



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11237
201
200

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CENTRO MEDICO "LA RAZA"
Instituto Mexicano del Seguro Social

"ALTERACIONES DEL NUCLEO FAMILIAR DEL NIÑO CON TRASTORNO POR DEFICIT DE LA ATENCION CON HIPERACTIVIDAD",

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN
PEDIATRIA MEDICA
P R E S E N T A :

DRA. FLOR LETICIA CRISOSTOMO VAZQUEZ

DIRECTOR DE TESIS
DR. ARMANDO ANAYA SEGURA



IMSS
1928-1988

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FEBRERO 1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

INDICE

	Page.
INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	4
OBJETIVO.....	10
HIPOTESIS.....	11
IDENTIFICACION DE VARIABLES.....	12
MATERIAL Y METODO.....	17
CONSIDERACIONES ETICAS.....	19
ANALISIS ESTADISTICO.....	19
RESULTADO.....	30
DISCUSION.....	39
CONCLUSIONES.....	43
BIBLIOGRAFIA.....	44

INTRODUCCION

Antes del siglo XVIII y XIX eran más los bebés que morían que los que sobrevivían; pocos niños llegaban a la edad de los siete años. La vida era demasiado difícil para que la sociedad se preocupara mucho por un niño que probablemente no sobreviviría. Sin embargo, desde el siglo XX el niño empezó a ser respetado y se reconoció que su naturaleza y necesidades eran diferentes y que se requería separación y "protección" del mundo del adulto.

Dentro de la patología estudiada en los niños, se encontró un trastorno caracterizado por actividad no productiva, atención inconstante por lo que no eran capaces de terminar un juego ni aprender la tarea. Este trastorno inquietó por su frecuencia y consecuencias, razón por la cuál ha sido estudiada en forma exhaustiva, pasando por diversos conceptos, siendo el actual Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad.

Desde el año de 1950 apareció el término "niño hiperactivo", el cuál fué usado en forma excesiva, ambigua, e inapropiada, siendo esto producto de la falta de una definición clara -- en la descripción y diagnóstico de este trastorno. En la actualidad se han establecido criterios para su diagnóstico por las

diferentes asociaciones interesadas, y así poder brindar un -
tratamiento adecuado.

El niño debe ser ayudado tan pronto como sea posible en-
el largo y difícil camino que tendrá que recorrer para tratar
de alcanzar su máximo potencial en todos los niveles. El com-
prender sus dificultades puede ayudar mucho a todos los adul-
tos que a diario deben lidiar con la conducta irregular y fre-
cuentemente explosiva de estos niños, a medida que crecen y se
desarrollan con sus habilidades e impedimentos especiales. La-
perspectiva actual ofrece esperanza y aliento, ya que por me-
dio de estudios cuidadosos, se ha demostrado que existen mu-
chos recursos para ayudar al niño, así como a la familia y la-
escuela.

En la problemática de Trastornos del Aprendizaje se ha en-
contrado alteración en la dinámica familiar. Diversos autores +
también proponen esta alteración como factor coadyuvante en la
presencia de Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperac-
tividad, por lo que en este estudio se investigó la tipología -
familiar que predomina en la familia de los niños con tal diag-
nóstico.

¿El tipo de familia tiene relación con la presencia de_

Trastornos por Déficit de la Atención con Hiperactividad?

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Según los criterios de diagnóstico del DSM-III, la hiperactividad forma parte del síndrome o trastorno conocido como: Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad (TDAH*). Este trastorno se caracteriza por los siguientes -- síntomas: inatención, impulsividad, hiperactividad, aparición -- antes de los 7 años, duración al menos de 6 meses, y que no -- se debe a esquizofrenia, retardo mental o trastornos afectivos. (1,2).

En cuanto a la incidencia y prevalencia del síndrome -- hiperquinético o de hiperactividad, es muy variable, según lo -- s países, y las diversas estadísticas que muestran cifras de -- sde el 4 al 20% de los niños en edad escolar, con una propor -- ción masculino-femenino de 4 a 1. (3,4)

En años recientes se ha puesto considerable énfasis pa -- ra establecer la etiología en el síndrome del niño hiperac -- tivo. Se presume de una condición genética establecida por -- métodos epidemiológicos, envolviendo a gemelos monocigotos y -- dicigotos del mismo sexo; otro fué el comparar la prevalenci -- a en niños con padres biológicos y adoptivos concluyendo los -- investigadores que la hiperactividad no está determinada só --

*TDAH: Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad.

lo por el medio ambiente, sino que existe el factor genético. (3,5). En 1971 Wender propuso alteración bioquímica, específicamente entre la interacción dopamina-norepinefrina. (3,5,6,7,8).

Estudios familiares han demostrado un alta prevalencia de sociopatía, alcoholismo e histeria de los adultos cuyos hijos tienen hiperactividad, y también demuestran que una proporción importante de los padres fueron hiperactivos cuando niños (9). Aunque los encuentros de Stewart y colaboradores en 1980 reportan que no hay asociación entre la patología de los padres antes mencionada, y el síndrome de TDAH. (9,10).

Un modelo de incorporación a la perspectiva sociológica y antropológica es el modelo social, ya que en contraste a la explicación biológica u orgánica, algunos autores a la hiperactividad la definen por el ambiente social del niño, incluyendo familia, escuela, etc... Hartsough y Lambert reportaron resultados de un análisis del ambiente familiar para niños con hiperactividad, comparando con un grupo control, encuentran: inestabilidad familiar, deficiencia en el aprendizaje, sin existir interés por la disciplina del niño en la escuela. Existe otro modelo llamado multidimensional, en el cuál interac

cionan el ambiente social del niño, su estatus biológico y psicológico, en donde se identificaron factores "predisponentes" como: a) características y actitudes en los padres, b) factores pre y perinatales, c) temperamento y constitución del niño, d) factor ambiental del hogar; y factores "mediadores" como: a) factores afectivos y motivacionales, b) habilidades y desarrollo del niño c) conducta escasa, d) actitudes y características de los padres e) actitudes y características médicas. (9).

