



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DE LA CIUDAD DE DURANGO, DURANGO.

**IMPACTO EN LA FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN PADRES DE HIJOS CON
TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA CIUDAD DE DURANGO DURANGO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR



PRESENTA:

GUSTAVO CORRAL CORRAL



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.

**IMPACTO EN LA FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN PADRES DE HIJOS CON TRASTORNOS
POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA
CIUDAD DE DURANGO DURANGO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

GUSTAVO CORRAL CORRAL

AUTORIZACIONES:

DR. CARLOS ALBERTO GUIDO LEÓN

DIRECTOR DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE
DURANGO

DR(A). GUADALUPE SARIÑANA

JEFE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL
SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL, ISSSTE DURANGO, DGO.

DR. TOMAS GONZÁLES GÁMIZ

JEFE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Durango, Dgo.

DR. MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

ASESOR DE TESIS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL ISSSTE.

DURANGO, DURANGO

2011

**IMPACTO EN LA FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN PADRES DE HIJOS CON TRASTORNOS
POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA
CIUDAD DE DURANGO DURANGO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

GUSTAVO CORRAL CORRAL

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**IMPACTO EN LA FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN PADRES DE HIJOS CON
TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA CIUDAD DE DURANGO, DURANGO.**

AGRADECIMIENTOS.

Con gran amor a mi esposa e hijos.

Con afecto y agradecimiento al Dr. Horacio Valdez Flores, jefe de Departamento de Paidopsiquiatría del Hospital de salud mental “Dr. Miguel Vallebuena”, quien me apoyó de manera desinteresada en la elaboración de este estudio.

INDICE.

I.	ANTECEDENTES.....	1
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
III.	JUSTIFICACIÓN.....	13
IV.	OBJETIVOS.....	16
V.	METODOLOGÍA.....	17
VI.	RESULTADOS.....	27
VII.	DISCUSIÓN.....	32
VIII.	CONCLUSIONES.....	33
IX.	BIBLIOGRAFÍA.....	35
X.	ANEXOS.....	37

I. ANTECEDENTES

La primera descripción clínica de este cuadro data de 1902 y fue realizada por George Still y Alfred Tredgol, quienes describieron en ese momento lo que ellos conceptualizaron como “defectos en el control moral”. Señalaron también la mayor incidencia de este trastorno en niños que en niñas de la misma edad y destacaron el cuadro los trastornos del aprendizaje, la hiperactividad, los trastornos generales de conducta, las dificultades para mantener la atención. (1)

Still en 1909 asoció estos trastornos a malformaciones congénitas que se evidenciaban en diferencias de los diámetros craneanos. Además, señaló el alto porcentaje de alcoholismo, criminalidad, depresión y suicidios entre los familiares de estos niños, intentando hallar como etiología causas hereditarias.

Después de la primera guerra mundial, una epidemia de encefalitis en los Estados Unidos (1917-1918) permitió que se observara una sintomatología muy similar en sujetos que habían padecido esta enfermedad, estos evidenciaban síntomas similares a los de los niños hiperquinéticos pero como resultado de una secuela postencefalítica; los niños mostraban un cuadro muy similar al descrito por Still (impulsividad, hiperactividad, conducta antisocial, intolerancia a la frustración y fuerte labilidad emocional).(2)

Durante mucho tiempo los niños que presentaban síntomas típicos de TDAH fueron considerados poseedores de un daño o disfunción cerebral mínima que provenía de una secuela postencefalítica o de un trauma sufrido durante el parto (trauma perinatal). Estas supuestas lesiones cerebrales mínimas nunca se pudieron describir ni localizar.

En 1937 Bradley descubrió el “efecto paradójico tranquilizante” de los psicoestimulantes en los niños hiperquinéticos tratados con benzedrina, este momento se considera el comienzo de la psicofarmacología infantojuvenil.

Bradley puso de relieve la eficacia de las anfetaminas para atenuar la conducta disruptiva, los trastornos generales de conducta, la impulsividad e hiperactividad

de estos niños. Se observó una notable mejoría en sus rendimientos intelectuales.(3)

A partir de 1970 las anfetaminas se convirtieron en la droga de elección del tratamiento. Personas con trastorno de atención existieron siempre, solo eran consideradas como tontas, de bajo rendimiento intelectual, vagas, inmaduras o simplemente desmotivadas para aprender (4).

De acuerdo al Manual de Diagnóstico y Estadística de los trastornos mentales (DSM IV) el TDAH se caracteriza por un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad e impulsividad, donde la clasificación es la siguiente:

1.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado.
2.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención.
3.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo- impulsivo

Cuadro 1. Clasificación de los trastornos. DSM IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

El estudio de la etiología del TDAH es uno de los trastornos neuropsiquiátricos que presenta formas de herencia compleja con múltiples genes de efecto menor, que junto con los factores ambientales, determina la expresión del trastorno.

La heredabilidad estimada para el TDAH es de 75%, considerándose como uno de los trastornos neuropsiquiátricos de mayor componente hereditario (5).

La principal hipótesis que se ha manejado como causa del TDAH es la disfunción del sistema dopaminérgico; existen evidencias tanto genéticas como ambientales en las cuales pueden estar involucradas las diferentes propuestas entre la anatomía cerebral (tamaño menor en las regiones dopaminérgicas específicas) y genotípicas (presencia de genes para alelos específicos de dopamina). Se

describen las causas genéticas, factores ambientales y la aproximación a la búsqueda de endofenotipos a través de estudios de neuroimagen, relacionados con cambios a nivel fronto-estriado, prefrontal y cerebeloso.

