



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UMF NO. 8 SAN ÁNGEL**

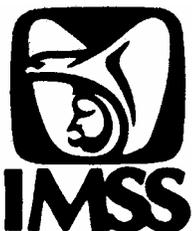
**CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES  
DE LAS FAMILIAS QUE TIENEN UN HIJO CON  
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E  
HIPERACTIVIDAD EN LA POBLACIÓN INFANTIL  
ADSCRITA A LA UMF No. 22 DEL IMSS.**

**TESIS DE POSGRADO**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. MÓNICA ROJAS ARRIAGA**



**MÉXICO, D.F.**

**2007**



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.

## AUTORIZACIONES

**DR. MIGUEL OCTAVIO SILVA BERMÚDEZ**  
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA  
CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 8. SAN ÁNGEL

*DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCÍA*  
JEFATURA DE ENSEÑANZA  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

ASESOR CLINICO

**DR. ANDRES JIMENEZ BUSTAMANTE**  
MEDICO PEDIATRA ADSCRITO AL SERVICIO DE  
URGENCIAS PEDIATRIA DEL HOSPITAL  
GENERAL DE ZONA # 8

ASESOR METODOLOGICO

**DR. FERNANDO CRUZ CASTILLO**  
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO AL SERVICIO DE  
URGENCIAS DEL HOSPITAL  
GENERAL DE ZONA # 8

## **AGRADECIMIENTOS**

### **“A MIS PADRES”**

PORQUE GRACIAS A SU CARIÑO, GUIA Y APOYO HE LLEGADO A REALIZAR UNO DE LOS ANHELOS MAS GRANDES DE MI VIDA, FRUTO DEL INMENSO APOYO AMOR Y CONFIANZA QUE EN MI SE DEPOSITÓ, Y CON LOS CUALES HE LOGRADO TERMINAR MIS ESTUDIOS PROFESIONALES QUE CONSTITUYEN EL LEGADO MAS GRANDE QUE PUDIERA RECIBIR Y POR EL CUAL LES VIVIRÉ ETERNAMENTE AGRADECIDA.

## ÍNDICE

<b>1. Resumen .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Abstract.....</b>	<b>6</b>
<b>3. Introducción.....</b>	<b>9</b>
<b>4. Marco Teórico.....</b>	<b>9</b>
<b>5. Objetivos.....</b>	<b>32</b>
<b>6. Material y Métodos.....</b>	<b>40</b>
<b>7. Resultados.....</b>	<b>47</b>
<b>8. Discusión.....</b>	<b>63</b>
<b>9. Conclusiones.....</b>	<b>71</b>
<b>10. Bibliografía.....</b>	<b>73</b>
<b>11. Anexos .....</b>	<b>77</b>

## RESUMEN

**Introducción:** El trastorno por déficit de atención e hiperactividad se caracteriza por atención inapropiada para su edad que puede acompañarse de impulsividad e hiperactividad. El TDAH representa un problema de salud pública mundial y constituye la principal causa de búsqueda de atención psiquiátrica en la población infantil y ocupa un lugar destacado en los trastornos mentales.

Debido a su prevalencia (3 al 5% de todos los niños en edad escolar), persistencia, deterioro funcional y naturaleza de su tratamiento, afecta no sólo al enfermo sino a su familia, a los sistemas de salud y de educación y a la sociedad en su conjunto.

En la familia la presencia de un niño con TDAH está asociado a varios grados de disturbios en la familia y funcionamiento marital, trastornos de las relaciones padre-madre-hijo, niveles crecientes de tensión parenteral y psicopatología parenteral cuando el TDAH está asociado a problemas de conducta.

La disfunción familiar puede constituir un factor de riesgo que interactúa con la predisposición del niño, y exacerba la presentación de los síntomas y su continuidad. Cuando la familia “enferma”, es decir, se hace “ineficaz” y no puede ejercer sus funciones utilizamos el término de familia disfuncional.

La evaluación de la familia impone el uso de instrumentos y modelos con sustento teórico, basado en investigaciones que los respalden. En el presente estudio se utilizó la Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel).

**Objetivos:** El objetivo del presente estudio consiste en evaluar las características estructurales y funcionales de las familias de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Y de esta forma demostrar si existe asociación entre disfunción familiar y el hecho de tener un hijo con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

**Tipo de estudio:** Prospectivo, transversal y comparativo.

**Ubicación:** El universo de estudio fue la población correspondiente a la UMF # 22 del IMSS.

**Material y métodos:** La muestra se eligió de forma no aleatoria intencional dentro del servicio de salud mental de la UMF #22 del IMSS en donde por medio de los expedientes clínicos se seleccionaron pacientes TDAH, siendo un total de 30 pacientes. A su vez la población sin patología mental se seleccionó al azar en la consulta externa de medicina familiar un total de 30 pacientes. En el puntaje global se observa que en las familias con hijos con TDAH tienen mayor porcentaje de disfunción familiar 83.3% en comparación con las familias con hijos sin patología mental las cuales son en su mayoría funcionales 93.3%. Sobre la base de los resultados anteriores se puede llegar a la conclusión de que si existe asociación entre familias con un hijo con TDAH y disfunción familiar ya que se rechazó la hipótesis nula de acuerdo al cálculo de Chi cuadrada ( $\chi^2$  3.84  $P=0.0026$ ).

**Palabras clave:** Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Disfunción familiar.

## SUMMARY

**Introduction:** The disorder for deficit of attention and hyperactivity is characterized by inappropriate attention for his age that can be accompanied of impulsiveness and hyperactivity. The TDHA represents a problem of public world health and constitutes the principal reason of search of psychiatric attention in the infantile population and occupies a place emphasized in the mental disorders.

Due to his prevalence (3 to 5 % of all the children in school age), persistence, functional deterioration and nature of his treatment, involves not only to the patient but to his family, to the systems of health and of education and to the society in his set.

In the family the presence of a child with TDHA is associated with several degrees of disturbances in the family and marital functioning, disorders of the relations father-mother-son, increasing levels of tension parenteral and psychopathology parenteral when the TDHA is associated with problems of conduct.

The disfunctional family can constitute a factor of risk that interacts with the predisposition of the child, and irritates the presentation of the symptoms and his continuity. When the family "falls ill", that is to say, it becomes "ineffective" and cannot exercise his functions we use the term of disfunctional family.

The evaluation of the family imposes the use of instruments and models with theoretical sustenance, based on investigations that endorse them. In the present study there was in use the Scale of Family Functioning (Espejel).

**Aims:** The aim of the present study consists of evaluating the structural and functional characteristics of the children's families with disorder for deficit of attention and hyperactivity. And of this form to demonstrate if association exists between family dysfunction and the fact of having a son with disorder as deficit of attention and hyperactivity.

**Type of study:** Market, transverse and comparative.

**Location:** The universe of study was the population corresponding to the UMF #22 of the IMSS.

**Material and methods:** The sample chose of not random intentional form inside the service of mental health of the UMF #22 of the IMSS where by means of the clinical processes it you were selected by patients TDHA, being a whole of 30 patients. In turn the population without mental pathology selected at random in the external consultation of family medicine a whole of 30 patients. In the global puntaje is observed that in the families with children with TDHA they have major percentage of family dysfunction 83.3 % in comparison with the families with children without mental pathology which are in the main functional 93.3 %. On the base of the previous results it is possible to come to the conclusion of which if association exists between families with a son with TDHA and family dysfunction since I reject the null hypothesis of agreement to the calculation of square Chi (Xi<sup>2</sup> 3.84 P=0.0026).

**Words key:** Disorder for deficit of attention and hyperactivity. Family dysfunction.

## JUSTIFICACIÓN

El TDAH se ha convertido en un problema común, que se diagnostica con bastante frecuencia en el campo de la salud mental infantil, incluso en el área de pediatría y psicología infantil. (2)

El contexto familiar tiene un papel fundamental en el curso del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, tenemos que la disfunción familiar puede constituir un factor de riesgo que interactúa con la predisposición del niño, y exagera la presentación de los síntomas y su continuidad. (15)

Las relaciones sociales de la familia están fuertemente afectadas cuando un niño con TDAH forma parte de ella. Las relaciones entre los miembros de la familia con el niño con TDAH e incluso entre los demás componentes de la familia están alteradas. (15)

Los factores familiares no son causa original de TDAH, pero pueden amplificar y mantener el trastorno. Por ello los terapeutas necesitan asumir un papel psicoeducativo dirigido al entrenamiento sistemático en familias, ya que constituye un factor esencial en el éxito de las intervenciones terapéuticas. (18)

Por lo que considero que es importante identificar a las familias disfuncionales en niños con TDAH ya que este trastorno requiere de un tratamiento multidisciplinario el cual incluya no solo al paciente sino también a la familia, ya que si se mejora la dinámica familiar en estas familias se tendrá un mejor pronóstico de la enfermedad en los casos en que la disfunción familiar existiera antes de que se presentara el TDAH.

## INTRODUCCION

### ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

#### DEFINICIÓN

Se caracteriza por atención inapropiada para su edad que puede acompañarse de impulsividad e hiperactividad. Ocurre por lo menos en dos ambientes, causan deterioro funcional y éste no puede ser atribuido primariamente a otro trastorno. Debido a su prevalencia, persistencia, deterioro funcional y naturaleza de su tratamiento, afecta no sólo al enfermo sino a su familia, a los sistemas de salud y de educación y a la sociedad en su conjunto. <sup>(9)</sup>

Es definido actualmente por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) como trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad” y por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Décima Clasificación de Enfermedades (CIE-10) la considera dentro del capítulo de los Trastornos Hiperkinéticos. <sup>(12)</sup>

#### Clasificación:

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01]. Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses (ó mas) síntomas de desatención y 6 (ó más) síntomas de hiperactividad-impulsividad. La mayor parte de los niños y adolescentes con este trastorno se incluyen en el tipo combinado.

F98.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio de déficit de atención [314.00]. Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo

menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de desatención (pero menor de 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad)

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01]. Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad (pero menos de 6 síntomas de desatención).

## REVISIÓN HISTÓRICA

La primera descripción científica del TDAH fue hecha por Sir George F. Still en 1902 en las Goulstonian Lectures publicadas en Lancet, donde refiere un “defecto anormal en el control moral en niños”, definiendo dicho control moral como “el control de la acción en conformidad con la idea del bien... que sólo puede existir cuando hay una relación cognitiva con el medio”, y que requeriría una “conciencia” y una capacidad de “inhibición volitiva”. (12)

Posteriormente, otros autores describieron la relación entre trastornos conductuales y daño cerebral, incluyendo en sus descripciones hiperactividad, conductas impulsivas, déficit y fatigabilidad de la atención (Strecker y Ebaugh, 1924; Blau, 1938; Levin, 1938). (12)

Esta relación causal con posibles daños cerebrales persistió en las siguientes décadas, acuñándose entre otros términos el de “impulsividad orgánica” (Kahn y Cohen, 1934). Así, a finales de los años 40 se perfila el concepto de “niño con daño cerebral” (Strauss y Lehtinen, 1947, citado por Barkley, 1998). Este concepto evolucionaría en los años 50 y 60 hacia los de “disfunción cerebral mínima”

(Clements y Peters, 1962) y “síndrome hiperkinético/trastorno hiperkinético impulsivo” (Laufer y Denhoff, 1957; Laufer et al., 1957). (12)

Así, Chess (1960), bajo el concepto de “niño hiperactivo”, desarrolla una primera descripción clínica dirigida a definir el trastorno, objetivarlo frente a las referencias subjetivas de padres y profesores y separarlo del difuso concepto de “daño cerebral mínimo”. (12)

Posteriormente, a finales de los años 60 y sobre todo en los 70 aparecen los manuales diagnósticos y clasificatorios (DSM-II: APA, 1968; CIE-9: OMS, 1978), y con ellos los primeros intentos de consensuar tanto un nombre (“reacción hiperkinética de la infancia” y “síndrome hiperkinético de la infancia” respectivamente) como el propio fenómeno clínico y su diagnóstico. (12)

Igualmente empiezan a desarrollarse los primeros modelos explicativos del trastorno (Wender, 1971; Douglas, 1974), que llevarán en la siguiente década a poner un mayor énfasis en las dificultades atencionales (y cognitivas) propias del trastorno y generarán una nueva visión del mismo, reflejada en las nuevas ediciones DSM-III (APA, 1980), DSM-III-R (APA, 1987), DSM-IV (APA, 1994) y CIE-10 (OMS, 1994), en las que pasa a denominarse “síndrome” o “reacción” para obtener el adjetivo de “trastorno”, con lo que ello comporta. (12)

Al mismo tiempo, en los 80 se comienzan a desarrollar criterios diagnósticos y de investigación más claros, específicos y válidos (Barkley, 1982; Rutter, 1982; Loney, 1983; Taylor, 1986), diferenciando el trastorno de otras patologías psiquiátricas de la infancia y remarcando su relación más con los problemas

cognitivos primarios a la inatención y a la hiperactividad que con los trastornos comportamentales tantas veces presentes. (12)

## EPIDEMIOLOGÍA

El TDAH ocupa un lugar destacado en las enfermedades mentales, ya que según el DSM-IV, este trastorno aparece con una prevalencia que oscilaría entre el 3 y el 5% de todos los niños en edad escolar. Pero los últimos informes sitúan la prevalencia del TDAH entre el 7 y el 15% de los niños, lo que vendría a ser aproximadamente de "un niño por aula". (23)

El TDAH representa un problema de salud pública mundial y es el trastorno del comportamiento más frecuencia en la infancia. Alrededor de 1500 000 escolares mexicanos presentan este trastorno. (21)

Este trastorno constituye la principal causa de búsqueda de atención psiquiátrica en la población infantil y muestra un gran incremento en su diagnóstico en los servicios de salud mental (31%) en nuestro medio. (23)

Los niños presentan mayor incidencia que las niñas, siendo la distribución por sexo desde 3 a 1 hasta 5 a 1. (15)

El TDAH aparece hasta en el 65% de los casos junto a otros trastornos de la infancia, sobre todo el trastorno negativista desafiante (50%), el trastorno disocial (30-50%), el trastorno de ansiedad (20-25%), trastorno del estado de ánimo (15-20%) y los trastornos del aprendizaje (10-25%). (10)

## ETIOLOGIA

### Factores genéticos:

Factores genéticos van a afectar al desarrollo del cerebro tanto en el período prenatal como en el postnatal. Se ha relacionado a una variante del gen del receptor dopaminérgico DRd4- con un riesgo de padecer hiperactividad del 40% mayor que en el resto de la población.

