a control de la conducta, tipos de comunicación, expresión afectiva, roles, identificación de problemas, solución de problemas.

-Describir las características generales de los niños con hiperquinesia en cuanto a edad, sexo, grado académico, tipo de escuela, número que ocupa entre los hermanos, bajo rendimiento escolar, respuesta a la disciplina.

-Mencionar los síntomas que se presentaron con más frecuencia en los niños con hiperquinesia.

-Mencionar los tratamientos utilizados y la evolución del niño.

## VI.-UNIVERSO DE ESTUDIO, LUGAR Y TIEMPO.-

Niños con diagnóstico de hiperquinesia atendidos en la consulta externa del INSAME<sup>+</sup>(DIF) en el período de Enero a Diciembre de 1988.

### CRITERIOS DE INCLUSION.-

- Familias de niños con diagnóstico establecido de hiperquinesia que fueron atendidos en el período de Enero a Diciembre de 1988 en el INSAME<sup>+</sup>(DIF), en la consulta externa, en citas subsecuentes.

### CRITERIOS DE EXCLUSION.-

- Niños que presenten además de la hiperquinesia otro tipo de patología.
- Niños que desertaron antes de concluir el tratamiento

La población total de niños que acudieron a pre-valoración durante el período mencionado fue de 7 000 , de los cuales 3 600 acudieron a la primera valoración de consulta externa quedando un Universo (niños con diagnóstico seguro) de 360 de donde se tomó una muestra de 76 niños con el método aleatorio simple, con un error  $\alpha$ .05 y un error  $\delta$  de .5.

## VII.-DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

### TIPO DE ESTUDIO:

- Retrospectivo
- Transversal
- Descriptivo
- Observacional

+. - INSAME(Instituto Nacional de Salud Mental).

#### INSTRUMENTOS Y METODOLOGIA:

Se revisaron los expedientes de todos los pacientes de la muestra con diagnóstico de hiperquinesia, vistos en la consulta externa del INSAME\* (DIP) entre Enero y diciembre de 1988 obteniéndose la información mencionada en los objetivos.

La captación de la información se llevó a cabo mediante un formulario con la mayoría de las preguntas cerradas y divididas en áreas específicas, dirigido a captar las características tanto del niño como del núcleo familiar, con un total de 35 preguntas.

El cuestionario fue llenado por los investigadores responsables,

Se hizo una prueba piloto con 10 cuestionarios con lo que fue necesario modificar el cuestionario en dos ocasiones, utilizándose en la captación de la muestra el cuestionario ya modificado.

\*.- INSAME(Instituto Nacional de Salud Mental).

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA CEDULA DE CAPTACION  
PARA EL PERFIL DE LA FAMILIA DEL NIÑO HIPERQUINETICO.

El siguiente cuestionario ha sido formulado para obtener datos acerca de la familia del niño hiperquinético y se ha diseñado de acuerdo a la información contenida en los expedientes de dichos niños en el INSAME, así como a la nomenclatura utilizada.

Las preguntas de la 1 a la 9 corresponden a la información del paciente, de la 10 a la 30 a la de los padres y las restantes a toda la familia.

INSTRUCCIONES:

- 1.- Marque con una X el paréntesis correspondiente al dato anotado en el expediente.
- 2.- Puede marcarse más de una opción por pregunta.
- 3.- En caso de que la respuesta corresponda al rubro OTRO especificar en el espacio destinado para ello.

CEDULA PARA CAPTACION DE DATOS  
"PERFIL DE LA FAMILIA DEL NIÑO HIPERQUINETICO "