Respecto a la familia, se ha reportado relación entre el tipo de ésta y la presencia de trastornos del aprendizaje. (11)

Siguiendo el concepto de Jackson, se puede decir que la dinámica familiar es una colección de fuerzas, positivas y negativas, que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que ésta como unidad funcione mal o bien. La manera de pensar, sentir, actuar y presentarse ante los otros - que cada miembro de la familia tiene, producirá acercamiento o alejamiento, desarrollo o estancamiento y un clima de seguridad y depresión. (12)

Este concepto nos remite a los de funcionalidad y disfuncionalidad. Lo funcional o saludable en una familia en términos generales, se refiere entonces a que el sistema mantenga un or-

den y estabilidad, mientras al mismo tiempo, responde a los -- cambios requeridos por las diferentes tensiones provenientes de dentro y fuera de la familia, de esta manera, en un proceso de transformación constante de las interacciones familiares, se mantendrá la continuidad de la familia y el crecimiento - de los miembros. Estas familias no utilizan síntomas transito^{ri}os en sus transacciones cotidianas y rara vez necesitan buscar ayuda psicoterapeutica. (11)

Lo disfuncional ocurre cuando una familia, falla en hacerle frente a las tensiones o demandas tanto internas (intrasistémicas: el nacimiento de los hijos, su crecimiento hasta que se independizan, la muerte o enfermedad de alguno de los miembros de la familia, una separación de pareja, etc.), como externos (cambios intrasistémicos: cambio de domicilio, pérdida - del empleo, cambios profundos en el plano de los valores, etc.) Ante la necesidad de acomodación de estos eventos, la familia puede utilizar síntomas como un medio para mantener la estabilidad o evolucionar a otro estado. Los diferentes autores - de terapia familiar han delineado criterios para establecer la funcionalidad o disfuncionalidad de una familia, a saber: - la forma de encarar la crisis, la expresión de sentimientos, ~

la individualidad y dependencia, la comunicación, el ciclo vital, las funciones de los miembros de la familia, los límites, la jerarquía, las alianzas, la geografía, etc. (11)

Con fines de investigación, es necesario condensar y simplificar estos elementos. Con este objetivo han sido desarrollados marcos teóricos con sus correspondientes instrumentos. El FACES II, instrumento desarrollado bajo la teoría del modelo circunflejo (1979), es una modificación del FACES original (1976), formulado por David L. Olson, Candyce Russel y Douglas S. Sprenkle. La sigla proviene de su nombre en inglés: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales; contó con 90 reactivos, los cuales fueron reducidos primero a 50 y en su versión final a 30. El modelo se basa en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. (11,13).

A lo largo de la última década ha ido en aumento el reconocimiento de la importancia del diagnóstico, tanto en la práctica clínica como en la investigación. Este hecho ha subrayado la importancia de un lenguaje común para clínicos e investigadores científicos, que permita el intercambio de información sobre los problemas relacionados con los trastornos de los que se ocupan profesionalmente. Por tal motivo apareció-

por primera vez en 1952 el Manual Diagnóstico y Estadístico - de los Trastornos Mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría (DSM-I), y la edición más reciente en 1980, en donde aparece por primera vez una triada sintomática de inatención, hiperactividad e impulsividad, para el diagnóstico de TDAH, así como un principio antes de los 7 años, una evolución mínima de 6 meses, y que se excluya otro tipo de trastornos (retardo mental, - esquizofrenia, trastorno afectivo). (2,14).

La mayoría de los niños diagnosticados con TDAH reciben tratamiento estimulante durante un periodo a lo largo de los años escolares. Estas medicaciones se prescriben con el propósito de mejorar el control de sus impulsos, los procesos de atención, la adaptación social, o más generalmente, para ayudar al niño a responder adecuadamente a situaciones académicas y sociales de la vida diaria. Se ha observado la mejoría asociada a la medicación entre el 60 y 90% de estos niños (11,12). Los investigadores identificaron las diferencias en dosis-respuesta y pautas de tiempo-acción en el campo del comportamiento. Los medicamentos utilizados son anfetaminas, metilfenidato y pemolina (14,15).

OBJETIVO

"Determinar si la tipología familiar tiene relación con la presencia de Trastornos Por Déficit de la Atención con - Hiperactividad."

HIPOTESIS

Hipótesis General:

El tipo de familia tiene relación con la presencia de Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad.

Hipótesis Estadísticas:

Hipótesis de nulidad (H0): El tipo de familia de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es igual al tipo de familia de niños sin Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad.

Hipótesis alterna (H1): El tipo de familia de niños con Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad es más disfuncional que el tipo de familia de niños sin Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad.

IDENTIFICACION DE VARIABLES.

Variable independiente (VI) : Tipo de familia.

Variable Dependiente (VD) : Presencia de Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad.

Definición operacional de las variables:

VI : Para definir la tipología familiar se utilizará el instrumento FACES II, desarrollado bajo la teoría del modelo circunflejo. (13).

Se dividen en 16 tipos de familias, las cuales pueden agruparse en tres:

CENTRAL : Flexiblemente separada
 Flexiblemente conectada
 Estructuralmente separada.
 Estructuralmente conectada.