Los niños con TDAH por lo general tienen al menos un pariente cercano que presenta este trastorno; y al menos una tercera parte de los padres que han tenido TDAH en su juventud tienen hijos afectados. Por otra parte, la mayoría de los gemelos estudiados comparten este rasgo. (10)

### Factores perinatales:

El uso de cigarrillos, alcohol u otras drogas durante el embarazo, la hipertensión arterial, anemia y sepsis urinaria en la madre, antecedentes perinatales positivos tales como trabajo de parto prolongado, edad gestacional de más de 40 semanas, cesáreas por distocias y/o sufrimiento fetal y partos instrumentados, así como la contaminación con tóxicos del medio ambiente como el plomo podrían dar lugar a TDAH en el niño. (10)

### Factores neuroquímicos:

Se han asociado muchos neurotransmisores con los síntomas del trastorno. Los estimulantes, afectan tanto a la dopamina como a la noradrenalina, lo cual ha

favorecido la formación de hipótesis que plantean la posible disfunción de los sistemas adrenérgicos y dopaminérgicos. (15)

Es probable la participación de las proyecciones ascendentes de las neuronas catecolaminérgicas y serotoninérgicas, dada la eficacia de los medicamentos estimulantes. Otros estudios implican a la proteína sinaptosómica asociada de 25 kDa (SNAP-25) en la etiología del TDAH. (10)

Factores neurofisiológicos:

También se observan en estos niños alteraciones en la estructura cerebral así como en la función cerebral, referidas a técnicas de neuroimagen. En concreto se ha implicado un circuito prefrontal-estriado-talamocortical.(10)

Factores metabólicos:

La mayor incidencia de problemas metabólicos relacionados con la glándula tiroides en niños con TDAH que en la población normal es un dato a tener en cuenta. (10)

Factores psicosociales:

En términos psicológicos podemos decir que el TDAH refleja un déficit en la capacidad para autorregular la activación o la inhibición de la conducta de acuerdo con las reglas de conducta socialmente adquiridas. (10)

No se ha determinado una causa ambiental específica; sin embargo la atención brindada por los padres al hogar pueden mejorar o empeorar los síntomas en el

niño con TDAH. Un ambiente desorganizado, disfuncional y caótico puede, asimismo desencadenar síntomas de TDAH y mantenerlos. Un niño genéticamente vulnerable a desarrollar TDAH, con estilo de crianza problemático, puede desarrollar y mantener los síntomas. (16)

## FISIOPATOLOGIA

Se ha encontrado una disminución del flujo sanguíneo en las áreas frontales en los niños mediante el SPECT. También se ha comprobado un reducido metabolismo cerebral de la glucosa en los lóbulos frontales del cerebro en adultos que habían iniciado el trastorno en la infancia. Se ha sugerido que ello podría producir anomalías en los neurotransmisores de esta área. (18)

Tomando en conjunto, los estudios de imaginología cerebral y los neuropsicológicos, sugieren la participación del circuito fronto-estriatal derecho y la influencia moduladora del cerebelo en la neurobiología patológica del TDAH. (1)

## DIAGNOSTICO

Los hallazgos clínicos y el interrogatorio meticuloso sigue siendo la base para la identificación de este síndrome.

Los criterios diagnósticos han sido establecidos y publicados por la Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV). (9)( Anexo 2)

## Electroencefalograma

Está bien documentado que no se fundamenta para el diagnóstico de TDAH por lo que no debe hacerse en forma rutinaria. (2)

## Pruebas psicológicas

No hay pruebas útiles para su diagnóstico, sin embargo es razonable valorar la inteligencia de estos niños, conocer sus aptitudes verbales y de ejecución, así como realizar pruebas que permitan identificar dificultades de aprendizaje, inatención, hiperactividad y su estado socio-emocional. La exploración del vocabulario receptivo y expresivo permite valorar el lenguaje, incluyendo la escritura y habilidad para nombrar los objetos. Se recomienda que también se explore la destreza motora, la coordinación ojo-mano, así como la memoria auditiva y visual. (9)

## Neuroimagen

La tomografía computarizada por emisión sencilla de fotones (*SPECT*), ha detectado hipoperfusión en las zonas frontales centrales y núcleos caudados y flujo sanguíneo cerebral reducido en el momento de realizar tareas cognitivas. La tomografía por emisión de positrones (PET) en adultos con historia de TDAH en la infancia, reportó reducción del metabolismo de la glucosa en las áreas premotoras y sensomotoras. (2) Tampoco se recomienda solicitarlo ya que aún está en investigación.

## MANIFESTACIONES CLINICAS

Son tres las características que definen este trastorno:

A) Desatención. Según el DSM-IV, un niño presenta desatención cuando a menudo éste: 1) no presta atención suficiente o incurre en errores por descuido; 2) presenta dificultad para mantener la atención; 3) parece no escuchar; 4) no finaliza las tareas; 5) tiene dificultades para organizarse; 6) evita o le disgusta un esfuerzo mental sostenido; 7) extravía objetos; 8) se distrae fácilmente con sonidos o imágenes irrelevantes (es lo que se conoce como cambio atencional frecuente; 9) es descuidado.

B) Hiperactividad e impulsividad. La hiperactividad es característica del niño que: 1) se muestra inquieto, se mueve mucho (hiperkinesia); 2) abandona su asiento; 3) corre o salta excesivamente; 4) tiene dificultades para jugar de forma tranquila; 5) está siempre en marcha "como si tuviera un motor" 6) habla en exceso.

Y la impulsividad se observa en el niño que: 1) da respuestas precipitadas; 2) tiene dificultades para esperar su turno; 3) interrumpe o se entromete con los demás.

Como resultado de esto, el trastorno puede arruinar las relaciones interpersonales, así como perturbar su vida diaria, consumir energía y disminuir su amor propio.

El TDAH no se manifiesta de igual manera en las distintas etapas de la vida del niño. En la primera infancia, desde los 6-12 meses hasta los 5-6 años, la hiperkinesia en todo lugar y todo momento es la observación más común (el niño está irritable, llora mucho, duerme poco, se observa un inicio temprano de la marcha y una elevada tendencia a trepar. A partir de los 7 años y más aún a partir de los 10-12 años, la hiperkinesia generalizada se reduce y aparecen

comportamientos motrices más sutiles como tamborilear los dedos, cambios frecuentes de postura corporal, caminar de un sitio para otro, jugar con objetos en las manos y aparece más claramente la hiperactividad, entendida como el hecho de estar siempre ocupado en algo y no estar ocioso prácticamente nunca. (10)

## TRATAMIENTO

Para el correcto tratamiento es necesario combinar la terapia farmacológica con la psicosocial.

Es lo que se conoce como terapia multimodal y/o multidisciplinaria e incluye: 1) entrenamiento en habilidades sociales del niño; 2) entrenamiento de los padres; 3) terapia cognitiva; 4) intervenciones educativas y 5) terapia farmacológica. (10)

Es fundamental el establecimiento de una comunicación estrecha entre la familia, el médico y el personal escolar. Dependiendo del nivel de discapacidad, algunos niños pueden necesitar acudir a clases de educación especial. A veces, puede ser necesaria la psicoterapia familiar para ayudar a las familias a superar los problemas de interacción que impidan llevar a cabo una estructura y una comunicación eficaz. Las sesiones de psicoterapia en el niño podrían ayudar a mejorar su autoestima y los problemas de aislamiento social secundarios a dichos síntomas. (10)

La farmacoterapia va a ser útil, sobre todo, en la supresión de los síntomas centrales del TDAH. Se ha demostrado la eficacia de los estimulantes en la reducción de la hiperactividad y de la impulsividad, así como en el aumento de la

atención, mejorando la interacción del niño con los adultos y el rendimiento académico. (10)

La sustancia estimulante usada por excelencia en el tratamiento del TDAH es el metilfenidato. El metilfenidato es eficaz en el 75-80% de los pacientes administrado a dosis de 0,3 a 1 mg/kg. Para determinar su eficacia es necesario mantener el tratamiento al menos 2 ó 3 semanas. (10)

En caso de falla terapéutica con estos medicamentos, se recomienda el uso de antidepresivos tricíclicos que, aunque ofrecen una menor efectividad que los psicoestimulantes, pueden producir mejoría notable de la sintomatología. (21)

El tiempo de tratamiento será mientras persista el trastorno de hiperactividad y falta de atención, pero nos enfrentamos al problema de que no es posible predecir tal duración. Normalmente el TDAH suele perder fuerza a la entrada de la adolescencia, por lo que no es raro tener que mantener al tratamiento hasta los 13-14 años. (10)

## TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD Y FAMILIA

Numerosas investigaciones señalan que el contexto familiar tiene un papel fundamental en el curso de TDAH. La disfunción familiar puede constituir un factor de riesgo que interactúa con la predisposición del niño, y exacerbar la presentación de los síntomas y su continuidad. En este marco los factores familiares no se consideran como la causa original del TDAH, pero sí se cree que mantienen e incluso amplifican la sintomatología de éste en el curso del desarrollo.

(17)

Los resultados obtenidos indican que los padres de los niños hiperactivos utilizan prácticas disciplinarias laxas o muy severas, tienen menos comunicación con sus hijos y, además, hay una menor sincronía en las interacciones madre-hijo. Estos hallazgos sugieren que la forma en que interactúan los padres con sus hijos hiperactivos en edades preescolares es un factor favorecedor del desarrollo de dificultades de comportamiento experimentado por los niños hiperactivos en edades posteriores. (17)

Aún si se asume que las relaciones padres-hijos en familias con TDAH son normalmente de naturaleza conflictiva, en ocasiones los conflictos obedecen en mayor medida a los problemas de conducta de los niños que a la gravedad de los síntomas del trastorno. (20)

Evidencias sugieren que la presencia de un niño con TDAH está asociado a varios grados de disturbios en la familia y funcionamiento marital, trastornos en las relaciones padre-madre-hijos, específicamente paternos, niveles crecientes de tensión parenteral y psicopatología parenteral cuando el TDAH está asociado con problemas de conducta. (3)

Estudios efectuados en familias con pacientes con TDAH para buscar la incidencia de conductas antisociales o la presencia de trastornos de personalidad antisocial en los padres y hermanos de estos niños, encontraron una mayor frecuencia de dichos problemas asociados además al abuso de alcohol y drogas, en los padres de sujetos con TC o mixtos. Asimismo, se encontró un mayor índice de separación y divorcio, cambios más frecuentes de residencia y empleo y

presencia de una madre sola que educa a los hijos en ausencia del padre, lo que refleja una importante inestabilidad familiar. (22)

Estudios como los de Donenberg y Baker han encontrado que los niños con TDAH tienen un impacto negativo en la familia y producen mayores niveles de estrés que en niños sin ninguna patología. Se halló que los padres de niños hiperactivos consideraban que éstos habían tenido un impacto negativo en su vida social. Además, tenían sentimientos más negativos sobre la paternidad, y un mayor estrés relacionado con sus hijos.(20)

Los escasos trabajos que han analizado el funcionamiento familiar según los distintos subtipos del TDAH indican que las familias del niño subtipo combinado (TDAH-C) parecen tener más problemas de relación con sus hijos que las familias de niños con TDAH del subtipo inatento (TDAH-I) y del subtipo hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI). (17) Lo mismo sucede con los niños con TDAH y comorbilidad psiquiátrica.

## DISFUNCION FAMILIAR

Uno de los enfoques más utilizados para estudiar a la familia, se fundamentó en la denominada teoría general de los sistemas. Esta teoría considera a un sistema como un conjunto de elementos en interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo y, su función es más que la simple suma de ellos. (13)

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un

mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso de salud-enfermedad. (19)

La función familiar se define a través de las tareas que le corresponden realizar a los integrantes de la familia como un todo. El cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas sociales, y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional. (19)

Se puede considerar que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema. (19)

Se denomina normofuncional a una familia capaz de cumplir las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo o entorno. (4)

Como señala Henenn, las familias tienen que atender a cinco tareas básicas que deben ser asumidas en cualquier momento de su evolución histórica, si bien algunas de ellas tienen mayor significación y trascendencia según la etapa del ciclo vital en la que se encuentre. Estas cinco tareas son:

- a) Socialización o desarrollo de habilidades sociales
- b) Atención a aporte de alimentos y protección
- c) Afecto o relación de cariño o amor y suministro de cuidados
- d) Reproducción y relaciones sexuales y

e) Estatus o legitimación y transmisión de las características del grupo social de origen. (4)

La familia, para mantener su equilibrio, posee una dinámica interna que regula las relaciones entre sus componentes y las de éstos con el medio externo. El mantenimiento de su homeostasis es requisito indispensable para ejercer sus funciones, y utiliza todos sus recursos para mantenerla. (4)

La funcionalidad familiar es dinámica, ya que las familias no son estáticas y por lapsos o circunstancias pueden caer en “crisis” y en ese momento ser disfuncionales en mayor o menor grado, y recuperarse posteriormente. Sin embargo algunas familias ante un problema no consiguen su homeostasis y la disfunción se vuelve irreparable o llegan a la desintegración. (5)

Cuando la familia “enferma”, es decir, se hace “ineficaz” y no puede ejercer sus funciones utilizamos el término de familia disfuncional. (23)

En la génesis de la disfunción familiar intervienen dos fuerzas antagónicas, una negativa que desajusta la función familiar, la incapacidad para realizar sus tareas y modifica los roles de los miembros, y que está relación con los cambios del ciclo vital y los acontecimientos estresantes; otra positiva, constituida por los recursos, bienes o activos que cada grupo familiar posee o busca en su entorno. Del predominio de una u otra dependerá el equilibrio o desequilibrio en el funcionamiento familiar. (4)

La familia disfuncional no puede distinguirse de la familia funcional por la presencia de problemas, sino por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación

y la resolución de conflictos. Es preciso diferenciar también la familia funcional de la disfuncional en donde esta última se ve imposibilitada para realizar de un modo adecuado las funciones familiares, afectándose áreas como la educación y el desarrollo afectivo. (13)

La enfermedad puede considerarse una crisis, debido a la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, al igual pudiera hacerlo una separación, la pérdida de alguno de sus miembros, el nacimiento del primer hijo, etc.; el desajuste puede tener diferentes intensidades, las cuales van a estar influenciadas por el tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar en torno a ella. (8)

Ante un acontecimiento vital estresante la familia entra en crisis, esto es, ve afectado su funcionamiento y alterado sus roles, lo que impide resolver el problema. La llegada de apoyo afectivo, estructural, económico o de otro tipo, de acuerdo con las necesidades que precisa cada caso, la llevará, tras una fase de adaptación, a un funcionamiento equilibrado. (8)

Cuando los apoyos sean inadecuados o insuficientes, se mantendrá la crisis, y para salir de ella, tendrá que recurrir a recursos extrafamiliares. Su importancia dependerá, en parte, de la calidad y extensión de su red social. Entre éstos merecen especial mención los servicios sanitarios, sobre todo el médico de familia, al que debemos considerar como un importante recurso extrafamiliar. (4)

No debemos olvidar que el conocimiento de una disfunción familiar obliga al médico a familia a poner en marcha medidas de intervención, que pueden ir desde

la simple reactivación de los recursos familiares al asesoramiento, sin olvidar algunas formas de terapia familiar. (4)

La crisis ocasionará en el subsistema familiar cambios de los papeles modificaciones de funciones, aparición de díadas y triadas de apoyo o rechazo, feedbacks positivos o negativos, entre otros. (4)

En esta situación, la familiar seguirá dos caminos: se adaptará a la nueva situación, aceptando todos los reajustes y cambios que la enfermedad crónica ha generado o bien no se adaptará, en cuyo caso se entrará en un dinámica de disfunción familiar que puede causar, por un lado, empeoramiento del paciente origen de la crisis, con disminución de su autoestima, aparición de ansiedad y depresión y agravamiento del papel del enfermo y, por otro, la enfermedad de algún miembro de la familia. (23)

#### INTRUMENTO PARA EVALUAR LA FUNCION FAMILIAR

La atención médica familiar, requiere del estudio de la estructura y funcionamiento de la familiar. El análisis estructural implica, entre otros electos, la identificación de las características de sus miembros, roles, relaciones afectivas, alianzas, enfermedades y etapa del ciclo de vida familiar. El análisis puede lograrse mediante el uso de varios instrumentos incluyendo el genograma. (11)

La evaluación de la familia impone el uso de instrumentos y modelos con sustento teórico, basado en investigaciones que los respalden, apoyándose en tres elementos fundamentales: el propósito que condujo a su creación, la naturaleza de

los elementos que pretenden medir y el grado de confianza que se pueda tener de esta medición. <sup>(11)</sup>

Se proponen los siguientes criterios de selección:

1. El objetivo del instrumento de evaluación deberá permitir obtener una muestra de las dimensiones conductuales que reflejan la conceptualización de su autor y de las principales características de las familias como un todo.
2. Disponibilidad de publicaciones que permitan identificar información de su diseño y propiedades psicométricas
3. El instrumento deberá ser de autoaplicación
4. De preferencia deberá ser breve
5. Evaluar el tipo de población o muestra en las que ha sido aplicado
6. El modelo teórico que lo fundamente no deberá ser complejo <sup>(11)</sup>

#### ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

La Escala de Funcionamiento Familiar es un instrumento mexicano para evaluar familias; surge en el año de 1981 como una entrevista abierta para investigar a 80 familias en una comunidad metropolitana seleccionada por el Departamento de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la UNAM. <sup>(6)</sup>

Una vez que se validó y confiabilizó (con la asesoría de la Dra. Isabel Reyes Lagunas y el Ing. J. Francisco Cortés) como instrumento de detección comunitaria para evaluar familias, han sido múltiples los investigadores que lo han usado como instrumento aprobado por sus instituciones para evaluar distintas problemáticas en las que la familia juega un rol. Las instituciones han sido la UNAM, la Universidad

Iberoamericana, el Instituto Nacional de Salud Mental, La Universidad Metropolitana, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, el Hospital Psiquiátrico “Samuel Ramírez Moreno”, en el D.F., y en la Habana, Cuba, en el Policlínico 1º de Enero. En el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Dr. Salvador Allende” y ahora en el Instituto de Familia. (6)

La aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar responde al enfoque epistemológico y metodológico que está dentro del paradigma sistémico, dinámico-integrativo-relacional que los terapeutas familiares que los seleccionan, poseen. De ahí que se desarrollen ideas “a partir de dos o más descripciones del mismo proceso, pauta, sistema o secuencia codificados o recogidos de diferentes maneras”. (7)

La investigación cualitativa considera el escenario natural como la fuente directa de los datos; siendo el investigador el instrumento clave, éste recolecta los datos en forma de palabras, escenas, sentimientos, emociones y conductas; es decir, la información es el proceso, todo lo que ocurre en el tiempo y espacio de la entrevista. (7)

Tomando en cuenta tres parámetros fundamentales: tipo de familia, etapa de ciclo vital por la que cursa y contexto socioeconómico y cultural, es que los administradores inician la codificación numérica de acuerdo a los criterios previos que manejan. La observación de los distintos niveles de sistemas y de cómo influye cada uno de los subsistemas en el funcionamiento familiar a través de hechos y conductas, es también subjetiva, analítica y dinámica, y se puede llevar a

cabo conjuntamente con un panel de expertos, a fin de llegar a una corficiación lo más cercana posible a la realidad familiar. (7)

La escala investiga 9 áreas que miden el funcionamiento dinámico, sistémico estructural de la familiar:

### *Territorio*

Este término hace referencia al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto. También se refiere a la centralidad que cada miembro logra tener dentro de su familia y se identifica en un momento dado con el grado de significancia que uno de los miembros tiene para los demás en la familiar. (6)

### *Roles*

Son las expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro. (6)

### *Jerarquía*

Es la dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales. (6)

### *Limites*

Son las reglas que consciente o inconscientemente son formuladas por la familiar. También se consideran como fronteras entre una generación y otra. (6)

### *Alianzas*

Se llama alianza a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Las más funcionales son las que incluyen a los miembros de la misma generación, la de los esposos y la de los hermanos. (6)

### *Comunicación*

Es el intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás. (6)

### *Modos de control de conducta*

Son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de qué es bueno y qué es malo y para luchar contra las situaciones físicas peligrosas. (6)

### *Afectos*

Las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o malestar que son utilizadas entre los miembros de la familia. (6)

### *Psicopatología*

Se habla de psicopatología familiar cuando los conflictos no se resuelven debido a la rigidez de patrones de interacción. (6)

Una vez que se ha codificado cada uno de los reactivos, se hace la sumatoria y se obtiene el puntaje global que a su vez se transfiere a un perfil que nos remite a una escala diagnóstica de funcionalidad y un puntaje por áreas.

La entrevista estructurada que se vale de la Escala de Funcionamiento Familiar cumple con condiciones para ser considerada dentro de una metodología perteneciente a la investigación cualitativa, por otra parte, también tiene un valor cuantitativo.(7)

Este instrumento es una entrevista abierta y dirigida; de las respuestas que aportan los entrevistados, el entrevistador determina el rubro o rubros a marcar en

él o los casilleros correspondientes, estando alerta para hacer las preguntas pertinentes a fin de lograr seguridad en el casillero que va a marcar. (6)

#### POBLACION EN ESTUDIO

El número de consultas en el servicio de Salud Mental de la UMF #22 de niños con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad de acuerdo al informe mensual de ARIMAC en el 2006 es el siguiente:

#### F90. Trastornos hipercinéticos

	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
PRIMERA VEZ	6	2	8
SUBSECUENTE	42	17	59
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>19</b>	<b>67</b>

FUENTE: ARIMAC 2006

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El contexto familiar tiene un papel fundamental en el curso del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. La disfunción familiar puede constituir un factor de riesgo que interactúa con la predisposición del niño, y exacerbar la presentación de los síntomas y su continuidad por lo tanto es importante definir las características estructurales y funcionales de las familias con un niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

En el presente estudio se pretende demostrar que existe asociación entre la disfunción familiar y el hecho de tener un hijo con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la familia por medio de la aplicación de la “Escala de Funcionamiento Familiar” por medio de la cual se evaluarán las características estructurales y funcionales de las familias .

¿Existe asociación entre trastorno por déficit de atención e hiperactividad y disfunción familiar de acuerdo a la Escala de Funcionamiento Familiar?

## **OBJETIVO**

### **GENERAL**

El objetivo del presente estudio consiste en evaluar las características estructurales y funcionales de las familias de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Y de esta forma demostrar si existe asociación entre disfunción familiar y el hecho de tener un hijo con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

### **ESPECIFICO**

1. Identificar a niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad por medio de la consulta de expedientes clínicos en el servicio de psiquiatría de la UMF No. 22 diagnosticados según los criterios del DSMIV.
2. Evaluar la estructura y funcionamiento familiar por medio de el “Cuestionario de Evaluación Familiar” en familias de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

## **HIPÓTESIS**

### **HIPÓTESIS GENERAL:**

Las familias de niños con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad están asociadas a disfunción familiar.

### **HIPÓTESIS DE NULIDAD $H_0$ :**

Las familias de niños con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad no están asociadas a disfunción familiar.

### **HIPÓTESIS ALTERNA $H_1$ :**

Las familias de niños con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad están asociadas a disfunción familiar.

## ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente

Niños entre 4 y 14 años de edad con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Variable dependiente

Disfunción familiar

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

*Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*

Es una alteración del comportamiento que se caracteriza por falta de atención, impulsividad, e hiperactividad con inteligencia normal.

El trastorno de hiperactividad/déficit de atención (THDA) se caracteriza por un lapso de atención breve, inadecuada desde un punto de vista del desarrollo, o elementos inapropiados para la edad. Para reunir los criterios diagnósticos, el trastorno debe durar por lo menos seis meses, deteriorar el funcionamiento social o académico y producirse antes de los siete años de edad. <sup>(15)</sup>

### *Familia*

Un sistema que opera a través de pautas transaccionales que se repiten, dando lugar a patrones que permiten ver el funcionamiento interno en función del medio en que se desenvuelve. (6)

### *Estructura familiar*

La forma en que se organiza el sistema de acuerdo a las jerarquías, alianzas, límites, territorio y geografía. (6)

### *Funcionalidad familiar*

La capacidad del sistema para enfrentarse y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. (6)

### *Disfunción familiar*

Cuando la familia “enferma”, es decir, se hace “ineficaz” y no puede ejercer sus funciones utilizamos el término de familia disfuncional. (23)

La familia disfuncional no puede distinguirse de la familia funcional por la presencia de problemas, sino por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos. Es preciso diferenciar también la familia funcional de la disfuncional en donde esta última se ve imposibilitada para realizar de un modo adecuado las funciones familiares, afectándose áreas como la educación y el desarrollo afectivo. (13)

### *Autoridad*

Evalúa la eficiencia de la autoridad dentro de la familia. Considera como más funcionales a aquellas familias donde la autoridad reside en el subsistema parenteral y es compartida por ambos padres. (6)

### *Orden*

Evalúa cómo se manejan los límites y los modos de control de conducta. Considera como más funcionales a las familias con límites bien establecidos y respetados. (6)

### *Supervisión*

Evalúa la funcionalidad de la vigilancia de normas y comportamiento. (6)

### *Afecto*

Evalúa cómo se presentan las muestras de sentimiento y emociones entre los miembros de la familia. (6)

### *Apoyo*

Es la forma en que los miembros de la familia se proporcionan soporte social, dentro y fuera del grupo familiar. (6)

### *Conducta disruptiva*

Evalúa el manejo de conductas no aceptadas socialmente como adicciones, problemas con la autoridad o alguna otra situación emergente. (6)

### *Comunicación*

Evalúa la forma de relación verbal o no verbal que se da dentro de una familia. (6)

### *Afecto negativo*

Evalúa la funcionalidad de la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia.(6)

### *Recursos*

Se refiere a la existencia de potencialidades instrumentales y afectivas y a la capacidad de la familia para desarrollarlos y utilizarlos. (6)

### *Familia primaria nuclear*

Familia integrada por padre, madre e hijos de ambos, sin que haya uniones previas con hijos. (6)

### *Familia primaria semiextensa*

Es una familia primaria con quienes viven uno o varios miembros de la familia de origen de algunos de los cónyuges. (6)

### *Familia primaria extensa*

Es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y ahí permaneció después de realizar su unión conyugal. (6)

### *Familia reestructurada familiar*

Es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges han tenido una unión previa con hijos, independientemente de los hijos que conciban juntos. (6)

### *Familia reestructurada semiextensa*

Es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, y que incluyen bajo un mismo techo a uno o más miembros de la familia de origen de alguno de ellos. (6)

### *Familia reestructurada extensa*

Es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos y que viven con la familia de origen de él o ella. (6)

### *Familia uniparental nuclear*

Una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos. (6)

### *Familia uniparental semiextensa*

Una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos y que reciben en su hogar a uno o más miembros de su familia de origen.

### *Familia uniparental extensa*

Una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos que viven con su familia de origen. (6)

### *Ciclo vital familiar*

La familia, como toda organización viva tiene su inicio, desarrollo y ocaso, tradicionalmente en el campo de la medicina familiar se utiliza la clasificación de Geyman:

*Fase de Matrimonio:* Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.

*Fase de Expansión:* Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande”.

*Fase de Dispersión:* Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.

*Fase de Independencia:* Etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen.

*Fase de Retiro y Muerte:* Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono. (14)

## MATERIAL Y MÉTODOS

El universo de estudio fue la población correspondiente a la UMF No 22 del IMSS. Se acudió al servicio de salud mental donde se seleccionaron a los pacientes con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad que aceptaran participar en el estudio. La recolección de datos del grupo control se realizó en la consulta externa de Medicina Familiar en la UMF No.22. Ambos grupos se determinaron de acuerdo a los siguientes criterios de selección:

<b>GRUPO DE FAMILIAS CON UN HIJO CON TDAH</b>			<b>GRUPO CONTROL</b>
<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE ELIMINACIÓN</b>	
Pacientes de Ambos sexos Pacientes entre 4 y 14 años de edad. Pacientes derechohabientes al IMSS y que cuenten con número de afiliación. Pacientes que estén adscritos a las UMF No 22 Paciente que cuenten con expediente clínico completo. Pacientes que cuenten con mínimo de 1 consultas en el servicio de Salud Mental de la UMF No 22 . Paciente con diagnóstico reciente de TDAH (de acuerdo con la clasificación del DSMIV) de por lo menos 6 meses antes a la fecha del estudio. Pacientes que acepten participar en forma voluntaria en la investigación	Pacientes no derechohabientes y que no cuenten con expediente clínico.  Pacientes que tengan el antecedente de retraso mental, alteraciones auditivas o visuales.  Pacientes que no acepten participar en esta investigación.	Familias que no deseen continuar con la investigación.  Familias en las que fallezca el paciente objeto de estudio  Familias que dejen de ser derechohabientes al IMSS.	Pacientes de Ambos sexos. Pacientes entre 4 y 14 años de edad. Pacientes derechohabientes al IMSS y que cuenten con número de afiliación. Pacientes que estén adscritos a las UMF No 22. Pacientes que acepten participar en forma voluntaria en la investigación. Pacientes que no presenten patologías relacionadas con la salud mental.

Para determinar el tamaño de la muestra se tomo en cuenta un nivel de confianza del 97%, con una probabilidad de éxito de 0.90, probabilidad de fracaso de 0.10 y un error de muestra del 1% utilizando la siguiente fórmula  $n_0 = \frac{Z^2 q / E^2 p}{1 + 1/N}$  ( $Z^2 q / E^2 p - 1$ ) considerando significativa una muestra de 29.

La muestra se eligió de forma no aleatoria intencional dentro del servicio de salud mental de la UMF No.22 del IMSS en donde por medio de los expedientes clínicos se seleccionaron pacientes con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, siendo un total de 30 pacientes. A su vez la población sana se seleccionó al azar en la consulta externa de medicina familiar de la UMF No.22, al igual un total de 30 pacientes. Al final se tuvo un total de 60 pacientes tanto con el diagnóstico de TDAH como sanos a los cuales se les aplicó la escala de funcionamiento familiar previo consentimiento informado.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Se trata de un estudio prospectivo la información se recolecta para fines del estudio por medio de la Escala de Funcionamiento Familiar; transversal ya que las variables estudiadas se miden una sola vez y comparativo debido a que se cuenta con un grupo de familias con un hijo con déficit de atención e hiperactividad y un grupo control de familia con hijos sanos a las cuales se les aplicó la Escala de Funcionamiento Familiar.

## INSTRUMENTOS

La metodología para la aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar consistió en una entrevista abierta y dirigida con un miembro del grupo familiar con una duración de 60 minutos. Esta técnica permitió obtener una serie de observaciones que completan el perfil de funcionalidad familiar.

Para valorar la estructura y funcionamiento familiar se utilizó la “Escala de Funcionamiento Familiar” (Espejel). (Anexo 3)

Es un instrumento de evaluación conformada por 40 reactivos en forma de pregunta y con 8 opciones de respuesta tipo nominal que varía en cada uno de los reactivos. Los reactivos se evaluaron con las siguientes categorías:

1. Padre
2. Madre
3. Hijos
4. Hijas
5. Otro familiar
6. Otro no familiar
7. Todos
8. Nadie

La escala investiga 9 áreas que miden el funcionamiento dinámico, sistémico estructural de la familiar. Ellas son: Territorio o Centralidad, Roles, Jerarquías, Límites, Modos de Control de Conducta, Alianzas, Comunicación, Afectos y Patología. Contiene también un familiograma y datos sociodemográficos, económicos, de la vivienda y espacio para observaciones. Cada una de las áreas incluye 3 a 5 preguntas.

Cada uno de los reactivos representa preguntas paradigmáticas, es decir, circulares e interaccionales cuya significación está en relación con el contexto y de acuerdo a la puntuación de un orden secuencial en la descripción del proceso.

Los criterios de calificación incluyen tres aspectos muy importantes:

La etapa del ciclo vital por la que cursa la familia

La clase socioeconómica y cultural

La estructura de la familia

Cada ítem se evalúa en una escala ordinal de cuatro categorías, asignando 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional y 4 cuando es funcional. Las categorías 2 y 3 son intermedias. Esta asignación se hace a juicio de la persona que evalúa, considerando en cada caso el ciclo de vida familiar, el nivel cultural y socioeconómico de la misma, la tipología familiar y a los criterios.