- 1.-Número de expediente; \_\_\_\_\_ 2.-Sexo: a) M ( ) b) F ( )
- 3.-Edad: a) 0-4 ( ) b) 5-9 ( ) c) 10-14 ( ) d) más de 14 ( )
- 4.-Grado escolar: a) Preescolar ( ) b) Primaria ( ) c) Secundaria ( )
- 5.-Tipo de escuela: a) Oficial ( ) b) Particular ( )
- 6.-Conflictos: a) padre ( ) b) madre ( ) c) hermanos ( ) d) abuelos ( )  
e) tíos ( ) f) maestros ( ) g) compañeros ( ) h) otros: \_\_\_\_\_
- 7.-Eventos familiares significativos:
- a) separación: 1-padre ( ) 2-madre ( ) 3-otros: \_\_\_\_\_
- b) cambio de : 1-casa ( ) 2-ciudad ( ) 3-escuela ( )
- c) defunción: 1-padre ( ) 2-madre ( ) 3-hermano ( ) 4-otros: \_\_\_\_\_
- d) divorcio de padres ( )
- e) nacimiento de hermano ( )
- 8.-Tratamiento:
- a) médico : 1-SI ( ) 2- NO ( ) CUAL: \_\_\_\_\_ tiempo: \_\_\_\_\_
- b) terapia familiar: 1-SI ( ) 2- NO ( ) tiempo : \_\_\_\_\_
- c) otro (terapia individual, de grupo, de lenguaje, ) ( ) tiempo: \_\_\_\_\_
- 9.-Evolución: a) mejoría ( ) b) curación ( ) c) exacerbación ( )  
d) sin cambios ( ) 9.1-EEG: a) normal ( ) b) anormal ( ) c) no ( )
- 10.-Edad de los padres:                    1- padre                    2-madre
- |                |       |       |
|----------------|-------|-------|
| a) menos de 20 | _____ | _____ |
| b) entre 20-30 | _____ | _____ |
| c) más de 30   | _____ | _____ |
- 11.-Estado civil: a) casado civil ( ) b) casado religioso ( ) c) unión libre ( )  
d) divorciados ( ) e) solteros ( )
- 12.-Ocupación: a) padre: \_\_\_\_\_ b) madre : \_\_\_\_\_
- 13.-Religión: a) católica ( ) b) ninguna ( ) c) otra: \_\_\_\_\_
- 14.-Procedencia: a) delegación: \_\_\_\_\_ b) estado: \_\_\_\_\_
- 15.-Escolaridad:
- |                 | 1-padre | 2-madre |
|-----------------|---------|---------|
| a) analfabeta   | _____   | _____   |
| b) primaria     | _____   | _____   |
| c) secundaria   | _____   | _____   |
| d) preparatoria | _____   | _____   |
| e) profesional  | _____   | _____   |



- 16.-Tipo de vivienda: a) casa propia ( ) b) rentada ( ) c) casa de los padres: 1-él ( ) 2-ella ( )
- 17.-Salario: a) menos del mínimo ( ) b) mínimo ( ) c) dos veces el mínimo ( ) d) más ( )
- 18.-Tipo de familia: a) nuclear ( ) b) extensa ( ) c) extensa compuesta ( )  
Integrantes: \_\_\_\_\_

19.-Demografía:

- a) Urbana (todos los servicios): ( )  
b) Suburbana (no cuenta con todos los servicios: luz, agua, etc) ( )  
c) Rural (en el campo o en la ciudad sin ningún servicio) ( )

20.-Situación laboral:

- a) empleada (trabajadores asalariados con empleo fijo) ( )  
b) sub-empleada (vendedores no asalariados, boleros, lavacoches, etc) ( )  
c) desempleada ( )

21.-Patrón cultural: a) tradicional ( ) b) moderna ( ) c) arcaica ( )

22.-Ciclo vital: a) expansión ( ) b) dispersión ( ) c) independencia ( )

23.-Integración:

- a) integrada (todos los miembros viven juntos): ( )  
b) semi-integrada (padres separados o alguno no vive con la familia) ( )  
c) desintegrada (alguno de los padres no frecuenta la familia) ( )

24.-Uniones anteriores:

- a) padre: 1- SI ( ) 2- NO ( ) \_\_\_\_\_  
b) madre: 1-SI ( ) 2- NO ( ) \_\_\_\_\_

25.-Enfermedad de los padres: A) aguda ( ) B) crónica ( )

- a) padre: 1-SI ( ) 2-NO ( ) CUAL \_\_\_\_\_  
b) madre: 1-SI ( ) 2-NO ( ) CUAL \_\_\_\_\_  
repercusión en la familia: \_\_\_\_\_

26.-Conflictos de pareja: a) económicos ( ) b) alcoholismo ( ) c) golpes ( )  
d) causados por hijos ( ) e) causados por otros ( ) \_\_\_\_\_

27.-Tiempo que pasan con los hijos:

	Padre	Madre
a) mañana	_____	_____
b) tarde	_____	_____
c) fines de semana	_____	_____