Que representan los sistemas maritales y familias más funcionales.

MEDIA : Caóticamente separada
 Caóticamente conectada
 Rígidamente separada

Rígidamente conectada

Flexiblemente desvinculada

Flexiblemente amalgamada

Estructuralmente desvinculada

Estructuralmente amalgamada

Que representan a las familias que funcionan de manera -
parcialmente adecuada.

EXTREMA : Caóticamente desvinculada

Caóticamente amalgamada

Rígidamente desvinculada

Rígidamente amalgamada

Que representan a las familias que son menos funciona--
les para el desarrollo individual y familiar.

VD : Se diagnostica Trastornos por Déficit de la Atención se--
gún los criterios propuestos por la Developmental Disabi-
lities Committe of the Child Neurology Society y los mo-
dificados a partir del DSM-III.

Inatención:

Se diagnostica operacionalmente cuando, al menos, cuatro +
de los siguientes puntos caracterizan al niño:

1.- Necesita un ambiente calmado, tranquilo, o es incapaz de --

trabajar o concentrarse.

- 2.- Pide con frecuencia que le repitan las cosas.
- 3.- Se distrae fácilmente.
- 4.- Confunde los detalles.
- 5.- No acaba lo que empieza.
- 6.- Oye, pero no parece escuchar.
- 7.- Dificultad para concentrarse a menos que la situación este estructurada punto por punto.

Impulsividad:

Diagnosticada operacionalmente cuando aparecen, al menos - tres de los siguientes puntos!

- 1.- Grita en clase
- 2.- Es extremadamente excitable.
- 3.- Se inquieta al esperar su turno.
- 4.- Habla demasiado.
- 5.- Interrumpe a otros niños.

Hiperactividad:

La hiperactividad se diagnostica operacionalmente cuando están presentes, al menos, tres de las siguientes características:

- 1.- Se sube a los armarios y muebles.
- 2.- Está siempre en marcha, prefiere correr que caminar.
- 3.- Está nervioso o agitado.
- 4.- Hace las cosas de una manera ruidosa y alocada.
- 5.- Siempre tiene que estar haciendo algo o está nervioso.

Otros criterios diagnósticos incluyen:

- 1.- Aparición antes de los 7 años⁷ de edad.
- 2.- Duración por lo menos de seis meses.

Escala de medición de las variables.

Variable independiente: aleatoria, nominal, discreta.

Variable dependiente : determinística, nominal, discreta.

Diseño Experimental.

- 1) Prospectivo
- 2) Transversal
- 3) Observacional
- 4) Comparativo

MATERIAL Y METODO.

El presente trabajo se realizó en el servicio de Psiquiatría y Salud Mental Pediátricas del Hospital General Centro - Médico La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social, entre los meses de Marzo a Diciembre de 1988.

Grupo experimental:

A.- Criterios de inclusión:

Se incluyó a las familias de los niños con diagnóstico de Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad, según los criterios propuestos por la Developmental Disabilities Committee of The Child Neurology Society y los modificados a partir del DSM-III.

B.- Criterios de no inclusión:

- a) No se incluyó a las familias de los niños con padres a doptivos.
- b) Cuando el diagnóstico de Trastorno por Déficit de la A tención con Hiperactividad fué acompañado de Esquizo-- frenia, un Trastorno Afectivo, y/o Retraso Mental.
- c) Cuando las madres eran solteras.

C.- Criterios de exclusión:

- a) Cuando la familia de los niños no cooperó en la realización del cuestionario.
- b) Cuando se agregó al diagnóstico de TDAH, un trastorno de los órganos de los sentidos, especialmente Sordera.

Grupo control:

A.- Criterios de inclusión:

Se incluyó a las familias de niños aparentemente sanos, escogidos al azar, en edades similares a las de los niños del grupo experimental.

B.- Criterios de no inclusión:

- a) No se incluyó a las familias de los niños con padres adoptivos.
- b) Cuando las madres eran solteras.

C.- Criterios de exclusión:

- a) Cuando la familia de los niños no cooperó en la realización del cuestionario.

D.- METODO

Una vez seleccionadas las familias de los niños con TDAH, se procedió a aplicar el cuestionario FACES II (ver anexo 1). Consecutivamente se tabuló, y se clasificó en la tipología familiar descrita por Olson y Col., según la teoría del Modelo Circunflejo. (ver anexos 2,3,4,).

Lo anteriormente descrito también se realizó con las familias de los niños aparentemente sanos. Subsiguientemente se comparó la tipología familiar de las familias de los niños con TDAH y las familias de los niños sin TDAH.

E.- ASPECTOS ETICOS:

Se les informó a los padres de los objetivos, se les solicitó su colaboración para contestar el cuestionario (FACES II) verazmente, asegurando que los datos serían confidenciales, y que se les informaría de los resultados.

F.- METODO ESTADISTICO:

Se utilizó la Prueba de la Probabilidad Exacta de Fisher.

CUESTIONARIO FACES II.

No. de encuesta _____
 Parentesco con
 el paciente _____
 Sexo: 1 masculino
 2 femenino _____

Instrucciones:

-Este cuestionario contiene preguntas que se refieren a situaciones familiares.

-Teniendo en cuenta lo que sucede en su familia, usted puede responder a cada una de las preguntas, utilizando la siguiente escala.

- 1.-Casi nunca.
- 2.-De vez en cuando.
- 3.-Algunas veces.
- 4.-Frecuentemente.
- 5.-Casi siempre.

En el paréntesis que se encuentra a la derecha de cada pregunta, usted anotará el número que considere correspondiente ó se acerca más a su situación familiar.