1. Disfuncional
2. Poco funcional
3. Medianamente funcional
4. Funcional

El formato de calificación de la Escala de Funcionamiento Familiar concentra los reactivos por función de la manera siguientes:

1. Autoridad: se mide en diez reactivos 1, 3, 4, 5, 11, 12, 12, 28, 39, 40
2. Control: se mide por ocho reactivos 8, 10, 17, 26, 31, 34, 35, 40
3. Supervisión: se mide por los siguientes cinco reactivos 16, 25, 26, 28, 30
4. Afecto: se mide por siete reactivos 22, 23, 24, 27, 21, 32, 33
5. Apoyo: se incluye seis reactivos 7, 16, 18, 20, 39, 40
6. Conducta Disruptiva: siete reactivos 5, 9, 36, 37, 38, 39, 40

7. Comunicación: comprende los reactivos 4, 10, 15, 18, 19, 21, 22, 36, 38

8. Afecto negativo: incluye los reactivos 6, 15, 29, 34

9. Recursos: por los reactivos 2, 12, 13, 14, 17, 40

Una vez que se ha codificado cada uno de los reactivos, se hace la sumatoria y se obtiene el puntaje global que a la vez se transfiere a un perfil que nos remite a una escala diagnóstica de funcionalidad y a un puntaje por áreas .(Anexo 3)

<b>ITEM</b>	<b>SUMA ESCALA</b>	<b>FUNCIONAMIENTO</b>
AUTORIDAD	20-33 34-45	DISFUNCIONAL FUNCIONAL
CONTROL	15-26 27-38	DISFUNCIONAL FUNCIONAL
SUPERVISION	10-15 16-23	DISFUNCIONAL FUNCIONAL
AFECTO	15-22 23-30	DISFUNCIONAL FUNCIONAL
APOYO	10-16 17-24	DISFUNCIONAL FUNCIONAL
CONDUCTAS DISRUPTIVAS	15-24 25-36	DISFUNCIONAL FUNCIONAL
COMUNICACION	20-31 32-43	DISFUNCIONAL FUNCIONAL
AFECTO NEGATIVO	10-14 15-18	DISFUNCIONAL FUNCIONAL
RECURSOS	15-21 22-29	DISFUNCIONAL FUNCIONAL
PUNTAJE GLOBAL	80-132 133-180	DISFUNCIONAL FUNCIONAL

FUENTE: MANUAL PARA LA ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (ESPEJEL)  
TABLAS DE CONVERSIÓN

La consistencia interna de ALFA Cronbach es de 0.91.

Se utilizó el método de Graffar para la evaluación del estrato socioeconómico (Anexo 4) siendo estratificadas las familias de acuerdo al siguiente puntaje:

4-6 Estrato Alto

7-9 Medio Alto

10-12 Medio Bajo

13-16 Obrero

17-20 Marginal

#### ANALISIS ESTADISTICO

Para la presentación, análisis e interpretación de los datos estadísticos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 10.0 Se conformaron 3 bases de datos.

En la primera contiene los resultados de aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar de las familias con un hijo con diagnóstico de TDAH; la segunda contiene los resultados de las familias con hijos sanos y la tercera contiene los resultados globales tanto de familias con hijos con TDAH y familias con hijos sanos.

Para la descripción de los datos se construyeron cuadros de análisis de frecuencia y porcentajes de cada una de las variables nominales, así como rangos, promedios y frecuencias de las variables escalares.

Para resumir la asociación entre las variables las cuales fueron cualitativas fue por medio de la prueba de Chi cuadrada. Se realizó un análisis de contingencia entre

las familias con hijo con TDAH y familias con hijo sano en asociación con funcionamiento familiar, posteriormente se hizo el cálculo de frecuencias esperadas y el cálculo de Chi cuadrada. La cual se aplica sólo a la población en estudio perteneciente a la UMF No. 22.

$\chi^2 = \sum \frac{(f_a - f_e)^2}{f_e}$

Fe

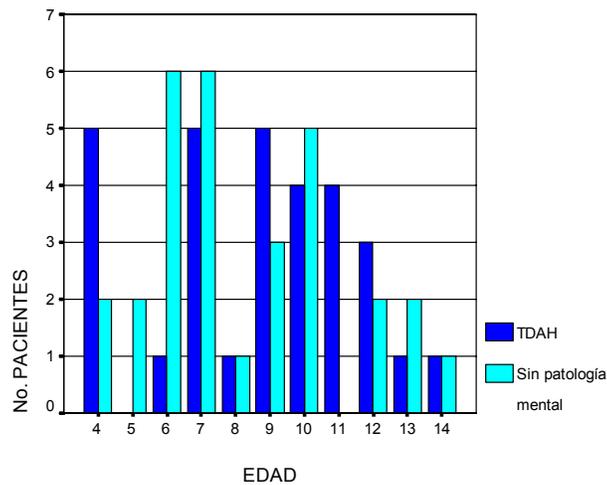
## RESULTADOS

Con respecto a la distribución por grupos de edad tenemos en el Cuadro 1 y Gráfica 1 que las edades de ambos grupos van desde un rango mínimo de 4 años de edad hasta un rango máximo de 14 años de edad, moda de 4 en niños con TDAH y 6 en niños sin patología mental, mediana de 9 en niños con TDAH y 7 en niños sin patología mental, y una media de 8.70 en familias con un hijo con TDAH y de 8.17 en familias con hijos sin patología mental.

Cuadro No. 1

	EDAD	
	Niños con TDAH	Niños sin patología mental
Media	8.70	8.17
Mediana	9.00	7.00
Moda	4	6
Desviación estándar	2.88	2.76
Varianza	8.29	7.59
Rango	10	10
Mínimo	4	4
Máximo	14	14

Gráfica No. 1

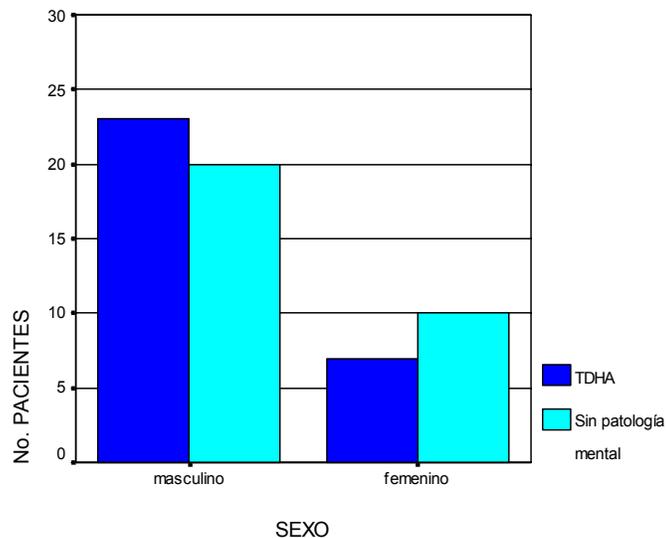


En el Cuadro 2 y Gráfica 2 respecto al sexo tenemos que el 76.7% de los pacientes con TDAH fue de sexo masculino y 66.7% de los niños sin patología mental, siendo de menor porcentaje los pacientes de sexo femenino (23.3% de los pacientes con diagnóstico de TDAH y 33.3% de los pacientes sin patología mental).

Cuadro No. 2

Sexo	Niños con TDHA		Niños sin patología mental	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Masculino	23	76.7	20	66.7
Femenino	7	23.3	10	33.3
Total	30	100.0	30	100.0

Gráfica No. 2

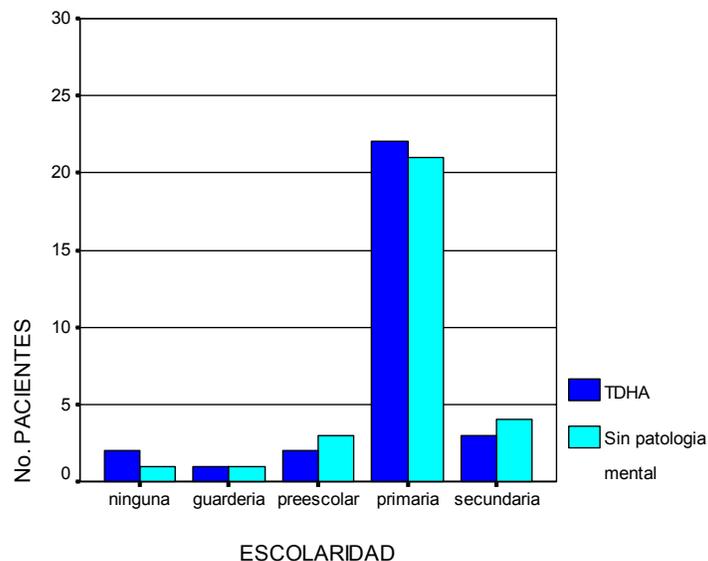


En el Cuadro 3 y Gráfica 3 se observa que respecto a la escolaridad el mayor porcentaje de niños con el diagnóstico de TDAH 73.3% y sin patología mental el 70% se encuentran en la primaria, seguido por escolaridad secundaria (10% pacientes con TDAH y 13% pacientes sin patología mental). Y un menor porcentaje en preescolar (6.7% de niños con TDAH Y 10% niños sin patología mental).

Cuadro No. 3

Escolaridad	TDAH		Sin patología mental	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ninguna	2	6.7	1	3.3
Guardería	1	3.3	1	3.3
Preescolar	2	6.7	3	10.0
Primaria	22	73.3	21	70.0
Secundaria	3	10.0	4	13.3
Total	30	100.0	30	100

Gráfica No. 3

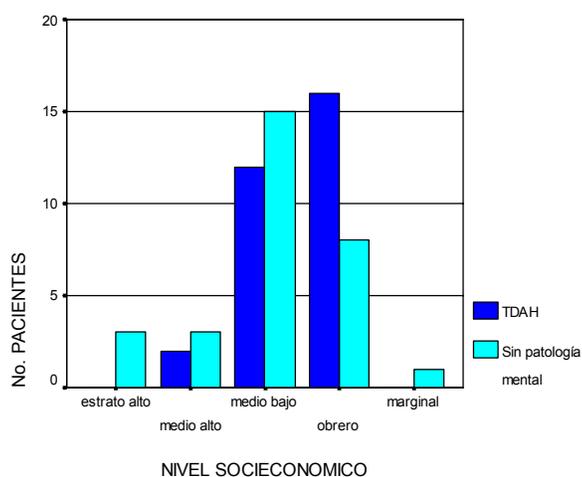


En el Cuadro 4 y la Gráfica 4 correspondientes al nivel socioeconómico observa que el mayor porcentaje corresponde al estrato medio bajo (40% en familias con niños con TDAH y 50% de familias con niños sin patología mental), seguida por el obrero (53% de familias con niños con TDAH y 26.7% de familias con niños sin patología mental) y el medio alto (6.7% familias con niños con TDAH y 10% familias con niños sin patología mental). Y correspondiendo al estrato alto el 10% de familias con niños sin patología mental únicamente, los cuales también se encuentran con un estrato marginal en un 3.3%.

Cuadro No. 4

Nivel socioeconómico	Niños con TDAH		Niños sin patología mental	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estrato alto	0	0	3	10.0
Medio Alto	2	6.7	3	10.0
Medio Bajo	12	40.0	15	50.0
Obrero	16	53.3	8	26.7
Marginal	0	0	1	3.3
Total	30	100.0	30	100.0

Gráfica No.4

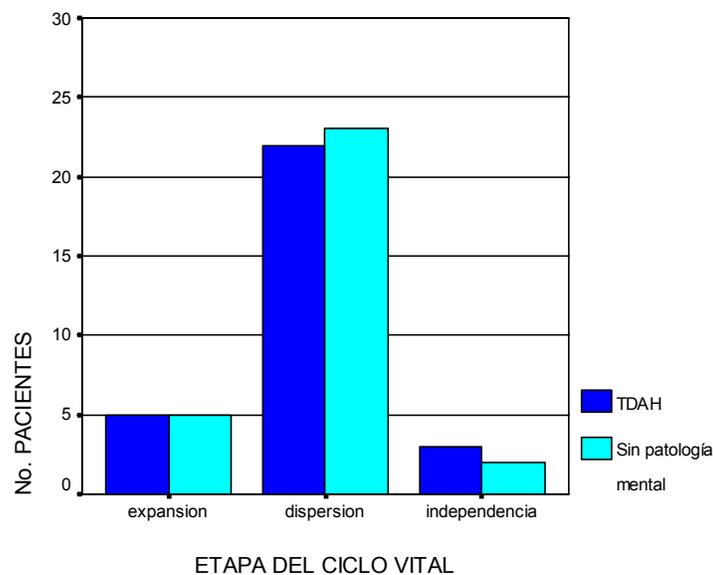


En el cuadro 5 y Gráfica 5 con respecto a la etapa del ciclo vital de la familia el mayor porcentaje corresponde a la etapa de dispersión en ambos grupos (73% familias con un hijo con TDAH y 76.7% familias con hijos sin patología mental), seguida por familias en etapa de expansión 16.7% en ambos grupos) y por último en etapa de independiente el 10% de familias con un hijo con TDAH y 6.7% familias con hijos sin patología mental.

Cuadro No 5

Etapa del ciclo vital	Niños con TDAH		Niños sin patología mental	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Expansion	5	16.7	5	16.7
Dispersion	22	73.3	23	76.7
Independencia	3	10.0	2	6.7
Total	30	100.0	30	100.0

Gráfica No 5



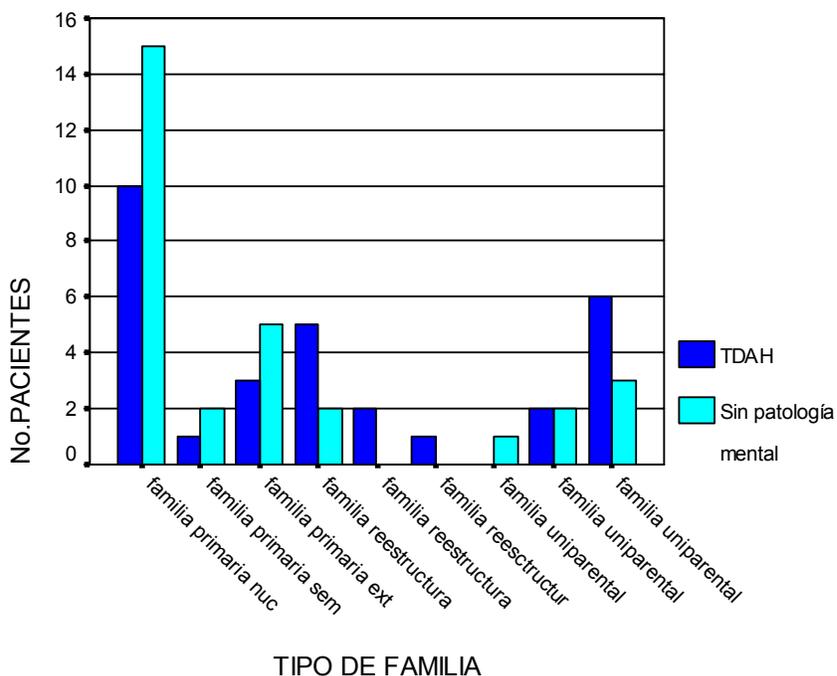
En el cuadro 6 y Gráfica 6 se observa que en las familias con un hijo con TDAH el mayor porcentaje corresponde a familias primaria nuclear 33.3%, en segundo termino familia uniparental extensa 20%, seguidas por familias reestructurada familiar en 16.7%, familia primaria extensa 10%, familia reestructurada semiextensa 6.7%, familia uniparental semiextensa 6.7% y por ultimo familias primaria semiextensa y familia reestructurada extensa con un 3.3% ambas. Mientras que en las familias con niños sin patología mental el 50% corresponden a familias primarias nucleares y en segundo término familias primarias extensas en un 16.7%.