Los resultados de los diversos estudios en genes candidatos no son concluyentes y no confirmativos en muchos casos, puesto que uno de los alelos de riesgo descritos, el DAT1, es muy frecuente en la población general y por otro lado, cierto número de pacientes con diagnóstico de TDAH no poseen el alelo DRD4, el cual contrariamente es muy poco frecuente en la población general. La evidencia sugiere que el TDAH es un desorden primariamente poligénico que involucra cuando menos 50 genes. Debido a ello el TDAH es frecuentemente acompañado de otras anormalidades conductuales. Los genes hasta ahora implicados (dopaminérgicos, serotoninérgicos, adrenérgicos) son solo una parte del trastorno total. El factor de riesgo más importante para la aparición del TDAH es el genético, se ha encontrado que componentes ambientales como el tipo de dieta y aditivos de los alimentos, la contaminación por plomo, los problemas relacionados como el hábito de fumar de la madre durante la gestación, el alcoholismo materno, las complicaciones del parto, el bajo peso al nacimiento y la prematuridad pueden ser factores desencadenantes (6).

Aunado a los factores ambientales se han identificado la disfunción familiar, el status familiar socioeconómico bajo y privación ambiental, se ha señalado la importancia de variables adversas familia-ambiente como factores de riesgo para TDAH, así el conflicto familiar crónico, la escasa cohesión familiar y la exposición a psicopatología parental (especialmente materna)(7).

Los criterios diagnósticos más ampliamente conocidos son los establecidos en el DSM IV los cuales para ser considerados deberán causar un impedimento clínicamente significativo en el funcionamiento social, académico u ocupacional del afectado, ocurrir en dos o más ambientes (escuela, casa, trabajo), haberse iniciado antes de los 7 años de edad y estar presentes cuando menos por 6 meses en un grado incompatible e inadecuado para su nivel de desarrollo.

1. INATENCIÓN.

1.- Frecuentemente no presta atención a detalles o comete errores por descuido en sus tareas escolares, el trabajo u otras actividades.
2.- No sigue instrucciones o no termina una tarea escolar, del hogar o deberes en su lugar de trabajo.
3.- Tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego.
4.- No parece escuchar lo que se le dice.
5.- Evita, rechaza o se resiste a participar en actividades que requieren esfuerzo mental sostenido.
6.- Tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
7.- Se distrae con facilidad con estímulos externos.
8.- Es olvidadizo en las tareas diarias.

2. HIPERACTIVIDAD.

1.- Corre y trepa excesivamente en situaciones inapropiadas (en adolescentes sensación subjetiva de inquietud).
2.- Le es difícil jugar o participar tranquilamente en actividades recreativas.
3.- Está permanentemente en movimiento, como si tuviera un motor.
4.- Habla en forma excesiva.
5.- Se levanta de su asiento en el salón de clase o en otras situaciones en la que se espera permanezca sentado.
6.- Muestra inquietud de manos y pies o se retuerce en su asiento.

3. IMPULSIVIDAD.

1.- Interrumpe o se entromete con los demás.
2.- Frecuentemente empieza a contestar una pregunta antes que esta se termine.
3.- Tiene dificultad para esperar su turno.

R.E. Ulloa, 2006

Características diagnósticas:

- Criterio A: seis o más de los criterios para inatención y/o seis o más de los criterios para hiperactividad-impulsividad.
- Criterio B: algunos de los síntomas que causan alteración deben estar presentes antes de los 7 años.
- Criterio C: algunas alteraciones que causan los síntomas deben estar presentes en dos o más situaciones.
- Criterio D: debe existir una alteración significativa en el desempeño social, académico o en el funcionamiento ocupacional.
- Criterio E: los síntomas no se presenta en el curso de otro trastorno mental (8).

El TDAH se puede asociar con retardo en la adquisición y desarrollo del lenguaje (disfasia del desarrollo) con trastornos del aprendizaje, depresión, ansiedad, desorden de negativismo desafiante, desorden de conducta y agresividad, síndrome de Tourette (enfermedad de los tics), autismo, retraso mental, parálisis cerebral, disfunción familiar y epilepsia (9).

El manejo de este trastorno es multidisciplinario, integral e individualizado, por lo que se ha denominado multimodal. Individualizado porque se trata de acuerdo a las circunstancias propias de cada paciente (comorbilidad, respuesta a tratamientos previos, intervenciones a nivel familiar o individual). Multidisciplinario de acuerdo a la etiología multifactorial de este trastorno y los diferentes actores que participan (manejo psicosocial, apoyo escolar, familiar y el nivel biológico, a

través de los fármacos que constituyen la piedra angular del mismo). Integral porque se trata de un todo Biopsicosocial.

El grupo de medicamentos más utilizados en la historia del TDAH son los estimulantes de los cuales el clorhidrato de metilfenidato (metilfenidato de liberación inmediata, metilfenidato de liberación prolongada) ha demostrado un alto índice de eficacia (65 a 75%) medicamentos no estimulantes (atomoxetina), antidepressivos tricíclicos, agonistas alfa adrenérgicos (clonidina) y estimulantes de la alerta (modafinil) (7).