28.-cuidado de los hijos a cargo de : a) padre ( ) b) madre ( ) c) hermano ( )  
d)guardería ( ) e) otros: \_\_\_\_\_

29.-Quién pone la disciplina: a)padre ( ) b) madre ( ) c)otros: \_\_\_\_\_

30.-Métodos usados:	1-padre	2-madre	3-otros
a)consejos	_____	_____	_____
b)gritos	_____	_____	_____
c)golpes	_____	_____	_____
d)premios	_____	_____	_____
e)castigos	_____	_____	_____

31.-Respuesta a la disciplina:

a)aceptación ( ) b) rebeldía ( ) c)sumisión ( )

32.-Identifica la familia problemas: 1- SI ( ) 2-NO ( )

CUALES: \_\_\_\_\_

33.-Los problemas de la familia se resuelven:

a)por común acuerdo ( ) b) por imposición ( ) c)por evasión ( )

34.-Si solicitan ayuda para la solución de algún problema recurren a:

a)familiares ( ) b)amistades ( ) c)nadie ( ) d) otros: \_\_\_\_\_

35.-Acostumbran expresar libremente sentimientos: 1-SI ( ) 2-NO ( )

CUALES: Padre Madre Hijos Otros

a) amor,afecto, ternura,cariño \_\_\_\_\_

b) enojo,ira,coraje,rencor \_\_\_\_\_

### VIII, IX.-RESULTADOS Y ANALISIS.-

Las características principales del perfil familiar de los niños hiperquinéticos se describen a continuación:

En cuanto a los niños los datos principales que se obtuvieron fueron los siguientes:

La edad más frecuente en ambos sexos fué el grupo de los 6 a los 9 años siendo el 44% de los niños y 11% de las niñas, con una relación hombre-mujer que va desde 1:1 de 0-2 años hasta 9:1 de los 10 años en adelante, con un promedio de 4:1 (Cuadro 1) Los resultados obtenidos en este trabajo coinciden con los reportados en otros estudios (17,18).

El 48% de los niños se encontraban cursando de lo. a 3o. de primaria, de los cuales 41% lo hacían en escuelas oficiales (Cuadro 2). Lo cual está en relación a la edad de los niños donde se encontró con mayor frecuencia el padecimiento, por ser en los primeros años de escuela donde se detecta con más facilidad el problema al niño presentar dificultad de aprendizaje o alteración de la conducta; el tipo de escuela está en relación al ingreso económico de los padres el cual es bajo en su mayoría.

Los síntomas principales que se encontraron después de la hiperquinesia (100%), fueron agresividad en el 51% y rendimiento escolar bajo en el 46% (Cuadro 3). Tanto la agresividad como el rendimiento escolar bajo producían una repercusión importante en la dinámica familiar, al responder los padres y en ocasiones los hermanos, con más agresión que, aunada al hecho de que el niño tuviera problemas en la escuela, ocasionaba que el paciente quedara marginado y señalado como "problema" dañándose su autoestima con lo que se formaba un círculo vicioso al atacar el niño para defenderse, hasta que la situación era intolerable en el hogar o en la escuela por lo que acudían a consulta en busca de ayuda.

El sitio que ocupaban los niños entre los hermanos fué el lo. en el 32%, siendo hijos únicos en el 23% (Cuadro 4). Probable-

mente la mayor frecuencia se encontró en el hijo más grande debido a que por su mayor grado de madurez, es el que se da cuenta de los problemas existentes en la familia (económicos, conyugales, alcoholismo, etc.) además de ser el más presionado al pedirle mayor responsabilidad, lo que producía alteraciones en la conducta que hacían que se evidenciara el padecimiento.

En lo referente al tratamiento 39% acudían a algún tipo de terapia excepto familiar (individual, de grupo, de lenguaje); 25% recibían tratamiento médico y 18% terapia familiar. Entre los medicamentos utilizados estaban los neurolépticos (21%), antiepilépticos (13%) y antidepressivos tricíclicos en el 8%. (Cuadros 5 y 6). Se puede ver que los niños que recibían tanto medicamento como terapia familiar, tenían una evolución mucho más rápida hacia la mejoría en comparación con los otros grupos. Esto nos habla de que el padecimiento no estaba dado, en la mayoría de los casos, solo por alteraciones orgánicas, sino provocado o intensificado por el medio ambiente familiar conflictivo, por lo que los medicamentos solo se utilizaron para disminuir la intensidad de los síntomas pero no fueron suficientes por sí solos para acabar con el problema.