Se puede observar en términos generales que en familias con un hijo con TDAH hay mayor porcentaje de familias reestructuradas 26.7% en comparación con familias con hijos sin patología mental 6.7%. Al igual un mayor porcentaje de familias uniparentales 26.7% en comparación con el 20% respectivamente.

Cuadro No 6

Tipo de familia	Niños con TDAH		Niños sin patología mental	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Familia primaria nuclear	10	33.3	15	50.0
Familia primaria semiextensa	1	3.3	2	6.7
Familia primaria extensa	3	10.0	5	16.7
Familia reestructurada familiar	5	16.7	2	6.7
Familia reestructurada semiextensa	2	6.7	0	0
Familia reestructurada extensa	1	3.3	0	0
Familia uniparental Nuclear	0	0	1	3.3
Familia uniparental semiextensa	2	6.7	2	6.7
Familia uniparental extensa	6	20.0	3	10
Total	30	100.0	30	100

Gráfica No 6



En el cuadro 7 con respecto a la correlación de tipo de familia y funcionamiento familiar se observa que las familias disfuncionales en su mayor porcentaje un 11.6% corresponden a una familia uniparental extensa, seguida de familias primaria nuclear en un 10% y un 8.3% familias reestructurada familiar. Mientras que en las familias funcionales el 31.6% corresponden a familia primaria nuclear, el 6.6% familia primaria extensa y 5% familia primaria semiextensa.

Cuadro No 7

Tipo de familia	Puntaje Global				Total
	Disfuncional		Funcional		
	f	%	F	%	
Familia primaria nuclear	6	10	19	31.66	25
Familia primaria semiextensa	0	0	3	5	3
Familia primaria extensa	4	6.66	4	6.66	8
Familia reestructurada familiar	5	8.33	2	3.33	7
Familia reestructurada semiextensa	2	3.33	0	0	2
Familia reestructurada extensa	1	1.66	0	0	1
Familia uniparental nuclear	0	0	1	1.66	1
Familia uniparental semiextensa	2	3.33	2	3.33	4
Familia uniparental extensa	7	11.66	2	3.33	9
Total	27		33		60

En el Cuadro 8 respecto al perfil de funcionalidad familiar en niños con TDAH por área se tiene que tienen disfunción familiar en mayor porcentaje en las áreas de comunicación 93%, conducta disruptiva 93%, seguida por control 86.76%, afecto

negativo 83.3%, afecto 80%, recursos 80%, autoridad 70%; mientras que el en el área de supervisión 70% y apoyo 56.7% son funcionales en mayor porcentaje. Teniendo un porcentaje global de 83.3% de familias de niños con TDAH disfuncionales y solamente un 16.7% funcionales.

Cuadro No. 8

Factor	PERFIL DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR NIÑOS CON TDAH			
	Disfuncional		Funcional	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Autoridad	21	70.0	9	30.0
Control	26	86.7	4	13.3
Supervisión	9	30.0	21	70.0
Afecto	24	80.0	6	20.0
Apoyo	13	43.3	17	56.7
Conducta Disruptiva	28	93.3	2	6.7
Comunicación	28	93.3	2	6.7
Afecto negativo	25	83.3	5	16.7
Recursos	24	80.0	6	20.0
Puntaje Global	25	83.3	5	16.7

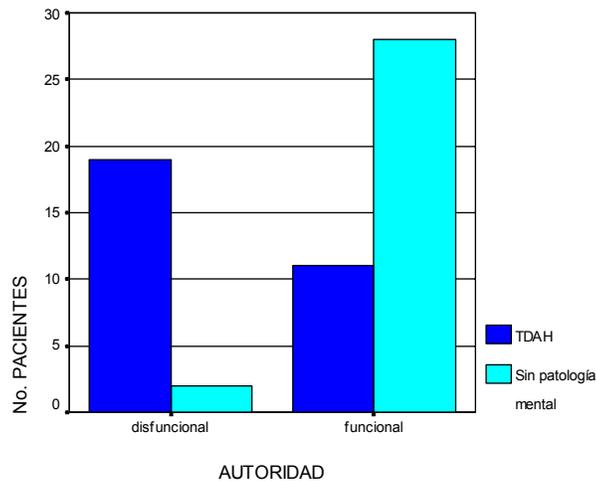
En el Cuadro 9 respecto al perfil de funcionalidad familiar en niños sin patología mental se tiene en las áreas donde se tuvo un mayor porcentaje de familias funcionales fueron en apoyo 100%, supervisión 96.7%, control 90%, autoridad 86.7%, recursos 83.3%, comunicación 80%, teniendo un menor porcentaje de familias funcionales en el área de afecto 73.3%, afecto negativo 63.3%, y conducta disruptiva 66.7%. Obteniéndose un global de 93.3% de familias funcionales en su mayoría y un 16.7% de familias disfuncionales.

Cuadro 9

Factor	PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN NIÑOS SIN PATOLOGIA MENTAL			
	Disfuncional		Funcional	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Autoridad	4	13.3	26	86.7
Control	3	10.0	27	90.0
Supervisión	1	3.3	29	96.7
Afecto	8	26.7	22	73.3
Apoyo	0	0	30	100
Conducta disruptiva	10	33.3	20	66.7
Comunicación	6	20.0	24	80.0
Afecto negativo	11	36.7	19	63.3
Recursos	5	16.7	25	83.3
Puntaje Global	2	6.7	28	93.3

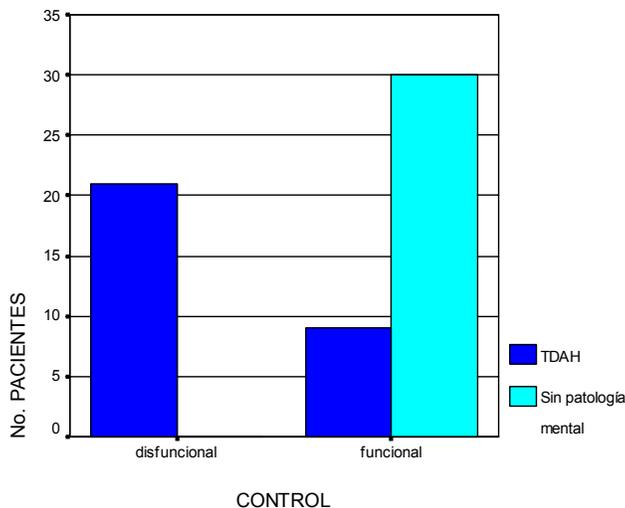
En la gráfica 7 se observa como las familias con un hijo con TDAH presentan mayor frecuencia de disfunción familiar en comparación con las familias con hijos sin patología mental en lo que respecta al área de autoridad.

Gráfica No. 7



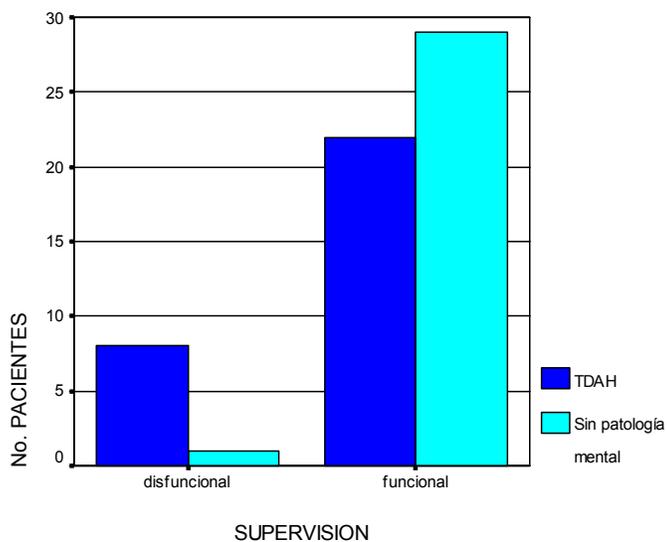
En la gráfica 8 correspondiente a la evaluación de funcionalidad familiar en el área de control se tiene que la mayor frecuencia de disfunción corresponde a las familias con un hijo con TDAH, mientras que las familias con hijo sin patología mental son en su totalidad familias funcionales.

Gráfica No 8



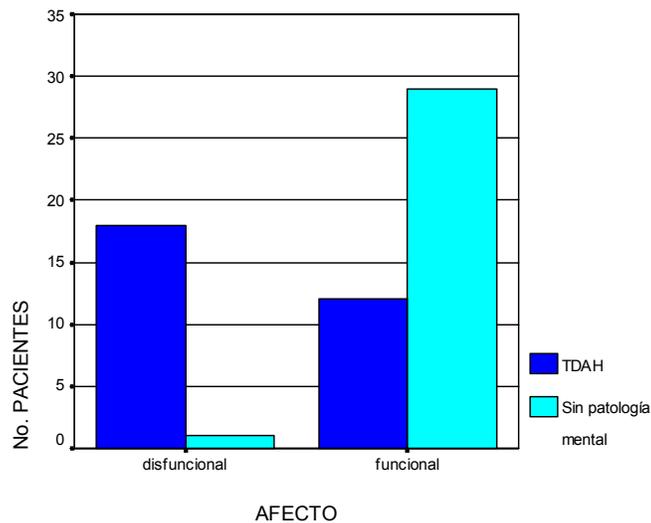
En la gráfica 9 se observa que con respecto al área de supervisión tanto las familias con niños con TDAH y las familias con niños sin patología mental son en su mayoría familias funcionales.

Gráfica 9



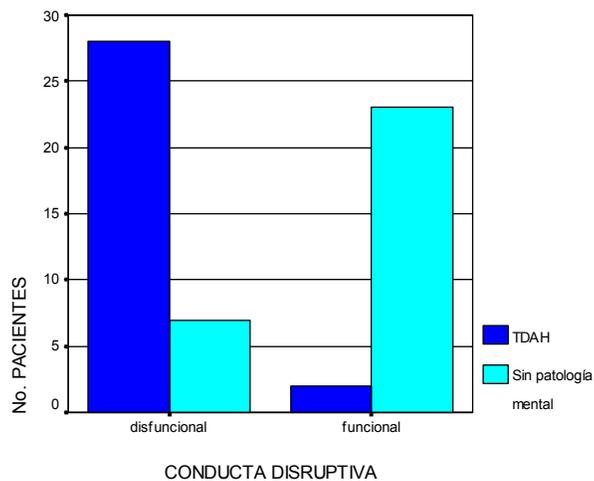
En la Gráfica 10 la cual valora el área de afecto se observa que las familias con un hijo con TDHA son en su mayoría familias disfuncionales, en comparación con las familias con hijos sanos.

Gráfica 10



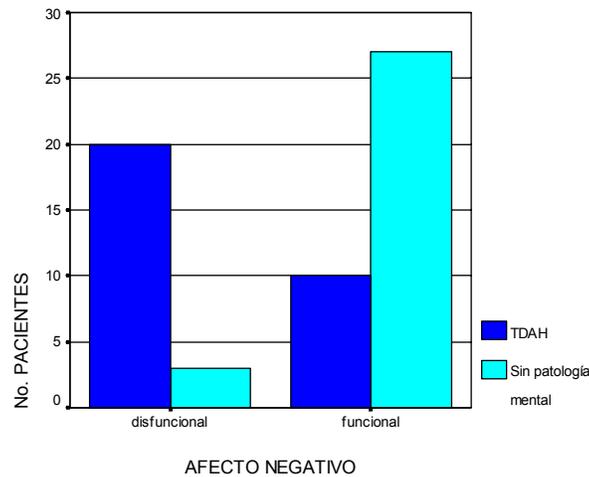
En la Gráfica 11 la cual valora el área de conducta disruptiva se observa como las familias con un hijo con TDAH son en su mayoría disfuncionales, casi en su totalidad, mientras que las familias con niños sin patología mental son funcionales en ésta área en mayor frecuencia.

Gráfica 11



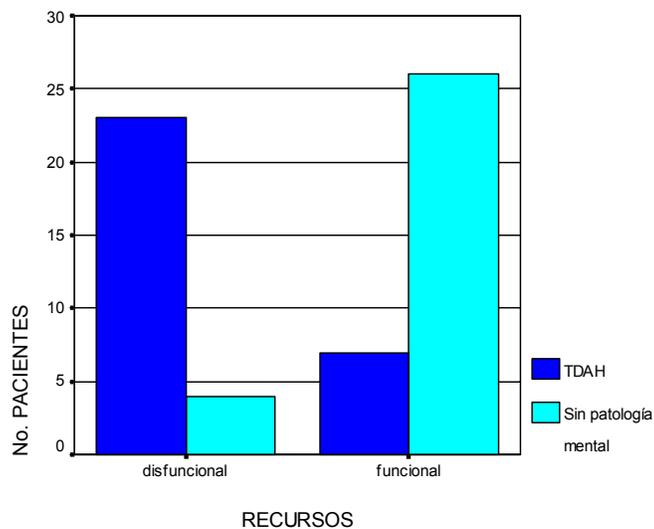
En la Gráfica 12 se valora el área de afecto negativo observándose una mayor frecuencia de familias con TDAH disfuncionales en ésta área en comparación con las familias con niños sin patología mental.

Gráfica No 12



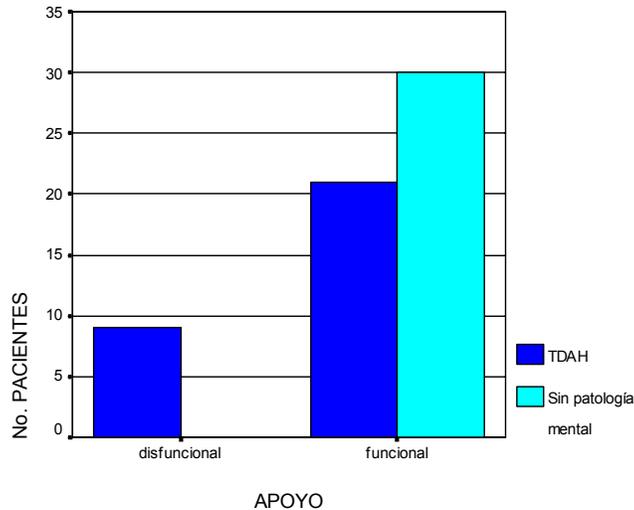
En la Gráfica 13 la cual valora el área de recursos se tiene que las familias con hijos con TDAH son en su mayoría disfuncionales mientras que las familiar con hijos sin patología mental son familias funcionales con mayor frecuencia.

Gráfica No 13



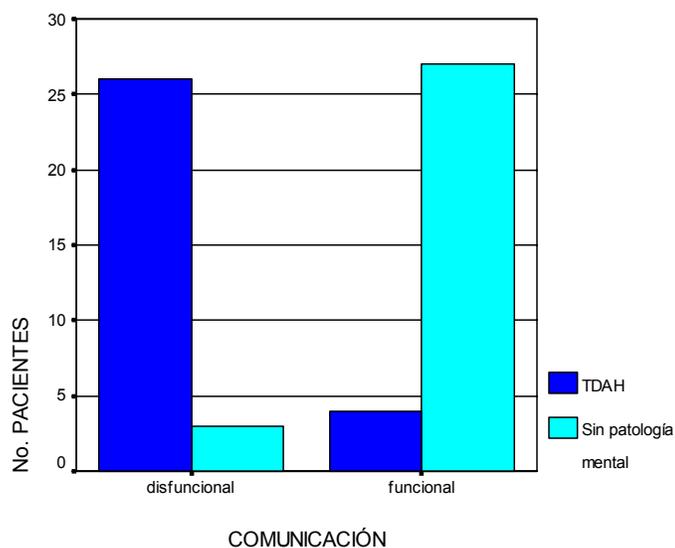
En la Gráfica 14 se observa que en el área de apoyo se tiene una mayor frecuencia de familias funcionales en ambos grupos de estudio.