El abordaje farmacológico utilizado como única forma de tratamiento puede resultar incompleta y se debe incluir también el contexto psicosocial del niño desde un modelo integral e incorporar estrategias dirigidas a diseñar un programa individualizado. El abordaje psicosocial enfatiza los programas psicoeducativos, ya que ofrecen resultados favorables en la intervención de otras áreas afectadas en el funcionamiento y la adaptación individual dentro del entorno escolar, social y laboral (6,7).

4. FAMILIA.

El hombre es un ser social que ha sobrevivido a lo largo de su historia, a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales de los cuales la familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas; ha sido el ambiente más importante en el que ha evolucionado y ha sido en última instancia social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano (10). Esta se considera una entidad formativa en el desarrollo de cualquier niño, provee factores protectores pero a la vez actúa como una de las fuentes de estrés. Se ha establecido, en efecto, que la calidad de las relaciones familiares y de los patrones de interacción podrían estar relacionados con el desarrollo y curso de diferentes patrones de psicopatología de la niñez. Existen informes sobre el particular que demuestran que los trastornos de la conducta, como el TDAH son más comunes en las familias disfuncionales y en ambientes con niveles elevados de adversidad crónica (11).

La familia como grupo social debe cumplir determinadas funciones básicas estas son fundamentalmente de índole económica, biológica, educativa, cultural-espiritual. Y el cumplimiento de estas funciones básicas es precisamente uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, cualquier familia, entendida como sistema de apoyo, debería, pues, ser capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros (12).

Desde otro punto de vista la familia es un sistema compuesto por subsistemas, que funciona como el engranaje de una maquinaria. En dicha composición intervienen el subsistema conyugal el que se forma cuando dos adultos se unen con intención explícita de formar una familia, compartiendo intereses, metas y objetivos; el subsistema paterno-filial constituido por padres e hijos y el subsistema filial o también llamado subsistema fraterno constituido por los hermanos. La familia está, a la vez, integrada a un sistema mayor que es la sociedad (22). El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia (12).

Se plantea, por otra parte, que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros.

La capacidad de adaptación es una característica importante en la familia ya que esta se encuentra sometida a constantes cambios; de las que principalmente se pueden distinguir dos tipos de tareas:

- 1.- Tareas de desarrollo: son las relacionadas con las etapas que necesariamente tiene que atravesar la familia para desarrollarse a lo cual se denomina ciclo vital.
- 2.- Tareas de enfrentamiento: son las que se denominan crisis familiares no transitorias o paranormativas (12).

La familia es el reflejo de la dirección del crecimiento personal enfatizado en las características del sistema organizacional y de mantenimiento de la misma,

mediante las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia (11). Cabe destacar que dentro del ambiente familiar se describen tres dimensiones de las cuales una de ellas es la dimensión de relación en la que se observa la forma en la que los miembros de la familia se relacionan entre sí. La dimensión de crecimiento personal, hace referencia al funcionamiento familiar en la que expresa como la ayuda mutua de los miembros de la familia propicia a desarrollarse como seres humanos únicos, orientados hacia el logro, independencia, actividades intelectuales y culturales. Otra de ellas es la dimensión de mantenimiento del sistema, la cual abarca los aspectos de control y organización de la familia que le permite funcionar como un todo organizado.

Se han analizado las relaciones de los padres con sus hijos hiperactivos en edades tempranas en comparación con las relaciones padres- niños sin TDAH; estas indican que los padres de los niños hiperactivos utilizan prácticas disciplinarias laxas, tienen menos comunicación con sus hijos y además hay una menor sincronía en las interacciones madre-hijo. Además que los padres de los niños hiperactivos perciben que la conducta de sus hijos les producía sentimientos más negativos sobre su paternidad, un impacto negativo en su vida social y un mayor estrés que los padres de niños sin TDAH.

Los estudios revisados sugieren que las conductas de los niños con TDAH aumentan los niveles de estrés familiar debido a los retos para la educación que plantea el comportamiento típico de los niños (temperamento difícil, escasa adaptación a situaciones nuevas, irritabilidad, actividad excesiva). Al parecer este incremento del estrés se asocia frecuentemente con respuestas negativas de los padres incluidos estilos de crianza desadaptativos que pueden empeorar la conducta del niño, incrementar los problemas psicológicos en los padres e incluso perjudicar las relaciones matrimoniales y familiares (13).

Los padres de niños con TDAH son tres veces más propensos a separarse o divorciarse que padres de niños sin TDAH (54% vs 15%) y suelen estar más aislados (11).

El TDAH es un trastorno que ha tenido una gran trascendencia social a medida que se ha ido conociendo su alta prevalencia, la persistencia de los síntomas a lo largo del ciclo vital y las fuertes implicaciones que tiene en la vida familiar, educativa y social. Estos niños son también más vulnerables a sufrir maltrato infantil, rechazo escolar y aislamiento social; los adolescentes con TDAH tienen mayor probabilidad de tener problemas con la justicia, comparados con los que no padecen el trastorno.

Los trastornos comorbidos más comunes son: trastorno oposicionista desafiante 50%, trastorno disocial 30-50%, los trastornos del estado de ánimo 15-20% y los trastornos ansio-ansiosos 20-25% y otros trastornos como tics crónicos, trastornos del aprendizaje, trastornos del lenguaje.

En Latinoamérica la comorbilidad más frecuente es el trastorno oposicionista desafiante en un 35-44%, trastorno del afecto en un 39-54% y trastorno disocial en un 19%.

Prueba de Evaluación del subsistema conyugal.