La evolución de los niños hasta el momento del estudio que quedó así: mejoría en el 59%, curación 1%, y sin cambios 35% (Cuadro 5)

La respuesta a la disciplina en el 79% de los casos fué de rebeldía (Cuadro 7). Esto en parte fué condicionado por la patología del niño y en parte porque los métodos de control de la conducta no fueron los indicados como se mencionará posteriormente.

En la edad de los padres se encontró que en 79% de los casos era por arriba de los 30 años y la escolaridad en la mayoría de los padres (29%), era de secundaria; la de las madres (28%) era de primaria completa (Cuadro 8). Lo que nos habla de que respecto a la edad de los hijos, formaron una familia muy jóvenes - teniendo que abandonar los estudios quedando con baja prepara -

ción, lo que ha repercutido en el tipo de trabajo e ingreso familiar económico.

El estado civil de los padres fué en su mayoría casados - por lo civil y religioso (34%), seguido por la unión libre en el 29% (Cuadro 9).

En el 5% de los padres y 16% de las madres se encontró que habían tenido uniones anteriores con otras parejas. Esto provoca que un gran número de niños estuvieran viviendo con el padrasto y no con el padre.

El tipo de vivienda en el 45% de las familias era propia, con un número de integrantes en su mayoría de 4 personas (37%), seguidos de 3(17%) y 5(14%) (Cuadro 10).

En el 97% de las familias declararon pertenecer a la religión católica, lo que no es de extrañarse por considerarse nuestro país católico.

La delegación política de la que procedían la mayoría de las familias fué la de Tlalpan en el 24% y de Magdalena Contreras en el 20% (Cuadro 11). Esto es debido a la ubicación del Instituto cercano a esas delegaciones y a que en la pre-consulta, a los pacientes de zonas retiradas, se les reubica en otras Instituciones de acceso más fácil para ellos.

El cuidado de los hijos estuvo a cargo de la madre en el 55% de los casos y de otros (tíos, abuelos, hermanos) en el 23%, mientras que el cuidado estaba a cargo del padre y de la madre juntos solo en el 12%. La mayoría de los niños en nuestro medio es cuidado por la madre ya que es la que permanece en el hogar y en los casos que tienen que trabajar debido a la situación económica actual otros familiares son los que se hacen cargo de los niños, siendo en muchas ocasiones los hermanos mayores los que llevan esa responsabilidad.

Había enfermedad de los padres en el 28%, 24 en el padre y 4 en la madre, siendo la principal el alcoholismo en el 70% de los casos. Lo que habla de una disfunción familiar pre-existente

con las repercusiones propias de la enfermedad como son la de reintegración y daño a la economía familiar.

En cuanto a la clasificación desde el punto de vista social, el mayor número de familias pertenecieron a las siguientes categorías:

En base a su composición o estructura, nuclear en el 79% de los casos; de acuerdo a su demografía, urbana en el 82%; a su desarrollo, tradicional en el 58%; al ciclo vital, 78% se encuentran en fase de dispersión; por su situación laboral, empleada en el 56%; y en base a su integración, 67% eran integradas, siendo 22% las desintegradas. (Cuadro 12). Estas características son comunes a la mayoría de las familias de nuestro medio.

La mayoría de las familias (30%) tenían un ingreso económico equivalente a 2 veces el salario mínimo y 29% tenían el sueldo mínimo, lo que va de acuerdo a la ocupación de los padres (Cuadro 13).

La ocupación en el 27% de los padres fue como trabajadores generales (albañil, conserje, pintor) y, comerciantes en el 17%; en cuanto a las madres el 26% eran comerciantes por su cuenta y el 30% se dedicaba al hogar. (Cuadro 14). Resultados acordes con el nivel de escolaridad.

El tipo de comunicación que prevaleció fue el de enmascarada e indirecta en el 47%, siendo clara y directa solo en el 5% de los casos. (Cuadro 18). Con lo que se vio que en un 86% la comunicación no fue la adecuada lo que provocaba una gran disfunción.