Gráfica No 14

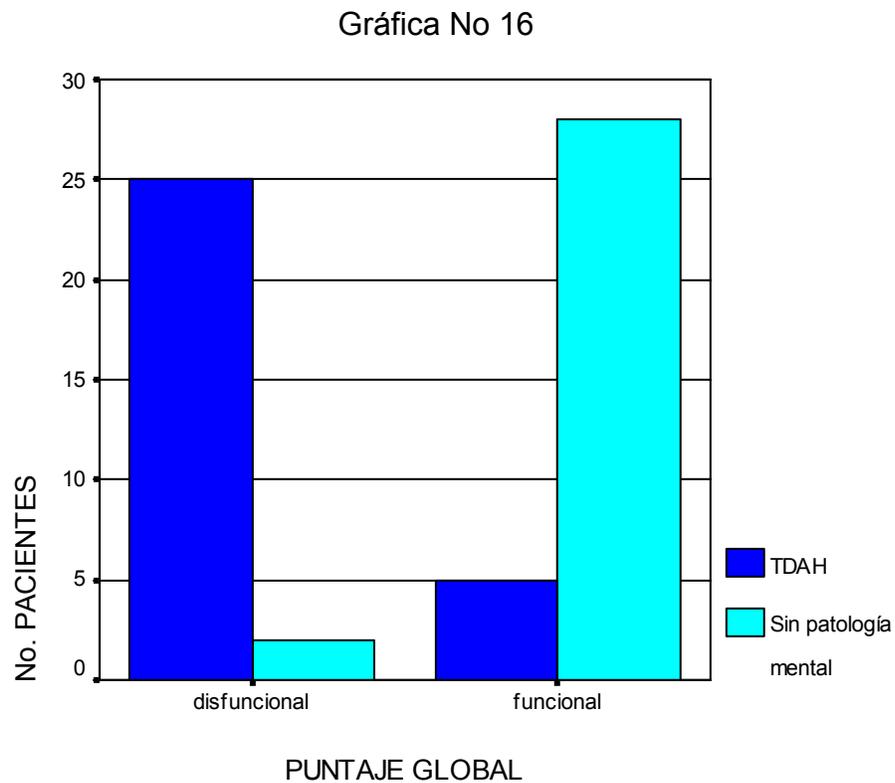


Gráfica 15 En la Gráfica 15 la cual valor el área de comunicación se obtuvo que las familias con un hijo con TDAH son en su mayoría familias disfuncionales, mientras que las familias con hijos sin patología mental son en su mayoría familias funcionales con una diferencia en su frecuencia muy significativa.

Gráfica No. 15



En la Gráfica 16 la cual corresponde al puntaje global de ambos grupos en estudio se observa que efectivamente las familias con TDAH son en su mayoría disfuncionales en comparación con las familias con niños sin patología mental las cuales son en mayor frecuencia familias funcionales.



## DISCUSIÓN

Con los datos descriptivos ya comentados a continuación se hace el análisis de los datos obtenidos por medio de la Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel).

Con respecto a la edad se observa que la población de niños con diagnóstico de TDAH se encuentra dentro de la edad escolar al igual que la población de niños sin patología mental, para que no hubiera sesgo se trato que ambos grupos estuvieran dentro de la misma edad. Coincidiendo con las diversas publicaciones que al considerar el deterioro psicosocial no encuentran un inicio del padecimiento sino hasta después de los siete años. (21)

Con respecto a la escolaridad se observa que la los niños con diagnóstico de TDAH se encuentran en escolaridad primaria lo cual se corrobora con la literatura ya que el diagnóstico se realiza con mayor frecuencia en la etapa escolar. En la literatura se estima que la prevalencia se estima en torno al 3-5% de los niños en edad escolar. (10) Y en esta etapa empiezan a manifestar dificultades en concentrarse en muchas actividades que requieren cierto grado de atención.

El mayor porcentaje de pacientes estudiados con TDAH fue del sexo masculino lo cual confirma lo manejado por la literatura, donde se refiere que es más frecuente en varones, aunque las niñas sufren menor desempeño académico con menor nivel de hiperactividad e impulsividad (10) lo cual podría explicar el porque no se hace el diagnóstico con tanta frecuencia como en los niños.

En lo referente a la etapa del ciclo vital se observa que las familias con un hijo con TDAH se encuentran en mayor porcentaje en etapa de dispersión la cual corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos de acuerdo a Geyman. (14) El impacto de la enfermedad será diferente en cada momento de la vida de una familia y del miembro al que le ocurra. No es lo mismo que aparezca la enfermedad en una familia que no ha enfrentado crisis familiares y que no a puesto a prueba su capacidad para resolver conflictos, a que ocurra en una muy “golpeada” por éstas. (8)

El perfil sociodemográfico de acuerdo a la clasificación del estrado socioeconómico de las familias (Método de Graffar) ubica a las familias dentro del estrado medio bajo y obrero en ambos grupos, sin embargo predomina en las familias con un hijo con TDAH, mientras que en la familias con hijos sin patología mental se encuentran en estrado medio alto y alto, sin embargo en las familias con hijos sin patología mental se encuentra que hay familias marginales, mientras que en las familias con un hijo con TDAH no, por lo tanto los valores no son significativos como para poder concluir que el factor socioeconómico es un factor que influye en el funcionamiento familiar de las familiar con hijos con TDAH.

En los datos obtenidos en relación con la tipología familias evidencian que las familias con TDAH son principalmente familias reestructuradas, familias formadas por una pareja donde uno o ambos cónyuges han tenido una unión previa; así como uniparentales, familias integrada por padre o madre con uno o más hijos; mientras que las familias con hijos sin patología mental en su mayoría son familias primarias nucleares, familias formadas por padre, madre e hijos de ambos.

La familia interrumpida (uniparental) es la que se ha desintegrado por la separación o divorcio de los padres. Los problemas surgen cuando los integrantes de la pareja resisten mucho la separación, cuando los sentimientos negativos relacionados con ésta no se han resuelto del todo o cuando los divorciados no consiguen ponerse de acuerdo sobre la custodia de los hijos, en monto de la pensión, las visitas del padre ausente. La unión de los integrantes de dos familias diferentes da lugar a la familia reconstruida. Entonces se requiere establecer una nueva estructura entre los esposos, entre estos y los niños y entre los hijos que provienen de diferentes padres. (22) Ya que tanto las familias reestructuradas y uniparentales ante al acontecimiento vital estresante entra en crisis, por lo que se ve afectado su funcionamiento, alterando sus roles, lo que impide resolver los problemas.

Con respecto al perfil de funcionalidad familiar obtenida por la Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel). Se analizan cada una de las áreas de ambos grupos. Se tiene que tomar en cuenta que la mayoría de las entrevistas se realizó a las madres de los niños, fueron pocas las entrevistas en las que fue posible realizar entrevistas a las familias completas.

Las áreas donde se observa mayor frecuencia de familias disfuncionales en el grupo de familias con un hijo con TDAH son en comunicación 93.3%, conducta disruptiva 93.3%, control 86.7%, afecto negativo 83.3%, recursos 80% y autoridad 70%.

En lo que se refiere a comunicación en las familias con un hijo con TDAH la mayoría de las esposas consideraban que su pareja era muy callada y que rara vez expresaba sus sentimientos lo que puede explicarse por la cultura de nuestra sociedad, observándose que hay más comunicación entre hijos y madre excluyéndose al padre y que los hijos en su mayoría son los que expresan libremente sus opiniones. Para la solución de conflictos se necesita que los integrantes de la familia tengan la habilidad para comunicarse, negociar las diferencias y adaptarse al estrés, lo cual no logran las familias que tienen un hijo con TDAH. Mientras las familias con hijos sin patología mental logran una comunicación clara, directa y congruente utilizada para la búsqueda de soluciones de los problemas comunes. (22).

En el área de autoridad en las familias con un hijo con TDAH se tiene que la autoridad se ejerce solo por uno de los cónyuges de manera rígida, principalmente el padre, o bien por otro familiar o los abuelos. Mientras que en las familias con niños sin patología mental se observo que ambos participan en la toma de decisiones y de forma compartida en las obligaciones de la crianza y cuidado de los hijos.

Haley y Minuchin postulan una de las causas del surgimiento de síntomas psicopatológicos es el desarreglo de los niveles de autoridad dentro de la familia. Esto ocurre, por ejemplo, cuando los progenitores no ejercen sus funciones de autoridad frente a un hijo que asume un poder excesivo porque lo tratan con demasiada indulgencia, sin corregirlo o hacerlo. Otro caso donde se violan los niveles jerárquicos es el de los abuelos que ejercen mucha influencia sobre uno de

los progenitores, quien a su vez siente que debe mayor lealtad a su familia de origen que a su familia de procreación. (22) Tenemos que ambos casos se observan en las familias con un hijo con TDAH con mucha frecuencia.

Con respecto al área de control, la cual se refiere a cómo se establecen los límites y reglas de conducta, en las familias con un hijo con TDAH se observa que existen entre los padres conflictos al querer imponer límites y castigos, o bien por la intervención de los abuelos u otro familiar para descalificar, siendo los límites difusos con cercanía excesiva, cesión de autonomía y dependencia exagerada o muy rígidos lo cual dificulta la comunicación, incluso la afectiva; mientras que en las familias de niños sanos están muy bien establecidos los límites los cuales son firmes y claros permitiendo la autonomía relativa y a su vez el acercamiento y expresiones de afecto.

El afecto se refiere a las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o malestar, en las familias con TDAH a menudo quien expresa libremente sus opiniones son los hijos, teniendo mejor disposición para escuchar solo un miembro de la familia ya la mamá, uno de los hijos u otro familiar (abuelos o tós), con incapacidad para expresar sus afectos por parte del subsistema parental principalmente. Mientras que las familias con hijos sin patología mental tienen la capacidad de manifestar sus afectos entre cada uno de sus miembros.

Las conductas disruptivas implican el manejo de conductas no aceptadas socialmente tales como adicciones, problemas con la autoridad y de personalidad, encontrándose que en las familias con hijos con TDAH hay antecedentes de padres con alcoholismo, o bien depresión así como problemas con jefes de trabajo

o compañeros, mientras que los hijos con TDAH tienen el antecedente de problemas de comportamiento en la escuela.

Sauceda (22) refiere que de una u otra forma, desde el nacimiento, el bebé suele desarrollarse un triángulo característico entre este, la madre y el padre que va a influir profundamente en el dinámica de la familia a lo largo de la vida. En la mayoría de los casos, el hijo tiende a penetrar e interferir con la relación marital de sus padres, al aliarse y estar protegido por uno de ellos contra los ataques y el enojo de otro. La madre tiende a ser protectora o sobreprotectora, defiende al hijo de su padre o de los demás hijos, estableciéndose una relación de suma dependencia y amalgamada. Las madres con hijos con TDAH no solo sobreprotegen al hijo, sino que justifican y solapan sus actos impulsivos, agresivos o destructivos, sus conductas hiperactivas o delictivas tales como mentiras, robos, problemas escolares, pleitos, violaciones de normas y leyes, etc. La triangulación puede repercutir en una escalada de conductas agresivas, destructivas y disfuncionales en un hijo, no solamente presentes en el hogar, sino también siendo solapadas por la madre, ya no solo frente al padre, sino también ante las personas afectadas por ellas o las mismas autoridades sociales (maestros, policías, abogados, jueces, etc).

El afecto negativo de las familias con un hijo con TDAH se caracteriza por la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia.

Ya que la relación que se forma entre madre e hijo también se torna cada vez más demandante y desgastante debido a la hiperactividad, impulsividad, labilidad emocional, agresividad, y en ocasiones destructividad del niño con TDHA. Así se

van desarrollando tanto en la madre como en el padre sentimientos intensos y contradictorios hacia el niño tales como enojo, frustración, tensión, desilusión, confusión, preocupación, impotencia, tristeza y culpa, especialmente cuando las medidas disciplinarias no funcionan y los padres se sienten inadecuados y fracasados, reprochándose y acusándose mutuamente de tal fracaso.

En el área de recursos se refiere a las capacidades afectivas e instrumentales así como a las habilidades de su manejo y desarrollo. En las familias con un hijo con TDAH se da una sobrecarga a la madre o bien a otro familiar en las tareas del hogar y cuidado. Mientras que en las familias con un hijo sin patología mental se organizan con el fin de cumplir con el cuidado y atención a todos los miembros de la familia.

En el área de apoyo y supervisión se tiene una menor frecuencia de disfunción familiar en las familias con hijos con TDAH en comparación con las otras áreas. En lo que se refiere al apoyo ambas familias cuentan con soportes dentro y fuera de la familia. A pesar de que en las familias con hijos con TDAH es muy frecuente que los encargados de la supervisión sean los abuelos o bien sólo un miembro del subsistema padres se logran cumplir las funciones de cuidado.

En el puntaje global se observa que en las familias con hijos con TDAH tienen mayor porcentaje de disfunción familiar en comparación con las familias con hijos sin patología mental las cuales son en su mayoría funcionales. Rosello (20) destaca que las características del niño y la familia actúan como un tandém y que la disfunción familiar, las incoherentes prácticas educativas, así como la ineficacia en el uso de prácticas disciplinarias, puede contribuir como un factor de riesgo que

interactúan con una predisposición del niño para exacerbar la presentación y la continuidad del TDAH.

Al tratarse de un estudio comparativo se realizó la comprobación de Hipótesis por medio de Chi cuadrada obteniéndose el valor de  $\chi^2 = 35.6$  ( $P = 0.00026$ )

Con un nivel de confianza 0.05 se encuentra un valor crítico de 3.84 dicho valor es excedido por el valor calculado para Chi cuadrada y por ello se concluye que con un riesgo de error de 5% puede afirmarse que existe asociación entre las dos variables ya que el valor calculado para Chi cuadrada excede el valor crítico del nivel de confianza y al ser el valor de  $P < 0.05$  se encuentra que si hay diferencia estadísticamente significativa por lo tanto se rechaza la  $H_0$ . Lo cual se aplica a la población estudiada perteneciente a la UMF No. 22.

## CONCLUSIONES

El objetivo del presente estudio fue el de evaluar las características estructurales y funcionales de las familias de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad para demostrar la asociación entre disfunción familiar y el hecho de tener un hijo con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la población perteneciente a la UMF No. 22 del IMSS utilizando la Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel).

En base de los resultados obtenidos en el presente estudio se llegó a la conclusión de que efectivamente el hecho de tener un hijo con TDAH se asocia a disfunción familiar, ya que de acuerdo a los resultados de la prueba estadística Chi cuadrada la hipótesis nula fue rechazada.

Sin embargo se tiene considerar la disfunción familiar no como la causa original de TDAH sino como un factor de riesgo que interactúa con la predisposición del niño, y exacerba la presentación de los síntomas y su continuidad.