-Si tiene alguna duda por favor manifiéstela.

- 1.-Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en momentos difíciles.

- 2.-En nuestra familia a cada quién le es fácil expresar su opinión. ()
- 3.-Es más fácil discutir problemas con gente de afuera de la familia, que con los miembros de la misma familia. ()
- 4.-Cada miembro de la propia familia aporta algo en las decisiones familiares más importantes. ()
- 5.-Nuestra familia acostumbra reunirse en el mismo cuarto. ()
- 6.-Los niños tienen voz y voto en cuanto a su propia disciplina. ()
- 7.-Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto ()
- 8.-Los miembros de la familia discuten los problemas y se sienten bien acerca de las soluciones. ()
- 9.-En nuestra familia cada quién escoge su propio camino. ()
- 10.-Rotamos los quehaceres del hogar entre cada uno de los miembros de la familia. ()
- 11.-Los miembros de la familia conocen respectivamente a --
los amigos más íntimos de los otros miembros de la familia. ()
- 12.-Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en nuestra familia. ()

- 13.-Los miembros de la familia consultan a los otros miembros sobre las décisions que tienen que tomar. ()
- 14.-Los miembros de la familia dicen lo que quieren. ()
- 15.-Cuando pensamos hacer actividades como familia, tenemos dificultades. ()
- 16.-Cuando que hay que resolver problemas, aceptamos las sugerencias de los niños. ()
- 17.-Los miembros de la familia se sienten muy cercanos a otros. ()
- 18.-La disciplina es razonable y justa en nuestra familia. ()
- 19.-Los miembros de nuestra familia se sienten más cercanos-- a personas ajenas que a los propios miembros de la familia ()
- 20.-Nuestra familia intenta nuevas maneras de enfrentarse a los problemas. ()
- 21.-Los miembros de la familia aceptan lo que la familia deci de hacer. ()
- 22.-En nuestra familia, todos compartimos responsabilidades. ()
- 23.-Los miembros de la familia acostumbran compartir su tiem-- po libre con los demás miembros de la familia. ()
- 24.-Es difícil conseguir que se cambien las reglas en nuestra familia. ()

- 25.-Los miembros de la familia se evitan unos a otros cuando están en casa. ()
- 26.-Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos. ()
- 27.-Aprobamos a los amigos de cada quien. ()
- 28.-Los amigos de la familia temen expresar sus pensamientos()
- 29.-En la familia se forman alianzas en vez de actuar como familia total. ()
- 30.-Los miembros de la familia comparten intereses y pasan tiempos unos con otros. ()

ANEXO 2

PROCEDIMIENTO DE CALIFICACION DEL CUESTIONARIO PACES II.

El procedimiento es el siguiente:

1.- Los valores asignados a las respuestas van de 1 a 5 como sigue:

- 1.- Casi nunca.
- 2.- De vez en cuando.
- 3.- Algunas veces.
- 4.- Frecuentemente.
- 5.- Casi siempre.

2.- Para el total de cohesión:

- Se parte de la constante 36, a la cuál se le resta la suma del puntaje de las respuestas a las preguntas: 3, 9, 15, 19, 25, 29.
- Al resultado anterior se le agrega la suma del puntaje de las respuestas a las preguntas: 1, 5, 7, 11, 13, 17, 21, 23, 27, 30. El resultado es el total de la cohesión.

3.- Para el total de la adaptabilidad:

- Se parte de una constante 18, a la cuál se le resta, la suma del puntaje de las respuestas a las preguntas 12, 24, 28.

- Al resultado anterior se le agrega la suma del puntaje de las respuestas a las preguntas: 2,4,6,8,10,14,16,18, 20,22,26.

Los totales encontrados deberán ubicarse en el cruce de las coordenadas del cuadro que aparece en el siguiente-anexo. Esto nos proporciona el tipo de familia.

FACES II: Cutting Points

ANEXO 3

C O H E S I O N

DISENGAGED SEPARATED CONNECTED ENMESHED

PARENTS (66.9 or below)
ADOLES. (47.8 or below)

PARENTS (57.0-65.0)
ADOLES. (48.0-50.0)

PARENTS (65.1-73.0)
ADOLES. (56.1-64.0)

PARENTS (73.1 and above)
ADOLES. (64.1 and above)

ADAPTABILITY

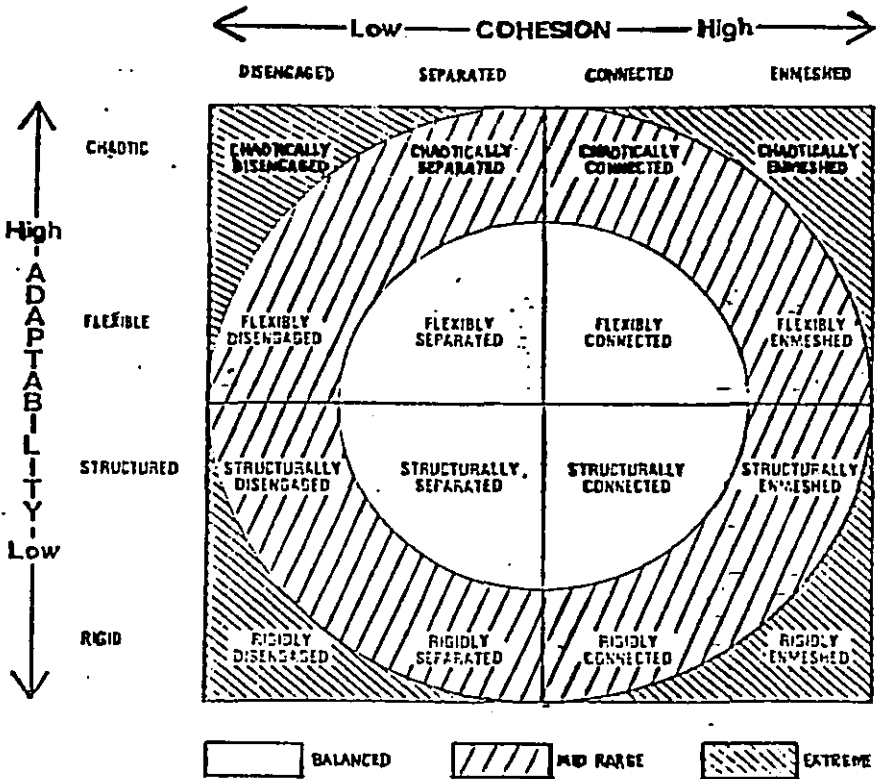
CHAOTIC PARENTS 56.1 or above ADOLES. 52.1 or above				
FLEXIBLE PARENTS 50.1-56.0 ADOLES. 45.1-52.0				
STRUCTURED PARENTS 44.0-50.0 ADOLES. 38.0-45.0				
RIGID PARENTS 43.9 or below ADOLES. 37.9 or below				