El 70% de las familias identificaron algún problema y 30% no lo hicieron. Para solucionar sus problemas en el 45% fue de común acuerdo, solicitando ayuda a familiares en el 33% y no recurrieron a nadie en el 46%. (Cuadros 15, 16 y 17). Esto muestra que un gran número de familias llegó al Instituto después de haber intentado una serie de acciones para resolver sus problemas

sin embargo, esos intentos fueron inadecuados y no lograron el éxito por lo que acudieron desesperados a la consulta del Instituto. No obstante todavía queda un número importante de familias que ni siquiera identifica problemas por lo que es importante que en estos casos el Médico Familiar sepa identificar a estos niños para poder ayudarlos.

En la expresión afectiva 46% manifestaban sentimientos de emergencia y solo 6%, de bienestar, lo que significa que estos sentimientos estaban inhibidos probablemente para no desencadenar alguna crisis familiar. (Cuadro 20).

En cuanto a los roles en el 14% se encontraron idiosincráticos siendo los principales: "el travieso", "el inquieto", "el loquito", "el alcohólico", "la gruñona". (Cuadro 19). Los roles afectaban principalmente a los niños hiperquinéticos y debido a ellos las familias se mantenían en homeostasis.

El control de la conducta estuvo a cargo de la madre sola en el 39%, siendo el método rígido el principal (45%), seguido del caótico (39%) (Cuadro 21). En un gran número de familias los padres delegaban el control de la conducta de los hijos menores a los hijos mayores o a otros familiares pero sin el debido apoyo para el ejercicio de éste, no dejando claro quién manejaba la disciplina. Por otro lado los padres llevaban a cabo este control de una manera inadecuada, con un sistema rígido y en muchos casos con castigos físicos volviéndose una lucha de padre contra hijo.

Por todo lo anterior se puede deducir que la manera de pensar, sentir, actuar y de presentarse a los otros que tiene cada miembro de la familia, producirá acercamiento o alejamiento, desarrollo o estancamiento, o un clima de seguridad o de ansiedad o de depresión.

La familia sin problemas no existe. La ambivalencia es una de las características por excelencia del ser humano, por lo que aún en familias funcionales se encontrarán siempre aspectos

de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro respecto al otro, pero una gran mayoría de familias se ajustan a las circunstancias llegando a un estado "compensatorio"; sin embargo en las familias de los niños hiperquinéticos no llegan a esa homeostasis siendo uno de sus integrantes (el niño) el que asume la "responsabilidad" de la enfermedad, cuando en realidad la patología proviene de diferentes miembros. De ahí la importancia de que el Médico Familiar sepa detectar oportunamente estos niños y manejar todo el núcleo familiar junto con un equipo multidisciplinario.



# ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO 1.-EDAD Y SEXO DE NIÑOS HIPERQUINETICOS, EN EL INSAME<sup>+</sup>  
DIP 1988.

GRUPO DE EDAD	SEXO					TOTAL	
	MASC.		FEM.		RAZON		
	No.	%	No.	%		No.	%
0-2	2	2	2	2	1:1	4	5
3-5	16	21	5	7	3:1	21	28
6-9	33	44	8	11	4:1	41	54
10 ó +	9	12	1	1	9:1	10	13
TOTAL	60	79	16	21		76	100

CUADRO 2.-GRADO ESCOLAR Y TIPO DE ESCUELA DE LOS NIÑOS HIPERQUI-  
NETICOS.

TIPO DE ESCUELA	GRADO ESCOLAR									
	NINGUNO		PREESCOLAR		1o.-3o. PRIM.		4o.-6o.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	N	%
NINGUNA	3	4							3	4
OFICIAL			20	26	31	41	9	12	60	79
PARTICULAR			7	9	5	7	1	1	13	17
TOTAL	3	4	27	35	36	48	10	13	76	100

CUADRO 3.-SIGNOS Y SINTOMAS MAS FRECUENTES EN LOS NIÑOS HIPERQUI-  
NETICOS.

SIGNOS Y SINTOMAS	No.	%
HIPERQUINESIA	76	100
AGRESIVIDAD	62	81
BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR	35	46
ESG ANORMAL #	22	29
DESOBEDIENCIA PATOLOGICA	21	28
CONDUCTA ANTISOCIAL	18	24
DESTRUCTIVIDAD	15	20
BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	8	10
DISPRAXIA	7	9

#Electroencefalograma

Fuente: Instrumento recolector de datos.

+ INSAME (Instituto Nacional de Salud Mental).