Las áreas donde se observa mayor disfunción en el grupo de familias con un hijo con TDAH fueron en lo que corresponde a las áreas de comunicación, conducta disruptiva, control, afecto negativo, recursos y autoridad. Debido a que estas familias utilizan patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos por lo que la familia se ve imposibilitada para realizar de modo adecuado las funciones familiares afectándose las áreas antes mencionadas.

Además las características de estos niños los convierten en objetos de desahogo de la tensión y agresión familiares al darles el papel de chivos expiatorios, lo que determina las características en la estructura familiar.

Asimismo se encontró con respecto a la tipología familiar un mayor índice de disfunción familiar en las familias reestructuradas y uniparentales, las cuales fueron características de las familias con un hijo con TDAH.

La importancia del presente estudio radica en que el conocimiento de una disfunción familiar obliga al médico de familia a poner en marcha medidas de intervención, que pueden ir desde la simple reactivación de los recursos familiares al asesoramiento, sin olvidar algunas formas de terapia familiar.

Los resultados de este estudio deben considerarse válidos solo para la muestra estudiada debido a que el estudio está limitado a la población perteneciente a la UMF No 22.

Cabe mencionar que durante la realización del estudio se tuvieron limitaciones en cuanto al tiempo, ya que la entrevista es extensa y para su adecuada realización era necesaria una adecuada relación médico paciente; así como en cuanto a la cooperación, ya que las familias de niños sanos principalmente no aceptaban la realización de la entrevista o bien las preguntas no eran contestadas de forma coherente motivo por el cual tuvieron que excluirse algunas entrevistas realizadas.

La presente investigación queda abierta para la realización de estudios posteriores con respecto a cuál sería el abordaje psicoterapéutico que debería darse a estas familias con el conocimiento previo de que están asociadas a disfunción familiar y con esto mejorar el pronóstico de éstos niños así como de la familia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Almeda ML. Alteraciones Anatómico-Funcionales en el Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad. *Salud Mental* 2003; 28 (3):1-12.
2. Campbell AO. Trastorno del Déficit de la Atención-Hiperactividad (TDAH) Tópicos de controversia en su diagnóstico y tratamiento. *Arch Neurocién* 2002; 7(4):197-212.
3. Charlotte J., Mash JE. Families of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and Recommendations for Future Research. *Clinical Child and Family Psychologu Review* 2004; 4(3):183-207.
4. De la Revilla L. La disfunción familiar. *Atención Primaria* 1992; 19:133-137.
5. De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. España. DOYMA. 1994.
6. Espejel E. Manual para la escala de funcionamiento familiar. Public. Del Dpto. de Educación Especializada, Coordinación de Investig. y Posgrado. Universidad Autónoma de Tlaxcala, Méx. 1ª Ed. 1997.

7. Espejel E. La escala de funcionamiento familiar. Una aproximación a la investigación cuanti y cualitativa. Asociación Mexicana de Terapia Familiar. Instituto de la Familia A.C. y Universidad Autónoma de Tlaxcala.
8. Fernández OM. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med UNAM 2004; 47 (6): 251-254.
9. Garduño F. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Rev Mex Ped 2003;70:87-90
10. Guillén P, et al. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH): puesta al día. Sumario 2002; 536
11. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce- Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionabilidad familiar. Arch Med Fam 1999: 1 (2): 45-57.
12. Herreros O, Sánchez F, Ajoy M, et al. Evaluación de Niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad/Trastornos hipercinéticos (TDAH). Rev Psiquiatría Infanto-Juv 2002; 19:199-214.
13. Huerta MN. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la Ciudad de México. Arch Med Fam 2001; 3(4):95-98.

14. Irigoyen CA. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 2ª edición. México, 2004.
15. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Kaplan and Sadock's Sinopsis de Psiquiatría. Waverly Hispanica S.A. 7ª edición. 1994.
16. Martínez N. Psicología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. International Journal of clinical and Health Psychology 2006;6:379-399.
17. Presentación HM, García R, Miranda A, Siegenthaler R, Jara P. Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. Rev Neurol 2006; 42(3): 137-143.
18. Ramos J, Hernández M, Vázquez J, Aparicio M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: puesta al día. Rev Ped Aten Prim 1999; 1: 591-605.
19. 1ª. Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. Elementos Esenciales de la Medicina Familiar Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias Código de Bioética en Medicina Familiar 2005.

20. Roselló B, et al. El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev Neurol 2003;36:79-84.

21. Ruiz GM, et al. Conclusiones del consenso de expertos sobre el tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de la atención con o sin hiperactividad. Bol Med Infant Mex 2003; 60: 349-355.

22. Saucedo GJ, Maldonado DJ. La familia: su dinámica y tratamiento. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2003.

23. Ulloa RE, et al. Algoritmo del tratamiento para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes. Salud Mental 2005; 28(5):1-10.

24. Velazco OR, Chávez AV. La disfunción familiar, un reto diagnóstico terapéutico. Rev Med IMSS 1994; 32: 271-275

## **ANEXO 1**

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En el presente estudio se pretende valorar la estructura y funcionalidad familiar del niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad para lo cual se le realizará una entrevista lo cual nos permitirá plantear una alternativa en la atención médica.

Los principales beneficios que se obtendrán será conocer su estado de funcionalidad familiar, una orientación de acuerdo a los resultados de la escala de funcionamiento familiar con el fin de mejorar el pronóstico de los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad al proporcionarles una atención integral y multidisciplinaria con énfasis en la familia.

Su participación deberá ser voluntaria, teniendo la posibilidad de retirarse cuando lo desee y tomando en cuenta que toda la información proporcionada será de manera confidencial

Si desea participar favor de firmar de aceptado.

Gracias.

---

Nombre y firma de enterado

## ANEXO 2

**Tabla I. Criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno de déficit de atención/hiperactividad**

**A. 1 o 2**

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

**Desatención**

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
  - b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
  - c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
  - d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
  - e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
  - f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental prolongado (como tareas escolares o domésticas).
  - g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
  - h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
  - i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.
2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad /impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

**Hiperactividad**

- a) A menudo mueve en exceso las manos o los pies, o se remueve en su asiento.
- b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) A menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) A menudo habla en exceso. Impulsividad.
- g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- i) A menudo interrumpe o se entromete en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).

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

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

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

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

.../...

---

**Tabla I.** *Criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno de déficit de atención/hiperactividad*

---

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado: si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención: si se satisface el criterio A1; pero no el criterio A2 durante los últimos 6 meses.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: si se satisface el criterio A2 pero no el criterio A1 durante los últimos 6 meses.

*Tomado de American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.a ed.) (DSM-IV), Washington DC American Psychiatric Press, 1994.*

---

### ANEXO 3

## ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Espejel E., Cortés J, Ruiz Velasco V.

Copyright 1995

FAMILIA \_\_\_\_\_

TIEMPO DE UNION \_\_\_\_\_ EDAD DEL PRIMER HIJO (A) \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

INGRESO FAMILIAR \_\_\_\_\_

INGRESO PER CAPITA \_\_\_\_\_

RELIGION \_\_\_\_\_

POSICION	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	APORTACION ECONÓMICA A LA FAMILIA

DESCRIPCION DE LA VIVIENDA

OBSERVACIONES

SE INDICA LA EDAD DEL HIJO MAYOR QUE VIVA EN LA FAMILIA

MATERIAL DE INVESTIGACION

PROHIBIDA SU REPRODUCCION SIN PERMISO EXPRESO DE LOS AUTORES

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: Marque con una cruz el o los cuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiera la respuesta expresada por los entrevistados.

1.-¿Hay algún o algunos de los miembros de su familia considerados como los más trabajadores?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

2.- ¿Quién organiza la alimentación en la familia? (Ir al mercado, escoger los menús, etc)

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

3.- En su familia, ¿Hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas o tomadas en cuenta ?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

4.-Si se reúne la familia para ver televisión, ¿Quién decide el programa?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

5.- ¿Quién o quiénes de la familia tiene más obligaciones?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

6.- ¿Quién o quiénes de la familia interviene cuando los padres discuten o pelean entre sí?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

7.- En los problemas de los hijos ¿Quién o quienes intervienen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

8.- ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen una falta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

9.- Si en casa existen horarios para comer o llegar, ¿quiénes respetan los horarios de llegada?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

10.- Si uno de los padres castiga a los hijos, ¿quién interviene?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

**Instrucciones para el examinador:** A partir de esta pregunta explore todos los indicadores  
 Cuando la respuesta involucra a toda la familia, marque las celdas necesarias.

11.- Cuando hay invitados en la casa, ¿a quién se le avisa?

¿Quién invita?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No se avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

12.- ¿Quiénes participan y quiénes no participan en la economía familiar?

Estatus	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar
Trabaja y participa						
Trabaja y no participa						
No trabaja y participa						
No trabaja						

Funcionalidad

13.- Si cada quién tiene obligaciones definidas en esta familia, ¿quién sustituye a quién para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?

Responsable	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie sustituye
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

No existen obligaciones definidas

Funcionalidad

14.- En las decisiones familiares importantes, ¿quiénes participan?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

15.- Para ausentarse de la casa, ¿quién le avisa o pide permiso a quién?

**PIDE PERMISO**

	¿	A	Q	U	I	E	N	?
	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie sustituye	
Padre								
Madre								
Hijos								
Hijas								
Otro familiar								
Otro no familiar								

Nadie pide permiso

Funcionalidad

16.- Cuando alguien comete una falta, ¿quién y como castiga?

¿Quién castiga?

	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

No se castiga

Funcionalidad

17.- Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos, ¿quiénes las cumplen siempre?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

18.- Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿a quién pide ayuda?

**PIDE AYUDA**

	¿	A	Q	U	I	E	N	?
	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie	
Padre								
Madre								
Hijos								
Hijas								
Otro familiar								
Otro no familiar								

Nadie ayuda a nadie

Funcionalidad

19.- ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie acostumbra salir

Funcionalidad

20.- En esta familia. ¿quién protege a quién?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie protege a nadie

Funcionalidad

21.- Si conversan ustedes unos con otros, ¿quién con quién lo hace?

¿Quién conversa?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie conversa en la familia

Funcionalidad

22.- Si consideran que expresan libremente sus opiniones, ¿quiénes son los que lo hacen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

23.- ¿ Quiénes tienen mejor disposición para escuchar ?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad  Funcionalidad

24.- Cuando ustedes toman alguna decisión o se llega a algún acuerdo, ¿a quiénes se les hace saber con claridad?

¿Quiénes acuerdan?

	Subsistema parental	Subsistema hijos	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Subsistema parental					
Subsistema hijos					
Otro familiar					
Otro no familiar					

No hay acuerdos en la familia  Funcionalidad

25.- ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

26.- ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

27.- Para transmitir los valores más importantes en esta familia, ¿quién se ha responsabilizado de la transmisión y vigencia ?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

28.- Cuándo algo se descompone, ¿quién organiza su reparación?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

29.- ¿Quién o quiénes participan en la solución de un problema grave?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

30.- ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

31.- En esta familia ¿Quiénes son los más alegres o los que se divierten más?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

32.- ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

33.- ¿Quiénes en esta familia se abrazan espontáneamente?  
 ¿ Quién se abraza ?

	C O N Q U I E N						
	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie se abraza en la familia

Funcionalidad

34.- Cuando se enojan en esta familia, ¿quiénes son los que lo hacen y con quiénes?  
 ¿ Quién se enoja ?

	C O N Q U I E N O Q U I E N E S						
	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie se enoja en la familia

Funcionalidad

35.- Ha habido peleas con golpes en la familia, ¿quién con quién o quiénes?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie se ha golpeado en la familia

Funcionalidad

**Instrucciones para el examinador:** A partir de esta pregunta explorar la frecuencia con la que se presentan los eventos cuestionados

Frecuencia			
Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca

36.-¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulantes?

	Frecuencia			
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

37.- ¿Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?

	Frecuencia			
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

38.- Si en esta familia han tenido problemas con la autoridad (policia, jefes, maestros,etcét)  
¿Quién los ha tenido?

		Frecuencia			
		Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre					
Madre					
Hijos					
Hijas					
Otro familiar					
Otro no familiar					

Funcionalidad

39.- ¿ Quién ha presentado algún problema emocional ?

		Frecuencia			
		Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre					
Madre					
Hijos					
Hijas					
Otro familiar					
Otro no familiar					

Funcionalidad

40.- ¿Quién de la familia se aísla?

		Frecuencia			
		Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre					
Madre					
Hijos					
Hijas					
Otro familiar					
Otro no familiar					

Funcionalidad

### Fomato de calificación

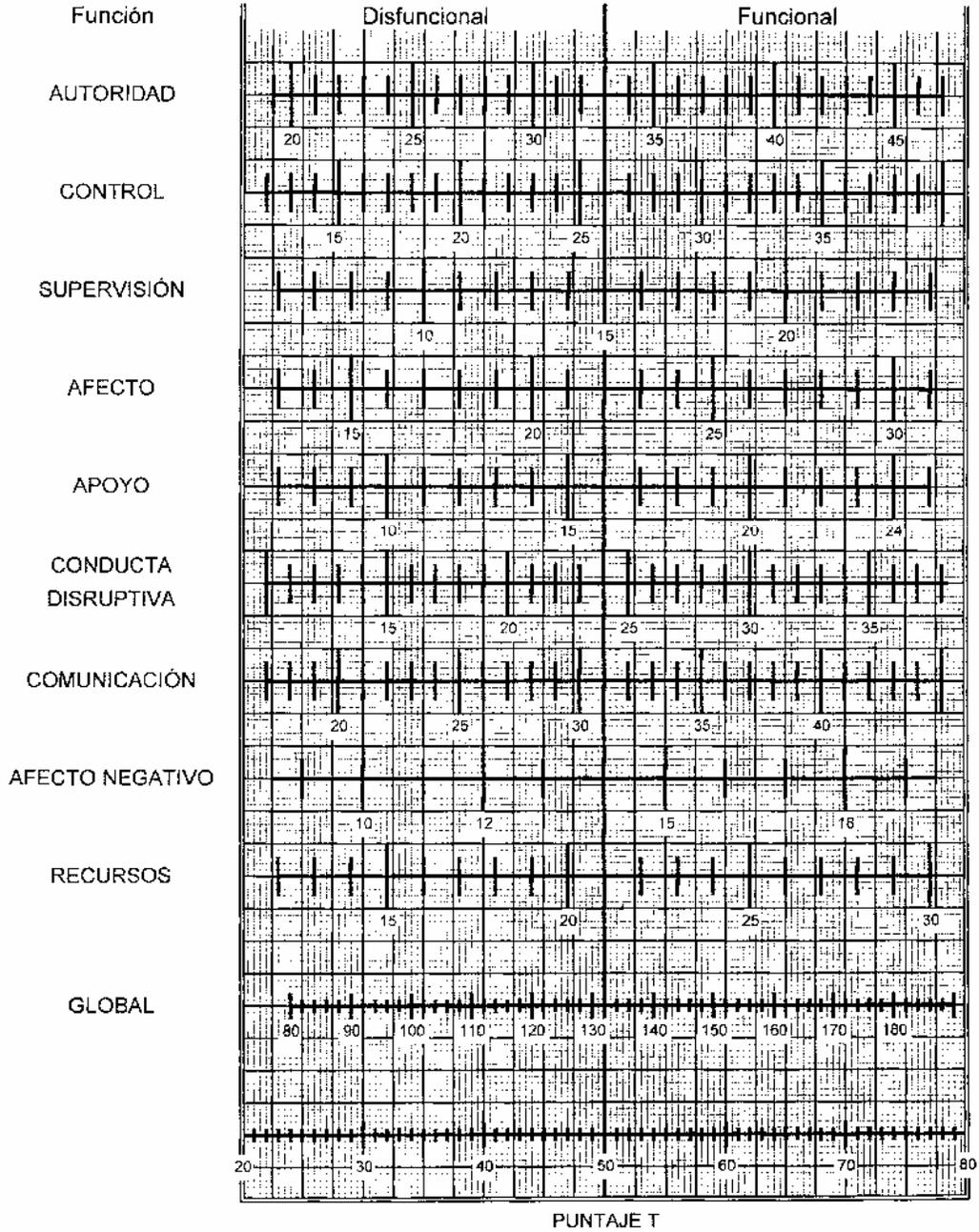
Cada cuadro tiene el número de ítem que le corresponde. Escribir el puntaje de funcionamiento en los cuadros según el ítem que les corresponda. Un mismo ítem puede aparecer en varios conceptos ( por ejemplo el 40 ) después de haber hecho el vaciado sumar cada escala. El puntaje global se obtiene sumando todos los puntos de los 40 ítems, debido a la repetición de ítems en diferentes escalas no se puede hacer la suma por escalas.