In plotting the couple or family's cohesion and adaptability scores into the Circumplex Model, try to mark the specific location within the particular type that most accurately reflects the actual scores.

NAME: _____
 FAMILY NUMBER: _____
 SEX: _____ AGE: _____
 DATE: _____
 EVALUATION: _____
 (Pre/Post/TU)
 TOTAL COHESION: _____
 TOTAL ADAPTABILITY: _____
 FAMILY TYPE: _____

	Parents (n=2,030)		Adolescents (n=416)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
Cohesion	64.9	8.4	56.3	9.7
Adaptability	49.9	6.6	45.4	7.9

FIGURE 1. CIRCUMPLEX MODEL: SIXTEEN TYPES OF MARITAL AND FAMILY SYSTEMS



DIMENSION DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR

-Conceptos interrelacionados-

28

ADAPTABILIDAD.	CAOTICA Muy Alta	FLEXIBLE Moderada-Alta	ESTRUCTURADA Moderada-Baja	RIGIDA. Muy Baja
ASERTIVIDAD.	Estilos pasivo-agresivo.	Sóloamente Asertivo	Generalmente asertivo	Estilo pasivo o agresivo.
CONTROL	No existe líder.	Igualitaria - con cambios fluidos	Democrática con líder estable.	Lider autoritario.
DISCIPLINA.	Laissez-faire	Democrática-consecuencias impredecibles.	Democrática consecuencias predecibles.	Autocrítica demasiado estricta.
NEGOCIACION.	Negociación sin fin. pobre resolución de problemas.	Buena negociación. Buena resolución de problemas.	Negociación estructurada!	Negociación limitada. Pobre resolución de problemas.
ROLES	Cambio dramático de roles.	Se comparten roles. Cambio dramático de roles.	Se comparten algunos roles.	Rigidez de roles y estereotipos de estos.
REGLAS	Muchas reglas implícitas y pocas explícitas.	Algunas reglas cambian. Más reglas implícitas.	Pocas reglas cambian. Más reglas explícitas.	Reglas rígidas. Demasiadas reglas explícitas; pocas reglas implícitas.

DIMENSION DE COHESION FAMILIAR.
-Conceptos interrelacionados-

29

COHESION	DESVINCLADA	SEPARADA	CONECTADA	AMALGAMADA
	Muy Baja	Baja a Moderada	Moderada a Alta	Muy Alta.
INDEPENDENCIA.	Muy alta independencia de los miembros de la familia.	Moderada independencia de los miembros de la familia.	Moderada dependencia de los miembros de la familia.	Alta dependencia de los miembros de la familia.
LAZOS FAMILIARES.	Lazos externos-abiertos; internos cerrados; generacionales rígidos.	Lazos internos y externos semiabiertos; generacionales claros.	Lazos externos semiabiertos; generacionales claros.	Lazos externos cerrados.
COALICIONES.	Coaliciones débiles, usadas como escapatoria.	Coalicción marital clara.	Coalicción marital fuerte.	Coaliciones madre-hijo.
TIEMPOS	Tiempo separado de la familia al máximo (física y/o emocionalmente).	Tiempo separados y juntos es importante.	Tiempo juntos es importante.	Tiempo juntos a su máximo. Tiempo separado está permitido por razones probadas.
ESPACIO	Espacio separado es exacerbado--- tanto física como emocionalmente.	Espacio separado se mantiene. Algún espacio familiar.	Espacio familiar al máximo: espacio privado al mínimo.	Poco o ningún espacio privado en casa.
AMIGOS	Amigos individuales. Pocos amigos familiares.	Algunos amigos individuales. Algunos amigos familiares.	Algunos amigos individuales. Algunos amigos familiares.	Amigos individuales limitados. Se ve a la par y a los amigos juntos toda la familia.
TOMA DE DECISIONES	Decisiones individuales.	Mayoría de decisiones se toman individualmente. Las menos en forma familiar.	Se comparten las decisiones individuales. Mayoría de decisiones tomadas pensando en la familia.	Todas las decisiones son relaciones debenas hacer con la familia.
INTERESES Y RECREACIONES.	Principales actividades individuales. No se involucra en las actividades.	Algunas actividades familiares espontáneas. Se participan las actividades individuales.	Algunas actividades familiares en horario. La familia involucrada en intereses individuales.	La mayoría o todas las actividades debenas hacer en familia.

RESULTADOS.