CUADRO 4.-LUGAR DEL PACIENTE ENTRE LOS HERMANOS

LUGAR	No.	%
1er. lugar	24	32
2o.	19	25
3o.	10	13
4o. o mds	5	7
Hijo único	18	23
TOTAL	76	100

CUADRO 5.-TIPO DE TRATAMIENTO Y EVOLUCION DE LOS PACIENTES HIPER - QUINETICOS.

TIPO DE TRATAMIENTO	E V O L U C I O N								TOTAL	
	CURACION		MEJORIA		EXACERBACION		SIH CAMBIOS		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
MEDICO	0	0	11	15	2	2	6	8	19	25
T.F.*	0	0	11	15	1	1	2	2	14	18
M.y T.F.**	1	1	12	16	0	0	0	0	13	17
OTRO***	0	0	10	13	1	1	19	25	30	39
TOTAL	1	1	44	59	4	4	27	35	76	100

\*Terapia Familiar.

\*\*Médico y Terapia Familiar.

\*\*\*Terapia individual, terapia de grupo, terapia de lenguaje.

\*

CUADRO 6.-MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO

MEDICAMENTOS	No.	%
ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS	6	8
NEUROLEPTICOS	16	21
ANTIPILEPTICOS	10	13

\*Fuente: Instrumento recolector de datos.

CUADRO 7.-RESPUESTA DE LOS NIÑOS A LA DISCIPLINA

	No.	%
ACEPTACION	7	9
REBELDIA	60	79
SUMISION	8	11
INDIFERENCIA	1	1

\*

CUADRO 8.-DISTRIBUCION DE LA ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE NIÑOS HIPERQUINETICOS.

ESCOLARIDAD	PADRE		MADRE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
ANALFABETA	0	0	2	3	2	3
PRIM.INCOMPLETA	8	11	12	16	20	27
PRIM.COMPLETA	17	22	21	28	38	50
SECUNDARIA	22	29	17	22	39	51
BACHILLERATO	13	17	11	14	24	31
PROFESIONAL	16	21	13	17	29	38
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>152</b>	<b>200</b>

\*Fuente: Instrumento recolector de datos.

CUADRO 9.-ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE NIÑOS HIPERQUINETICOS.

ESTADO CIVIL	No.	%
CASADO CIVIL	14	19
C. CIVIL Y RELIGIOSO	26	34
UNION LIBRE	22	29
DIVORCIADOS	10	13
SOLTEROS	4	5
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

CUADRO 10.-NUMERO DE INTEGRANTES DE LAS FAMILIAS.

No. DE INTEGRANTES	No.	%
4	28	37
3	13	17
5	11	14
6	7	9
9	4	5
2	3	4
8	3	4
7	1	1
10	2	3
+10	4	5

CUADRO 11.-PROCEDENCIA DE LAS FAMILIAS DEL D.F.

DELEGACION	No.	%
Tlalpan	18	24
M. Contreras	15	20
Coyoacán	12	16
Iztapalapa	7	9
A. Obregón	6	8
B. Juárez	4	5
Miguel Hidalgo	2	3
V. Carranza	2	3
Cuauhtémoc	2	3
Iztacalco	1	1
Xochimilco	1	1
Gustavo A. Madero	1	1
Azcapotzalco	1	1

\*Fuente: Instrumento recolector de datos.

CUADRO 12.-CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL.

	No.	%
<b>En base a su ESTRUCTURA:</b>		
Nuclear	60	79
Extensa	15	20
Ext. compuesta	1	1
<b>En base a su DEMOGRAFIA :</b>		
Urbana	62	82
Sub-urbana	13	17
Rural	1	1
<b>De acuerdo al CICLO VITAL :</b>		
Expansión	11	14
Dispersión	59	78
Independencia	6	8
<b>En cuanto a su DESARROLLO:</b>		
Tradicional	44	58
Moderna	26	34
Arcaica	6	8
<b>En cuanto a SITUACION LABORAL:</b>		
Empleada	50	66
Sub-empleada	26	34
Desempleada	0	0

\*

CUADRO 12.- ( Cont. ) .-

En base a su INTEGRACION:		
Integrada	51	67
Semi-integrada	4	5
Desintegrada	17	22
Reconstituida	4	5

\*

CUADRO 13.-INGRESO ECONOMICO DE LAS FAMILIAS.