Evalúa la funcionalidad de la pareja, se considera que ésta debe ser gratificante y clara, sin perder de vista el entorno social en que se encuentra inmersa la pareja, además aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores, valora a través de una escala cuali-cuantitativa (14).

1.- Comunicación.

- ❖ Se comunica directamente con su pareja.
- ❖ La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia.
- ❖ Existe congruencia entre la comunicación verbal y analógica.

2.- Adjudicación y asunción de roles.

- ❖ La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican.
- ❖ Son satisfactorios los roles que asume la pareja.

- ❖ Se propicia el intercambio de roles entre la pareja.

3.- Satisfacción sexual.

- ❖ Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales.
- ❖ Es satisfactoria la calidad de actividad sexual.

4.- Afecto.

- ❖ Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja.
- ❖ El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante.
- ❖ Se interesa por el desarrollo y superación de la pareja.
- ❖ Perciben que son queridos por su pareja.

5.- Toma de decisiones.

- ❖ Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente.

Para la calificación de este instrumento se utiliza un valor numérico de 0, 5 y 10 según el grado de satisfacción para cada pregunta, al final se suma los puntos y se compara con una escala preestablecida en la cual se encuentran los siguientes valores:

Calificación de la funcionalidad del subsistema conyugal	
0-40	Pareja severamente disfuncional
41-70	Pareja con disfunción moderada
71-100	Pareja funcional

Fuente: Anzures,2008

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La razón por la cual decidí trabajar con este tema, comenzó del hecho de que cuando las familias en las cuales un hijo presentaba el TDAH era evidente una alteración de la madre o el padre ante el comportamiento desordenado que el niño mostraba, el cual dada su hiperactividad alteraba la dinámica de la consulta dadas las continuas interrupciones; a partir de ahí surgió en mi la duda sobre:

¿Cuál es el impacto que causa el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en la dinámica Conyugal?

El TDAH es una entidad de inicio en la edad pediátrica de evolución crónica y que en las últimas décadas ha tomado una gran importancia en los sistemas de salud de los países subdesarrollados hasta llegar a ser considerado el trastorno infantil crónico de más alta prevalencia.

A nivel educativo representa un grave problema en la interacción de los profesores con los alumnos afectados predisponiendo esto al fracaso escolar en mayor proporción que los que están libres del trastorno.

Desde el punto de vista familiar puede llegar a ser un problema tan grave que provoque disfuncionalidad del núcleo familiar y ruptura temporal o definitiva. Es importante destacar que tener un hijo con TDAH parece afectar negativamente a las relaciones matrimoniales, ya que provoca conflictos y distanciamiento entre la pareja. Los problemas maritales se reflejan más en la convivencia difícil que afecta a toda la familia.

Es de gran importancia captar e identificar de manera adecuada y de forma temprana a las familias con estos niños que acuden a los servicios de salud ya que permitirá brindarle un tratamiento adecuado; así como un mejor ambiente familiar, educativo y social, mejorando su calidad de vida.

En el centro de salud donde se desarrolla este trabajo se ha observado la alteración emocional de los padres ya que existe desanimo por el lento avance cognitivo de los pacientes siempre comparativo respecto a otros niños que no

tienen las manifestaciones del aprendizaje y las actitudes de desatención unido a la hiperactividad o impulsividad motora.

En los centros escolares a donde acuden este tipo de pacientes, es común observar que los niños asisten a las aulas donde son educados por maestros especializados para tratar alumnos con necesidades educativas especiales; los avances significativos que se logran dependen principalmente del grado de participación de los padres en la educación del niño y en la comunicación que se tenga en la familia, principalmente en la pareja.

Las relaciones en el interior de la familia se pueden reducir a cuatro factores de importancia decreciente.

- 1) La relación entre la madre y el padre;
- 2) Después la relación entre la madre y el hijo
- 3) Relación entre el padre y el hijo
- 4) Relación entre el niño y sus hermanos

Si la relación entre el padre y la madre no es firme, tendrá serias consecuencias para los niños. En un hogar donde el padre y la madre no se aman mutuamente o solo se toleran por razón de los hijos, estos pronto aprenden el frío bienestar de una casa sin amor.

La discordia entre los padres aturde los sentidos del niño dado que la autoestima del pequeño puede estar seriamente afectada.

Dada la magnitud del problema se ha establecido bien que en la familia donde hay un niño con TDAH, existen casi tres veces más casos de discrepancias matrimoniales y rompimientos, que en la población normal (15).

III. JUSTIFICACIÓN.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno crónico del desarrollo que surge como un problema de salud pública mundial en el siglo XX (17); es el trastorno neuropsiquiátrico más común en la población pediátrica. En la actualidad tiene una prevalencia de 1.7 a 17.8% en la población infantil de E.U.A. En México se considera un problema de salud pública que afecta a un 3-5% de los niños con una proporción hombre-mujer de 3:1(16); por lo que se calcula que en México existen al menos 1 millón y medio de niños con este padecimiento (17).

Mundialmente afecta hasta a 5.2% de la población (18). Las edades de máxima prevalencia se encuentran entre los 6 a 9 años aunque, esto puede extenderse hasta los 12 años (19).

Este trastorno se caracteriza por la presencia de grados variables de inatención, hiperactividad e impulsividad de forma crónica, impactando de manera importante en el desarrollo del aprendizaje y rendimiento escolar, así como los procesos adaptativos del individuo a su medio ambiente (16). Debido a su prevalencia, persistencia, deterioro funcional y naturaleza de su tratamiento afecta no solo al niño sino a su familia, a los sistemas de salud, de educación y a la sociedad en su conjunto (20).