Función											Suma
Autoridad	1	3	4	5	11	12	14	28	39	40	
Control	8	10	17	26	31	34	35	40			
Supervisión	16	25	26	28	30						
Afecto	22	23	24	27	31	32	33				
Apoyo	7	16	18	20	39	40					
Conducta Disruptiva	5	9	36	37	38	39	40				
Comunicación	4	10	15	18	19	21	22	36	38		
Afecto negativo	6	15	29	34							
Recurso	2	12	13	14	17	40					
<b>Puntaje Global</b>											

Una vez obtenido el puntaje global y la suma horizontal por áreas, se vacían en el siguiente perfil para obtener la gráfica de funcionalidad o disfuncionalidad.

## Perfil de funcionamiento familiar

Familia: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_  
 Tiempo de formada: \_\_\_\_\_ Años Etapa de ciclo vital: \_\_\_\_\_  
 Nivel socioeconómico: \_\_\_\_\_ Número de miembros: *Adultos* \_\_\_\_\_  
 Adolescentes: \_\_\_\_\_ Niños Tipo de familia: \_\_\_\_\_



**1 Territorio o centralidad** \_\_\_\_\_

- Califique
- 4 Si contestan ambos o todos.
  - 3 Cuando la respuesta es un sólo padre o subsistema hijos cuando son adultos.
  - 2 Cualquier otro miembro que no sea el padre o la madre.
  - 1 Cuando la respuesta es nadie o un hijo pequeño.

**2 Roles** \_\_\_\_\_

- Califique
- 4 Ambos o uno de ellos cuando el otro trabaja o cualquier otra persona cuando los dos trabajan.
  - 3 Cuando los dos trabajan y además uno sólo organiza; cuando uno de los hijos se encarga.
  - 2 Todos y otra persona, cuando uno de los padres no trabaja.
  - 1 Nadie o hijos pequeños cuando están él o los padres.

**3 Jerarquía** \_\_\_\_\_

- Califique
- 4 Todos o ambos.
  - 3 Un sólo miembro de la familia

que pertenezca a otro subsistema no parental.

- 2 Si es otro familiar.
- 1 Otro no familiar o nadie.

**4 Centralidad** \_\_\_\_\_

- Califique
- 4 Todos, ambos padres.
  - 3 Uno de los padres o de los hijos en forma alterna.
  - 2 Otro familiar, o la misma persona en forma rígida.
  - 1 Nadie, otro no familiar.

**5 Centralidad** \_\_\_\_\_

- Califique
- 4 Todos, nadie o el subsistema parental.
  - 3 Un sólo padre más alguien de otro subsistema.
  - 2 Uno o varios de los hijos, otro familiar.
  - 1 Si son los hijos.

**6 Límites** \_\_\_\_\_

- Califique 4 Nadie.
- 3 Otro no familiar  
(depende de quién).
- 2 Otro familiar.
- 1 Todos, cualquier otro.

**7 Límites** \_\_\_\_\_

- Califique 4 Ambos padres.
- 3 Uno de los padres.
- 2 Otros hermanos, otro familiar.
- 1 Otro familiar o no familiar (cuando existen los padres) nadie, todos.

**8 Modos de control de conducta** \_\_\_\_\_

- Califique 4 Ambos.
- 3 Uno de los padres u otro familiar o no cuando hay ausencia de padres.
- 2 Otro familiar o no cuando existen los padres o bien los hermanos.
- 1 Todos y nadie.

**9 Límites** \_\_\_\_\_

- Califique 4 Todos, nadie, de acuerdo al ciclo vital.
- 3 Cuando todos respetan, excepto uno del sistema parental (según circunstancias).
- 2 Cuando sólo una de las personas respeta.
- 1 Nadie o no existen horarios (según circunstancias).

**10 Alianzas** \_\_\_\_\_

- Califique 4 No ha ocurrido.  
El padre (el otro padre)
- 3 Otra persona apoyando en ausencia del otro padre.
- 2 Todos o cualquiera que se oponga.
- 1 Cualquiera que intervenga para descalificar

**11 Jerarquía y comunicación** \_\_\_\_\_

- Califique 4 Avisan, padre a madre, o madre a padre hijos (as) a padre o madre.
- 3 Dependiendo del acuerdo previo.

- 2 A veces, dependiendo del acuerdo previo.
- 1 No avisan.

**12 Roles** \_\_\_\_\_

- Califique
- 4 Padre o padres que trabajan y participan.
  - 3 Hijos que trabajan y participan a criterio del contexto.
  - 2 Otros familiares o hijos que trabajan y costean sus estudios o gastos personales.
  - 1 Cuando trabajan y no participan sin una razón justificada.

**13 Roles** \_\_\_\_\_

- Califique
- 4 Cualquiera que sustituya y sea adecuado dentro del mismo subsistema.
  - 3 Sustituye a la persona adecuada aunque sea de otro subsistema o instancia
  - 2 Es sustituido pero no por la persona adecuada. sustituye aunque no afectivamente.
  - 1 No se sustituye.

**14 Jerarquía** \_\_\_\_\_

- Califique
- 4 Sistema ejecutivo o todos cuando están en edad.
  - 3 Cuando decide uno de los hijos en ausencia de los padres.
  - 2 Cuando decide uno de los hijos en presencia de los padres.
  - 1 Cuando deciden los hijos o uno de ellos y otro familiar.

**15 Jerarquía** \_\_\_\_\_

- Califique
- 4 Si se avisa a la persona adecuada.
  - 3 Se avisa a otra persona en ausencia de la persona adecuada.
  - 2 Avisa, pero no a la persona adecuada.
  - 1 No avisa

**16 Modo de control de conducta** \_\_\_\_\_

- Califique
- 4 Ambos padres o uno sólo dependiendo del ciclo vital del contexto y del tipo de castigo.
  - 3 Un sólo padre o un hijo en ausencia de los padres y depen-

diendo del contexto de la edad y del tipo de castigo.

2 Cuando en presencia de los padres castigan a los hijos.

1 No se castiga o castiga otro familiar, o no familiar.

**17 Modos de control de conducta** \_\_\_\_\_

Califique 4 Cualquier subsistema o persona que cumpla o cuando no se utiliza la promesa porque no es necesario.

3 Cuando a veces cumplen y a veces no dependiendo de la índole de la promesa.

2 Cuando uno de los padres cumple y el otro no.

1 Cuando consistentemente dejan de cumplir los padres o los hijos.

**18 Afectos** \_\_\_\_\_

Califique 4 Cualquier respuesta dentro del mismo subsistema o del subsistema ejecutivo cuando lo hay.

3 Cuando la pide al subsistema jerárquicamente inmediato superior.

2 Cuando teniendo familia pide ayuda externa (según la circunstancia del problema).

1 Nadie.

**19 Alianza** \_\_\_\_\_

Califique 4 Cuando hay alternancia de salidas juntos y por subsistemas.

3 Siempre o casi siempre salen por subsistema.

2 Rara vez salen todos juntos o por subsistema.

1 Nunca salen o siempre salen todos juntos.

**20 Alianzas** \_\_\_\_\_

Califique 4 Todos o cuando la protección proviene del subsistema superior o dentro del mismo.

3 Cuando sólo uno de los padres protege y el otro es sustituido por familiar o no familiar.

2 Cuando hay sobreprotección de cualquiera de los miembros.

1 Nadie u otro familiar o no, en presencia de padre no clínico.

*21 Comunicación* \_\_\_\_\_

- Califique 4 Cuando la comunicación cubre a todos los subsistemas en diferentes ámbitos y momentos.
- 3 Cuando sólo se da dentro de cada subsistema o en diferentes excluyendo a uno o varios.
- 2 Cuando se comunican con otros familiares o no familiares o no se comunican los miembros de un subsistema.
- 1 Cuando no se comunican.

*22 Comunicación* \_\_\_\_\_

- Califique 4 Todos.
- 3 Sólo un subsistema.
- 2 Los subsistemas con exclusión de miembros, con otros familiares o no familiares.
- 1 Nadie

*23 Comunicación* \_\_\_\_\_

- Califique 4 Todos.
- 3 Un subsistema o un miembro del subsistema con otro o entre sí.

- 2 Otro familiar o no familiar y cuando dos subsistemas al comunicar con exclusión de algunos.

- 1 Nadie.

*24 Comunicación* \_\_\_\_\_

- Califique 4 Cuando un subsistema lo comunica a otro.
- 3 Cuando los acuerdos son parciales.
- 2 Cuando es necesaria la intervención de un familiar o no familiar para comunicar el acuerdo.

- 1 Cuando la decisión no se comunica o es tomada por un sólo miembro o no hay acuerdos.

*25 Modos de control de conducta* \_\_\_\_\_

- Califique 4 Cuando el subsistema parental interviene o por lo menos uno.
- 3 Cuando interviene un sustituto parental.
- 2 Cuando varios subsistemas intervienen.
- 1 Nadie, según la edad.

**26 Roles** \_\_\_\_\_

- Califique 4 Subsistema parental o por lo menos uno.
- 3 Cuando en ausencia de los padres interviene un sustituto parental.
- 2 Cuando habiendo padres, es otro subsistema el que se responsabiliza.
- 1 Todos y nadie (dependiendo de la edad).

**27 Jerarquía** \_\_\_\_\_

- Califique 4 Los padres.
- 3 Uno sólo de los padres.
- 2 Otro familiares y no familiares en ausencia de los padres o los hijos.
- 1 Nadie.

**28 Roles** \_\_\_\_\_

- Califique 4 Subsistema padres o un padre con un hijo.
- 3 Siempre sólo uno de los padres.

- 2 Los hijos u otro familiar.

- 1 Nadie.

**29 Jerarquía** \_\_\_\_\_

- Califique 4 Subsistema parental.
- 3 Sólo uno de los padres o todos.
- 2 Otro familiar, los hijos (según el caso).
- 1 Nadie.

**30 Jerarquía** \_\_\_\_\_

- Califique 4 Los padres, todos o una institución.
- 3 Sólo uno de los padres.
- 2 Los hijos u otro familiar.
- 1 Otro no familiar, no hubo acuerdo.

**31 Afectos** \_\_\_\_\_

- Califique 4 Todos.
- 3 Casi todos.
- 2 Cuando sólo uno o un subsistema se divierte.
- 1 Nadie.

**32 Afectos** \_\_\_\_\_

- Califique 4 Los padres o todos.
- 3 Uno de los padres.
- 2 Los hijos u otros familiares o no familiares.
- 1 Nadie.

**33 Afectos** \_\_\_\_\_

- Califique 4 Todos (cualquier subsistema).
- 3 Cuando sólo se da dentro del subsistema.
- 2 Cuando se excluye a uno de los miembros.
- 1 Nadie o sólo con otros familiares o no familiares.

**34 Afectos** \_\_\_\_\_

- Califique 4 Cualquiera de los subsistemas a veces hablándolo.
- 3 A veces cualquiera de los subsistemas o un subsistema con otro y con poca comunicación.
- 2 Frecuentemente cualquiera de los subsistemas y sin comunicación.

- 1 Muy frecuentemente se enojan y se dejan de hablar.

**35 Patología** \_\_\_\_\_

- Califique 4 Nadie o a nivel de juego, los niños.
- 3 Los padres a los hijos (dependiendo del ciclo vital).
- 2 Los hijos entre sí, dependiendo de la edad y el tipo de golpes.
- 1 El subsistema hijos a los padres, los padres entre sí, otros familiares o no familiares.

**36 Patología** \_\_\_\_\_

- Califique 4 Nadie.
- 3 Cuando alguien lo hace rara vez y en forma social.
- 2 Cuando lo hace frecuentemente alguien o algunos, social y no socialmente.
- 1 Cuando uno o varios lo hacen como adicción.

**37 Patología** \_\_\_\_\_

- Califique 4 Nadie.

- 3 Alguien dentro del subsistema hijos.
- 2 Alguien del subsistema parental.
- 1 Todos frecuentemente.

**38 Patología** \_\_\_\_\_

Califique 4 Nadie o nunca.

- 3 Alguna vez alguien.
- 2 Frecuentemente alguien del subsistema hijos.
- 1 Muy frecuentemente cualquier subsistema.

**39 Patología** \_\_\_\_\_

Califique 4 Nadie.

- 3 Alguna vez, alguien de cualquier subsistema.
- 2 Uno o varios, frecuentemente, estando involucrado el subsistema parental.
- 1 Uno o todos continuamente o más de cada subsistema.

**40 Patología** \_\_\_\_\_

Califique 4 Nadie.

- 3 Se aísla, a veces alguien del subsistema hijos.
- 2 Se aísla, a veces alguien del subsistema parental frecuentemente.
- 1 Uno o algunos muy frecuentemente.

**Instrucciones para llenar el formato de calificación**

1. Anote en cada cuadro la calificación dada al número de reactivo.
2. Haga la suma horizontal (de los recuadros).
3. Obtenga el puntaje global, haciendo la suma en forma vertical ( de la secuencia de los 40 reactivos). Tomados de la Escala, no del formato.
4. Vacíe los resultados en la hoja de representación gráfica.

## ANEXO 4

### EVALUACION DEL ESTRATO SOCIOECONÓMICO METODO DE GRAFFAR

#### A. Profesión del Jefe de Familia

- 1) Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
- 2) Profesionista, técnico, mediano comerciante o de pequeña industria
- 3) Empleo sin profesión técnica definida o Universidad Inconclusa
- 4) Obrero especializado, tractorista, taxista, etc.
- 5) Obrero no especializado: servicio doméstico, afanador.

#### B. Nivel de Instrucción de la madre

- 1) Universitaria o equivalente
- 2) Enseñanza técnica superior y/o secundaria
- 3) Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)
- 4) Educación primaria completa
- 5) Primaria incompleta, analfabeta

#### C. Principal fuente de Ingresos

- 1) Fortuna heredada o adquirida repentinamente (negocios, juegos de azar)
- 2) Ingresos de empresa privada, negocios, honorarios profesionales (abogados, médicos) deportistas profesionales
- 3) Sueldo quincenal o mensual
- 4) Salario diario o semanal
- 5) Ingresos de origen público o privado (subsidios).

#### D. Condiciones de Vivienda

- 1) Amplia, lujosa, optimas condiciones sanitarias
- 2) Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitaria
- 3) Espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias
- 4) Espacios amplios o reducidos con deficientes condiciones sanitarias
- 5) Improvisada, construida con materiales de desecho o relativamente sólida con deficientes condiciones sanitarias.

**4-6 ESTRATO ALTO**

**7-9 MEDIO ALTO**

**10-12 MEDIO BAJO**

**13-16 OBRERO**

**17-20 MARGINAL**