El presente estudio se efectuó en el servicio de Psiquiatría y Salu Mental Pediatricas del Hospital General del Centro Médico La Raza, IMSS, en el periodo comprendido entre Marzo a Diciembre de 1988.

Se incluyeron 10 pacientes con diagnóstico de Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad según los criterios del DSM-III; 8 del sexo masculino y 2 del sexo femenino, con edades comprendidas entre 5 y 12 años.

Posteriormente se entrevistaron a los padres de los pacientes para contestar el cuestionario FACES II, acudiendo a ambos padres en un caso, y en los restantes sólo la madre. Un paciente tuvo antecedente de padre con Psicosis bajo tratamiento psiquiátrico, y otro paciente un padre alcohólico sin tratamiento.

Para poder comparar se seleccionó un grupo control de niños sin Trastornos por Déficit de la Atención con Hiperactividad (TDAH) constando también de 10 personas; 7 del sexo masculino y 3 del sexo femenino con edades comprendidas entre 5 y 12 años. De este grupo control acudieron las madres para contestar el cuestionario FACES II. (Gráfica #1 y #2)

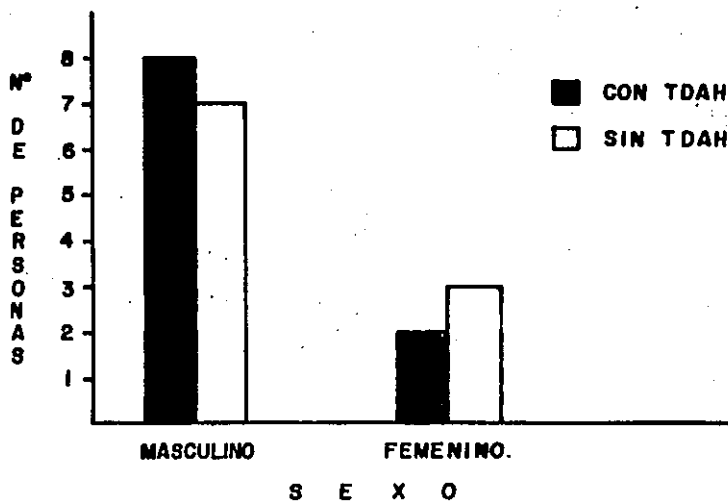
Ya obtenidas las respuestas de los cuestionarios se procedió a calificar de acuerdo a los parámetros establecidos - por Olson y col., para valorar cohesión y adaptabilidad, cuyos resultados se pueden apreciar en la tabla No.1 y No.2. Por medio de los resultados se clasificó en algunas de las 16 tipologías familiares (cuadro 1); posteriormente se trasladaron - al modelo circunflejo, obteniendo los siguientes resultados - por medio del método estadístico de la Probabilidad Exacta - de Fisher para comparar la tipología familiar de los niños - con o sin TDAH: en la tipología central o funcional están 3 - de las familias cuyo hijo presenta TDAH, y 4 de las familias - cuyos hijos no presentan TDAH, con una probabilidad de 0.32; - en la tipología familiar media o moderadamente funcional hubo 5 de las familias de los pacientes con TDAH y 4 de las familias sin TDAH, con una probabilidad de 0.31; y por último en la tipología familiar extrema o disfuncional encontramos 2 - familias de los pacientes con TDAH, y 2 de las familias sin TDAH, con una probabilidad de 0.41. Todos los resultados fueron no significativos. (cuadro 2 y 3).

No. de familias	Calificación	
	Cohesión	Adaptabilidad
1	65	42
2	65	31
3	61	41
4	59	60
5	36	42
6	44	43
7	58	50
8	75	58
9	62	44
10	75	57

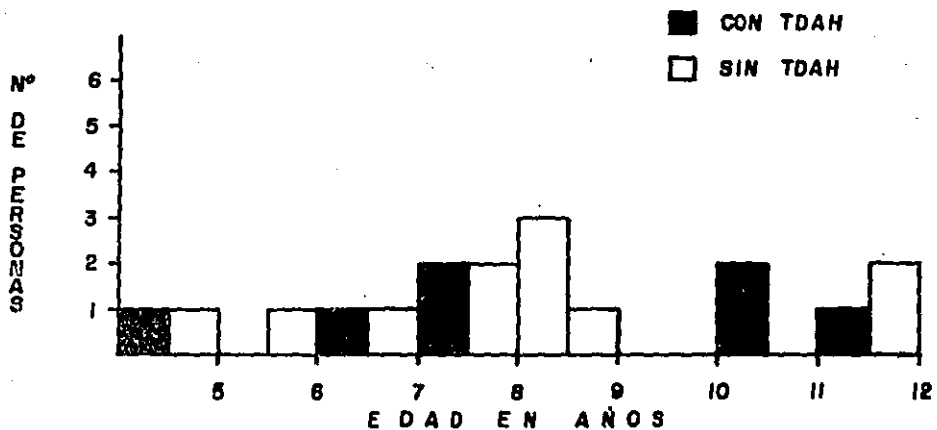
Tabla # 1: Calificación de las familias de niños con Trastornos por Déficit de la Atención con Hiperactividad.

No. de familias	Calificación.	
	Cohesion	Adaptabilidad
1	71	56
2	72	56
3	69	65
4	70	59
5	69	52
6	44	33
7	58	49
8	56	62
9	67	61
10	77	70

Tabla # 2: Calificación de las familias de niños sin
Trastornos por Déficit de la Atención con
Hiperactividad.



GRAFICA N° 1. COMPARACION SEGUN EL SEXO DE PACIENTES CON TDAH Y SIN TDAH.