La comorbilidad está presente en al menos dos tercera parte de los individuos con TDAH que acuden a los servicios de atención de salud mental y tiene implicaciones en la severidad, curso, respuesta a tratamiento y pronóstico, por lo que la detección oportuna de los trastornos comorbidos constituye un determinante esencial para establecer las estrategias de intervención y así modificar el pronóstico del trastorno a largo plazo.

Donde por comorbido se entiende la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.

El término “comorbido” tiene habitualmente dos definiciones:

- 1) Indica una condición médica que existe simultáneamente pero con independencia de otra en un paciente.
- 2) Indica una condición médica en un paciente que causa o está relacionada con otra condición en el mismo paciente.

El 50% de los niños con TDAH continúan teniendo dificultades de distinta índole en la edad adulta, o sea que en este trastorno de la niñez a menudo persiste hasta la adolescencia y la adultez, aunque sus síntomas característicos se modifican en función de la edad y el ambiente familiar y social en que se desenvuelvan (9).

El contexto familiar tiene un papel fundamental en el curso del TDAH. La crianza de un niño que es excesivamente inquieto, con falta de atención e impulsividad ofrece numerosos retos y los padres de niños con TDAH usualmente reportan altos niveles de frustración en sus intentos de manejar y controlar su conducta, siendo las dificultades de los niños un factor importante de la situación estresante. 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. Se considera que la disfuncionalidad familiar es mayor para los padres de niños con TDAH que otros padres con niños sin este padecimiento y está consistentemente asociado con alteraciones conductuales, con la gravedad del TDAH y con la persistencia de los síntomas de este trastorno en los niños. Los padres de estos niños son tres veces más propensos a separarse o divorciarse que padres de niños sin TDAH (54 Vs 15%) y suelen estar más aislados (11).

Los factores familiares no se consideran como la causa original del TDAH, pero si se cree que mantienen e incluso amplifican la sintomatología de éste en el curso del desarrollo (13).

Con este estudio se pretende describir el impacto en la funcionalidad conyugal en padres de hijos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, con la finalidad de enfocar los esfuerzos por mejorar la funcionalidad conyugal, creando estrategias para abordar integralmente a la familia; ya que este trastorno influye

negativamente en lo social, laboral, ocupacional y familiar afectando al paciente y a todos los miembros de la familia, especialmente a los padres.

Es fundamental reforzar programas de atención para personas con TDAH, ya que es uno de los diagnósticos más frecuentemente establecidos en la población infantil. Este trastorno tiene un gran impacto ya que se asocia frecuentemente con el desarrollo de trastornos psiquiátricos comorbidos, que afectan seriamente la dinámica familiar; la detección temprana y el manejo integral niño-familia resultará en una mejor calidad de vida.

Al hospital psiquiátrico de la Secretaría de Salubridad de la ciudad de Durango, acuden niños que presentan dicho trastorno; en la actualidad no se cuenta con recopilación de información desde el punto de vista familiar, por lo que se considera de gran importancia realizar este estudio.

Dado la alta frecuencia del TDAH en la sociedad es importante realizar un estudio que refleje la afectación conyugal en los padres del niño con dicho déficit; tomando en cuenta las distintas etapas y niveles de afectación conyugal siendo la mas severa el rompimiento de la pareja derivando de esta una inestabilidad familiar que agudiza aún más el estado emocional del niño.

Para determinar la factibilidad del estudio se cuenta con:

- ❖ Lugar donde se realiza el estudio: “Hospital psiquiátrico “Dr. Miguel Vallebuena” de la SSD de la Ciudad de Durango, Durango”
- ❖ Población a estudiar: Padres de los niños con TDAH de edades que comprenden de los 6 a los 10 años.
- ❖ Método de Evaluación: Evaluación de la funcionalidad conyugal del Dr. Víctor Chávez Aguilar.
- ❖ Herramientas de apoyo para el análisis: Paquetes estadísticos, Excel.

Por lo que se presume que el trabajo es factible dado que se cumple con los requisitos de evaluación para la funcionalidad conyugal en los padres de niños con TDAH.

IV. OBJETIVOS.

Objetivo General:

Determinar el impacto de la funcionalidad conyugal en padres de hijos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Objetivos Específicos:

- ∞ Determinar qué función del subsistema conyugal está más afectada.
- ∞ Determinar las variables socio demográficas de las personas que presentan TDAH.

Diseño de Estudio:

Se realizará un estudio:

- ❖ Prospectivo.
- ❖ Observacional.
- ❖ Transversal.
- ❖ Descriptivo.

V. METODOLOGÍA

Tipo de Estudio:

El presente trabajo posee las características básicas de un estudio prospectivo, observacional, transversal y descriptivo.

Población, Lugar y Tiempo:

Este estudio se realizó en el departamento de Paidopsiquiatría del Hospital Psiquiátrico de la Secretaría de Salud de la ciudad de Durango, siendo la población a analizar niños de 6 a 10 años de edad.

El levantamiento de la información se llevo a cabo en el periodo comprendido del primero de Abril al 30 de junio del 2011; se tomó en cuenta la evaluación del médico paidopsiquiatra que maneja la clave F90.0 para identificar el TDAH infantil.