INGRESO	No.	%
Menos del mínimo	11	14
Sueldo mínimo	22	29
Dos veces el mínimo	23	30
Tres veces el mínimo	12	16
Cuatro veces el mínimo	5	7
Cinco veces o más	3	4
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

\*

CUADRO 14.-OCUPACION DE LOS PADRES.

OCUPACION	PADRE		MADRE	
	No.	%	No.	%
PROFESIONISTA:	9	12	6	8
TECNICO :	14	18	2	3
COMERCIANTE :	17	22	20	26
TRABAJADORES GRALES.† :	27	36	17	23
EMPLEADOS PUBLICOS :	5	6	8	10
HOGAR :	-	-	23	30

†(Doméstica, conserje, pintor de brocha gorda, etc.).

\*Fuente: Instrumento recolector de datos.

CUADRO 15.-PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN LAS FAMILIAS.

PROBLEMAS	No.	%
Del paciente	29	38
Económicos	10	13
Carácter de ambos padres	7	9
Enfermedad de los padres	7	9
Falta de comunicación entre los padres	6	8
Otros	17	23

\*

CUADRO 16.-FORMA DE RESOLVER LOS PROBLEMAS.

POR COMUN ACUERDO	No. 34	% 45
POR IMPOSICION	28	37
POR EVASION	14	18

\*

CUADRO 17.-SOLICITUD DE AYUDA PARA RESOLVER PROBLEMAS.

A FAMILIARES	No. 25	% 33
A AMISTADES	5	7
AYUDA PROFESIONAL	11	14
A NADIE	35	46

\* Fuente: Instrumento recolector de datos.

CUADRO 18.-TIPO DE COMUNICACION MAS UTILIZADO

Enmascarada e indirecta	No. 36	% 47
Enmascarada y directa	27	36
Clara e indirecta	9	12
Clara y directa	4	5

CUADRO 19.-ROLES DE LOS INTEGRANTES DE LAS FAMILIAS

Tradicional	No. 65	% 86
Idiosincráticos	11	14

CUADRO 20.-EXPRESION AFECTIVA DE LAS FAMILIAS.

Emociones de bienestar	No. 5	% 6
Emociones de emergencia	35	46
De bienestar y emergencia	9	12
NO expresaban afectos	27	36

CUADRO 21.-TIPO DE CONTROL DE CONDUCTA.

RIGIDO	No. 34	% 45
CAOTICO	30	39
FLEXIBLE	12	16

\* Fuente: Instrumento recolector de datos.

X.-CONCLUSIONES.-

- 1.-La hiperquinesia constituyó el 10% de la consulta en el INSAME.
- 2.-La hiperquinesia se encontró principalmente en los niños entre los 5 y 9 años con predominio del sexo masculino en una relación de 4:1.
- 3.-En el 29% de los casos se encontraron alteraciones orgánicas cerebrales.
- 4.-Los mejores resultados en el tratamiento se obtuvieron cuando se utilizó tratamiento médico y terapia familiar.
- 5.-El alcoholismo estaba presente en un porcentaje importante.
- 6.-Se en los primeros años de la primaria donde más fácilmente se detecta este tipo de niños.
- 7.-Un gran porcentaje de niños presenta trastornos de aprendizaje con repercusión en el rendimiento escolar.
- 8.-La manifestación más frecuente fue la hiperactividad seguida de agresividad, causando alteraciones en la funcionalidad familiar.
- 9.-El hijo mayor fue el más afectado.
- 10.-Un gran número de familias tenía problemas económicos.
- 11.-La comunicación era inadecuada en la mayoría de las familias.
- 12.-El control de la conducta se realizó en la mayoría de los casos en forma inadecuada con una respuesta de rebeldía por parte de los niños.
- 13.-Los sentimientos que se manifestaron con mayor facilidad fueron los de emergencia: ira, enojo, mal-estar, etc.
- 14.-La mayoría de las familias reconocía que había un problema y ese problema tenía que ver con el paciente.
- 15.-En gran número de casos el bajo rendimiento escolar del paciente desencadenaba un conflicto familiar.
- 16.-El tratamiento debe incluir una valoración de la dinámica familiar y si es necesario brindar terapia para las alteraciones.