GRAFICA Nº 2. COMPARACION DE EDADES DE PACIENTES CON TDAH Y SIN TDAH.

FACES - II : Puntaje

ADAPTABILIDAD

	C	O	H	E	S	I	O	N	
	Padres (56.9) ó menos Desvinculada		Padres (57.0-65.0) Separada		Padres (65.1-73.0) Conectada		Padres (73.1 y arriba) Amalgamada		
Caótica Padres 56.1 o arriba	△		△		△	△	▲	▲	△
Flexible Padres 50.1-56.0			▲		△	△	△		
Estructurada Padres 44.0-50.0			▲	▲	△				
Rígida Padres 43.9 ó menos	▲	▲	△						

Nombre _____
 Miembro de la familia _____
 Sexo _____ Edad _____
 Fecha _____
 Evaluación _____
 Total de Cohesión _____
 Total de adaptabilidad _____
 Tipo de familia _____

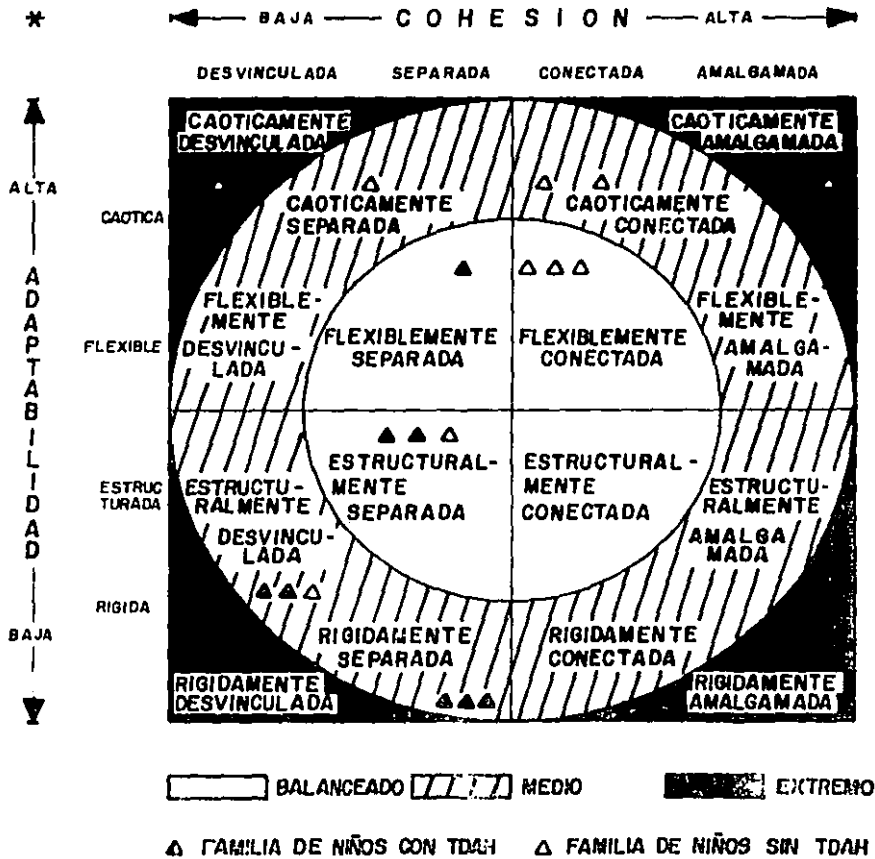
Según la puntuación de la cohesión y adaptabilidad familiar trasladar el tipo de familia al modelo circunferente.

- ▲ Familia de niños con TDAH
- △ Familia de niños sin TDAH

Traducción del puntaje de FACES II original

MODELO CIRCUMFLEJO

DIESCISEIS POSIBLES TIPOS DE SISTEMAS MARITALES Y FAMILIARES



Cuadro 3

PRUEBA DE LA PROBABILIDAD EXACTA DE FISHER

38

		S/TDAH	C/TDAH	
C	Si	4	3	7
	No	6	7	13
		10	10	20

p 0.32 N.S.

		S/TDAH	C/TDAH	
M	Si	4	5	9
	No	6	5	11
		10	10	20

p 0.31 N.S.

		S/TDAH	C/TDAH	
E	Si	2	2	4
	No	8	8	16
		10	10	20

p 0.41 N.S.

C = Tipologías centrales

M = Tipologías medianas

E = Tipologías extremas

S/TDAH = Familias cuyos hijos no presentan trastornos por déficit de atención con hiperactividad.C/TDAH = Familias cuyos hijos si presentan trastornos por déficit de la atención con hiperactividad.

DISCUSION

El Trastorno por Déficit de la Atención es un padecimiento que se caracteriza por impulsividad y falta de atención, existiendo tres subtipos de este trastorno: respecto a la actividad a) cuando se acompaña de hiperactividad, b) cuando no se acompaña de hiperactividad y el tipo residual. Es más frecuente que se acompañe de hiperactividad, presentándose en aproximadamente un 96%, por lo que fué el diagnóstico utilizado en este estudio.

Su importancia se debe a que es el padecimiento psiquiátrico más frecuentemente diagnosticado en la edad escolar, ya que es en esta época cuando el niño ingresa a la escuela y se hace más notoria la sintomatología.

Respecto a la frecuencia lo encontrado en nuestro estudio concuerda con la literatura, ya que se reporta ser más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, encontrando nosotros una frecuencia de 4:1 respectivamente.

A partir de experimentos con diversos animales se ha llegado a establecer la etiología de la hiperactividad, reconociéndose una deficiencia de dopamina, además sospechándose fuertemente de un factor genético aún no muy claro, y de fac-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

tores psicógenos.