Tipo y Tamaño de la muestra:

La muestra es del tipo probabilística por conveniencia; para el análisis de la muestra se determinó que la población de infantes con TDAH (universo) es de 227 personas a la fecha, por lo que se procedió a utilizar la fórmula para determinar la muestra de la siguiente manera:

$$n = \frac{Nz^2 pq}{d^2(N-1) + z^2 pq}$$

Con:

N= 227 personas

d= error (del 0.8)

Confianza del 84.5%

La muestra obtenida es:

$$n = 59$$

CRITERIOS.

Criterios de Inclusión:

- ❖ Padres de niños con TDAH que acuden al servicio de paidopsiquiatría del hospital psiquiátrico de la SSA.
- ❖ El integrante de la familia con TDAH; diagnóstico previo otorgado por el paidopsiquiatra a base de criterios según el DSM-IV.
- ❖ Cualquier género (Masculino-Femenino).
- ❖ Integrante de la familia con TDAH con rangos de edad de 6 a 10 años de edad.
- ❖ Padres de 1 o más hijos con TDAH que acepten participar en el protocolo de investigación.

Criterios de exclusión:

- ❖ La presencia de alguna enfermedad crónica degenerativa (cáncer, discapacidad, insuficiencia renal crónica, artritis reumatoide), en los padres de hijos con TDAH.
- ❖ Padres de niños con TDAH que no estén de acuerdo en participar en este trabajo.
- ❖ Familia monoparental.
- ❖ Niños con enfermedad concomitante (depresión, epilepsia, hipotiroidismo).

Criterios de eliminación:

- ❖ Padres de familia que no contesten adecuadamente el cuestionario.

INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES).

Variable Independiente.

Pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Variable dicotómica cualitativa que para efectos de este estudio se define como aquel que constituye un conjunto de fenómenos neuropsicológicos cuyos síntomas principales de acuerdo al DSM-IV son inatención e hiperactividad-impulsividad.

Variable dependiente.

La funcionalidad conyugal.

Variable cualitativa policotómica de tipo ordinal que se define para fines de este estudio en la interacción de pareja en base al cumplimiento de las funciones básicas de este subsistema como son: la comunicación, adjudicación, asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones de acuerdo a la evaluación del subsistema conyugal (cuestionario Dr. Víctor Chávez Aguilar), modelo que evalúa exclusivamente la funcionalidad de la pareja abordando las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores. De acuerdo a su calificación se clasifica de la siguiente forma: pareja severamente disfuncional, con disfunción moderada y pareja funcional.

Variables intervinientes.

Edad: Variable escalar de intervalo, policotómica que para fines de este estudio se define como el número de años cumplidos que tengan los padres al momento de realizar el estudio, se agrupará en decenios de la siguiente manera:

- ⌘ 20-29 años
- ⌘ 30-39 años
- ⌘ 40-49 años
- ⌘ 50-59 años

ℵ 60-69 años

Género: variable dicotómica, cualitativa, nominal, que para fines de este estudio se clasifica en:

ℵ Masculino

ℵ Femenino

Escolaridad: Variable nominal, policotómica que para fines de este estudio se define como el nivel máximo de estudios que los padres refieren haber cursado hasta el momento de realizar el estudio y se clasifica como:

ℵ Sin escolaridad: aquella persona que no sabe leer o escribir o que sí lo sabe pero no realizó estudio alguno.

ℵ Primaria incompleta: aquella persona que cursó solo algunos grados de educación primaria pero que no terminó satisfactoriamente su formación.

ℵ Primaria completa: aquella persona que cursó y terminó satisfactoriamente su educación primaria y que recibió certificado de terminación de estudios.

ℵ Secundaria: aquella persona que cursó y terminó satisfactoriamente su educación secundaria y que recibió certificado de terminación de estudios.

ℵ Preparatoria: aquella persona que cursó y terminó satisfactoriamente su educación preparatoria y que recibió certificado de terminación de estudios.

ℵ Licenciatura: aquella persona que cursó y terminó satisfactoriamente su educación profesional y que recibió certificado y título.

Estado Civil: variable nominal policotómica que para fines de este estudio se clasifica como:

- ⌘ Casado: aquella persona que está bajo un contrato matrimonial al momento del estudio.
- ⌘ Unión libre: aquella persona que se encuentra viviendo con otra persona unida solo por lazos emocionales- afectivos sin haber un contrato matrimonial.

Ocupación: Variable nominal policotómica que para fines de este estudio se clasifica como la actividad principal remunerada o no, a la cual la persona se dedica la mayor parte de su tiempo, se clasifica como:

- ⌘ Ama de casa
- ⌘ Empleado
- ⌘ Desempleado
- ⌘ Comerciante
- ⌘ Profesionista
- ⌘ Obrero

Lugar de hijo en la familia: Variable cualitativa, escala de intervalo que para fines de este estudio determina la posición del hijo y se clasifica como:

- ⌘ Primero
- ⌘ Segundo
- ⌘ Tercero
- ⌘ Cuarto
- ⌘ Quinto

Previa autorización y firma de consentimiento informado de padres de familia con un hijo con TDAH previamente diagnosticado según los criterios del DSM-IV que sean captados en consulta externa de paidopsiquiatría del hospital Psiquiátrico de SSA de Durango y con el propósito de determinar la funcionalidad conyugal, se aplicará la escala validada del doctor Víctor Chávez Aguilar en el subsistema conyugal, que consta de 13 reactivos que evalúa exclusivamente la funcionalidad de la pareja. Aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores. Sumando el puntaje total se califica a la pareja como:

- a) Pareja severamente disfuncional (0-40 puntos).
- b) Pareja con disfunción moderada (41-70 puntos).
- c) Pareja funcional (71-100 puntos).