XI.-BIBLIOGRAFIA.-

- 1.-Gillberg, I.C.: Generalized Hyperkinesia: Follow-up study from age 7 to 13 years. *Am Ac. Child and Adolescent Psychiat.* 1988, 27;1:55-9.
- 2.-Hunter, J.D.: Family Therapy in trouble: Psychoeducation as Solution and as problem. *Fam. Proc* 1988, Sep. 27:327-338.
- 3.-Guido, M., Valdez, T.: Antecedentes y concepto actual de la psicopatología infantil. *Psiqu.* 1988, 4(1):61-69.
- 4.-Jensen, J.B.: Depression and Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder *J Am Ac Child And Adol Psych* 1988, 27(6):742-7.
- 5.-Jensen, J.B.: Neuroendocrine Aspects of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Neur. Clin* 1988, 6(1):111-127
- 6.-Johnston, C.H.: Psychoestimulant Rebound in Attention Deficit Disorder Boys. *J Am Ac Child Adolesc. Psychiat.*, 1988, 27(6):806-10.
- 7.-Kupietz, S.S., Effects of Methylphenidate Dosage in Hyperactive Reading-disabled Children: I.-Behavior and Cognitive Performance Effects. *J Am Acad. Child Adolesc. Psychiat.* 1988, 27(1):70-77
- 8.-Levy, F.: The Action of Stimulant Medication in Attention Deficit Disorder with Hyperactivity: Dopaminergic, Noradrenergic, or Both? *J Am Acad. Child Adolesc. Psychiat.* 1988, 27(6):802-805.
- 9.-Meere, J.V.: Acquisition of Attention Skill in Pervasively Hyperactive Children. *J Child Psychol. Psychiat.* 1988, 29(3):301-310.
- 10.-Prendergast, E., Taylor, J.: The Diagnosis of Childhood Hyperactivity A U.S. Cross-National Study of DSM-III and ICD-9. *J Child Psychol. Psychiat.* 1988, 29(3):289-300.
- 11.-Rapport, M.D., Stoner, G.: Attention Deficit Disorder and Methylphenidate: A multilevel Analysis of Dose-Response Effects on Children's Impulsivity Across Settings. *J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat.* 1988, 27(1):60-69.
- 12.-Richardson, E., Kupietz, S.: Effects of Methylphenidate Dosage in Hyperactive Reading-disabled Children: II Reading Achievement. *J Am Acad. Child Adolesc. Psychiat.* 1988, 27(1):78-87.
- 13.-Riddle, M.A.: Desipramine Treatment of Boys with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Tics: Preliminary Clinical Experience. *J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat.* 1988, 27(6):811-814.
- 14.-Silverman, W.: The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children *J Am Acad. Child Adolesc. Psychiat* 1988, 27(6):772-778.
- 15.-Silverman, W.: Behavior Problems in Children of Parents with Anxiety Disorders. *J Am Acad. Child Adolesc. Psychiat.* 1988, 27(6):779-784.

- 16.-Taylor, S.: Some Comments on Pratt and Sanson's "Attention - Deficit Disorder with Hyperactivity: A Critique", J. Child Psychol. Psychiat. 1988, 29(2): 217-221.
- 17.-Velasco Fernández Rafael; El Niño Hiperquinético, Edit. Trillas, 2a. Edición, México, D.F. 1982.
- 18.-S. Rodríguez Romeo; capítulo 69; Nueva Guía para el Diagnóstico y Tratamiento del paciente pediátrico, Edit. Méndez Cervantes, 6a. Edición, México, D.F. 1985. Pág. 733-737.
- 19.-Irigoyen, A., Alarcón, J. Fundamentos de Medicina Familiar; Editorial Méndez-Editores, 2a. Edición, México, D.F., 1986. Pág. 3-18
- 20.-De la Fuente, J.R.; Cómo Integrar un Diagnóstico Psiquiátrico Revista Internacional de Medicina Familiar, 1982, 2: 33-40.
- 21.-Sigal, J.J.; Un modelo dinámico simple para entrevista familiar diagnóstica. Can Psych Assoc J. 1971, 16: 37.
- 22.-Félix, G., Andrade, D.; Guía para la Elaboración del Protocolo de Investigación. Rev. Med. La Salle 1957, (3-4): 61-69
- 23.-Levin, J. Fundamentos de Estadística en la Investigación Social; Edit. Harla, 2a. Edición. México, D.F. 1979. Pág. 15-38.