Respecto a la teoría psicógena, destaca Bronfenbrenner - (1968) quién realizó estudios en animales, concluyendo que - la privación de estímulos durante toda la infancia produci ría efectos conductuales permanentes, caracterizados por hiperactividad difusa, elevada reactividad pero en forma indife-renciada, impedimento de la función cognocitiva, corto peri odo de atención, disminución de la capacidad perceptual y au-sencia en la respuesta emocional diferenciada. Y es en la fa milia, el sistema social primario, en donde se plantea el de-sarrollo del niño, por lo que diversos autores han reportado la importancia de la familia del niño como desencadenante - de TDAH.

La familia es un sistema abierto constituido por vari- as unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento - y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí, e intercambio con el exterior según Andolfí.

Se considera que la familia como sistema tiene 3 compo nentes que son: la estructura familiar, presentar un ciclo vi tal y que se adapta a las circunstancias cambiantes.

Es en la estructura familiar en donde Olson y col. se-

basan para valorar el tipo de familia. Los autores tomaron en cuenta 2 parámetros que son la cohesión y la adaptabilidad, midiendo dentro de la primera 8 características: lazos emocionales, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, interés y diversión. Dentro de la segunda dimensión se conceptualizan 6 categorías: asertividad, mando, disciplina, negociación, reglas, roles; trayendo como consecuencia de la combinación de estas dos categorías la clasificación en 16 tipos de familia. De estas 16 tipologías familiares, se hizo otra clasificación en donde se dividen en funcionales, medianamente funcionales y disfuncionales

En nuestro estudio no hay diferencia entre la tipología familiar de niños con TDAH y los niños sin TDAH, por lo que no apoyamos a la literatura que afirma que la familia es más disfuncional en niños con trastornos de aprendizaje; aunque este estudio no es definitivo, puesto que la muestra es pequeña, bien podría considerarse un estudio preliminar para otro investigador interesado.

Un hallazgo de interés en dos de los pacientes con TDAH fue encontrar patología psiquiátrica en sus padres: uno de ellos con Psicosis tratada psiquiátricamente y otro con alco

holismo, lo que coincide con lo reportado por Cantwell, quién señala que es más frecuente encontrar antecedente de alcoholismo, histeria y sociopatías en los padres de estos pacientes, que en los padres de los niños sin TDAH.

CONCLUSION

- 1) Por medio de este estudio se concluye que la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia de los niños con Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad no difiere de la tipología familiar de los niños sin Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Aicocer OB. Hiperactividad y Estructura Familiar. (Tesis profesional). México. Universidad de las Américas. 1985.
- 2.- American Psychiatric Association. Trastorno por Déficit de Atención. En DSM-III Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, 1983: 47-51.
- 3.- McMahon RC. Biological Factors in Childhood Hyperkinesis: a Review of Genetic and Biochemical Hypotheses. J. Clinical Psychology, 1981; 37: 12-21.
- 4.- August GJ, Stewart MA. Familial Subtypes of Childhood Hyperactivity. J. Nerv. Ment. Dis., 1983; 171: 362-368.
- 5.- Macías-Valadez TG, Verduzco MA: Análisis de las características de un grupo de niños con trastornos por déficit de atención. Salud Pública Méx., 1986; 28: 292-299.
- 6.- Shekim WO, Dekirmenjam H, Javaid J, Bylund J, Davis JM. Dopamine-norepinephrine interaction in hyperactive boys - treated with D-amphetamine. J. Pediatrics, 1982; 100: 830-834.

- 7.- Raskin LA, Shaywitz BA, Anderson GM, Cohen DJ. Correlaciones Neuroquímicas de los Trastornos por Déficit de Atención. Clin. Ped. North Am., 1984; 2: 391-399.
- 8.- Uriarte V, Gracián BP, Lorenzo II., Farmacología y bioquímica de la hiperquinesia infantil. Salud Mental, 1981; 4: 12-20.
- 9.- Lambert N M, Hartsough C S. Contribution of predispositional factors to the diagnosis of hyperactivity. Amer. J. Orthopsychiat, 1984; 54: 97-109.
- 10.- Lahey B B, Piacentini J C, Mc Burnett K, Stone P, Hartdagen S, Hynd G. Psychopathology in the Parents of Children with Conduct Disorder and Hiperactivity. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1988; 2: 163-170.
- 11.- Sánchez IM, TIPOLOGIA FAMILIAR Y TRASTORNOS INESPECIFICOS DE APRENDIZAJE. (tesis profesional). México. Universidad de Las Américas. 1988.
- 12.- Dulanto GV. LA FAMILIA Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. Edit. Mexicana, Edo. de México 1985.

- 13.-Olson HD,Portner J.,Ball R.FACES II,Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales.Families Social Science, St. Paul,University of Minnesota,1982.
- 14.-Wallen CK.,Kenker B.La Hiperactividad y los Trastornos-por Déficit de Atención;Los Límites de un Conocimiento Creciente.Clin. Ped. Nort. Am.,1984;2:401-429.
- 15.-Shaywitz SE,Shaywitz BA,.Diagnóstico y Tratamiento de - los Trastornos con Déficit de Atención;Una Perspectiva-Pediátrica.Clin. Ped. Nort Am.,1984;2:433-461.

-FE DE ERRATAS-

<u>Página</u>	<u>Línea</u>	<u>Dice</u>	<u>Debe decir</u>
19	5	Circunflejo	Circumflejo
30	2	Salu	Salud
31	7	Circunflejo	Circumflejo
37	2	Diesciseis	Dieciseis