Se realizará otra encuesta para recolección de variables sociodemográficas como:

- 1. Edad de los padres,
- 2. Estado Civil
- 3. Género
- 4. Ocupación
- 5. Escolaridad
- 6. Edad del hijo
- 7. Lugar que ocupa el hijo en la familia

La recolección de datos se llevará a cabo mediante entrevista directa a ambos padres de familia en la consulta externa del servicio de paidopsiquiatría del hospital Psiquiátrico de Durango.

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN:

Se levantaron 59 cuestionarios a padres con hijos que presentan el trastorno del TDAH (diagnosticado según los criterios del DSM-IV captados en consulta externa en paidopsiquiatría) previo consentimiento informado, la información se capturó primeramente en papel y posteriormente se vació a una hoja de cálculo. Con el propósito de determinar la funcionalidad conyugal, se aplicó la escala de evaluación validada del Dr. Víctor Chávez Aguilar en el subsistema conyugal, que consta de 13 reactivos que evalúa exclusivamente la funcionalidad de la pareja. Aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores. Sumando el puntaje total se califica a la pareja como pareja severamente disfuncional de 0 a 40 puntos, pareja con disfunción moderada de 41 a 70 puntos, pareja funcional de 71 a 100 puntos. Se realizó otra encuesta para recolección de variables sociodemográficas como edad de los padre, estado civil, género, ocupación, escolaridad, edad del hijo, lugar que ocupa el hijo en la familia. La recolección de datos se realizó a mediante una entrevista directa a ambos padres en la consulta externa del departamento de Paidopsiquiatría del Hospital Psiquiátrico "Miguel Vallebuena" de la SSD. La información que se recabó fue procesada en el programa de Microsoft Excel, para el análisis de los datos, aplicando en caso de variables nominales y escalares los porcentajes y medidas de tendencia central (media), frecuencias y desviación estándar.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el efecto de las consideraciones éticas, en este trabajo se toma en cuenta el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, dentro del cual destacan los siguientes artículos:

ARTICULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

ARTICULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTICULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representantes legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTICULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunirse los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

ARTICULO 23.- En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

ARTICULO 24.- Si existiera algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación del sujeto de investigación hacia el investigador, que le impida otorgar libremente su consentimiento, éste debe ser obtenido por otro miembro del equipo de investigación, completamente independiente de la relación investigador-sujeto.

ARTICULO 25.- Cuando sea necesario determinar la capacidad mental de un individuo para otorgar su consentimiento, el investigador principal deberá evaluar su capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica, de acuerdo a los parámetros aprobados por la Comisión de Ética.

ARTICULO 26.- Cuando se presuma que la capacidad mental de un sujeto hubiere variado en el tiempo, el consentimiento informado de éste o, en su caso, de su representante legal, deberá ser avalado por un grupo de profesionistas de reconocida capacidad científica y moral en los campos específicos de la investigación así como de un observador que no tenga relación con la investigación, para asegurar la idoneidad del mecanismo de obtención del consentimiento, así como su validez durante el curso de la investigación.

ARTICULO 27.- Cuando un enfermo psiquiátrico este internado en una institución por ser sujeto de interdicción, además de cumplir con lo señalado en los artículos anteriores será necesario obtener la aprobación previa de la autoridad que conozca del caso.

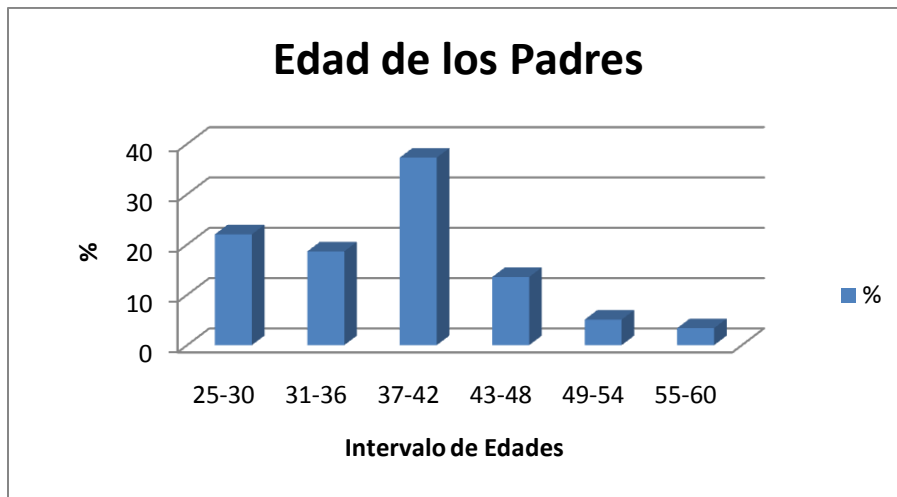
VI. RESULTADOS.

Descripción de los resultados.

En el presente estudio se obtuvo una muestra de 59 parejas de padres de hijos con TDAH.

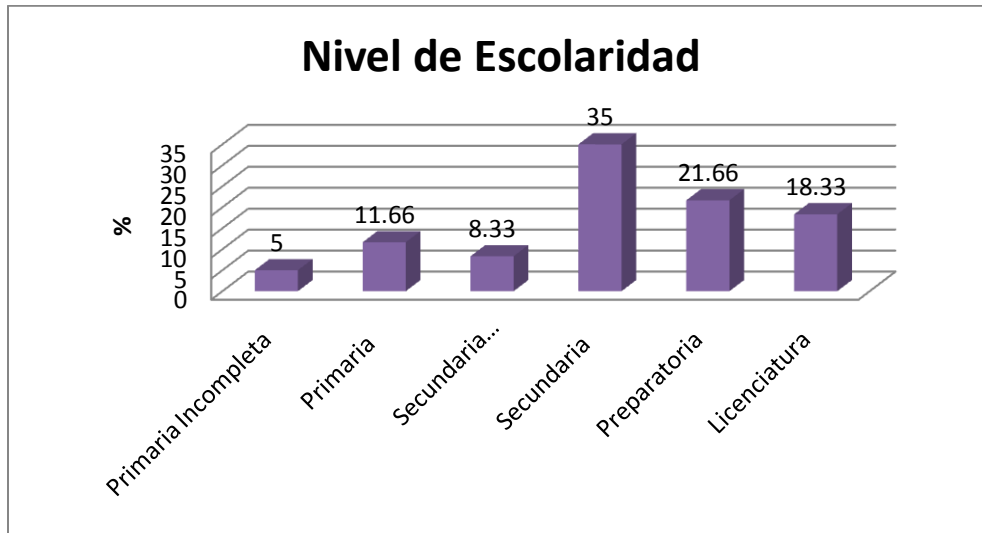
En el gráfico 1 se ilustra el porcentaje correspondiente a las edades que corresponden a los padres de los pacientes, donde resaltan las personas que tienen entre 37 a 42 años de edad con un 37% según los datos detectados en la encuesta.

Gráfico 1



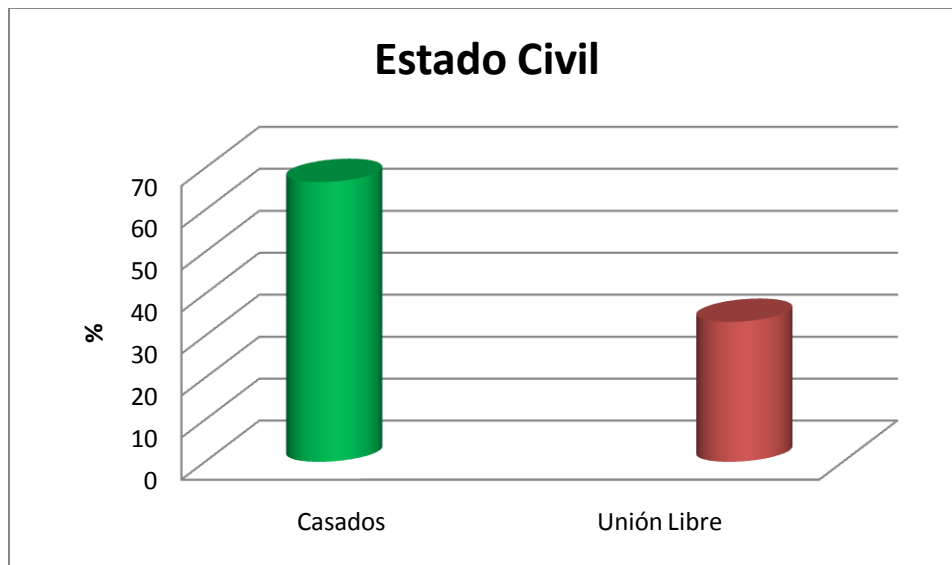
En cuanto a la escolaridad el mayor porcentaje correspondió a padres que terminaron la secundaria con un 38%(gráfica 2)

Grafico 2



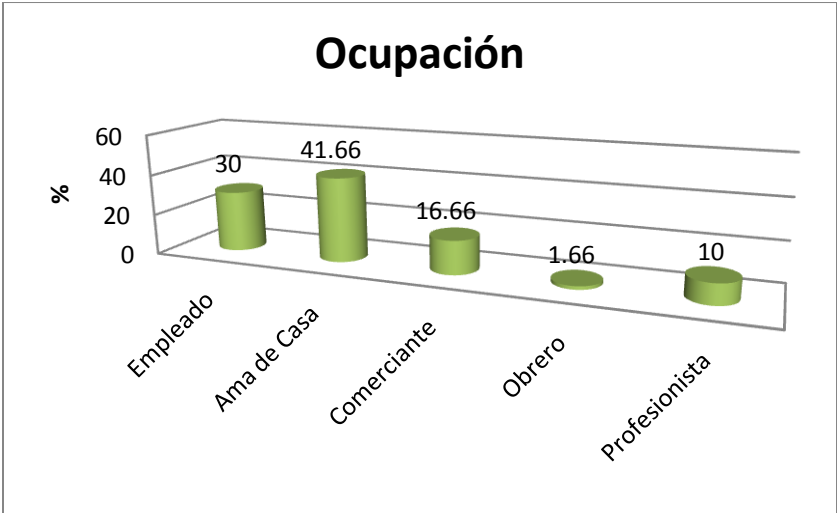
Es importante destacar que el porcentaje de parejas casadas fue mayor que las parejas que viven en unión libre; en la gráfica 3 se muestra el porcentaje del 67% de personas casadas vs el 33% de personas que viven en unión libre.

Gráfico 3.



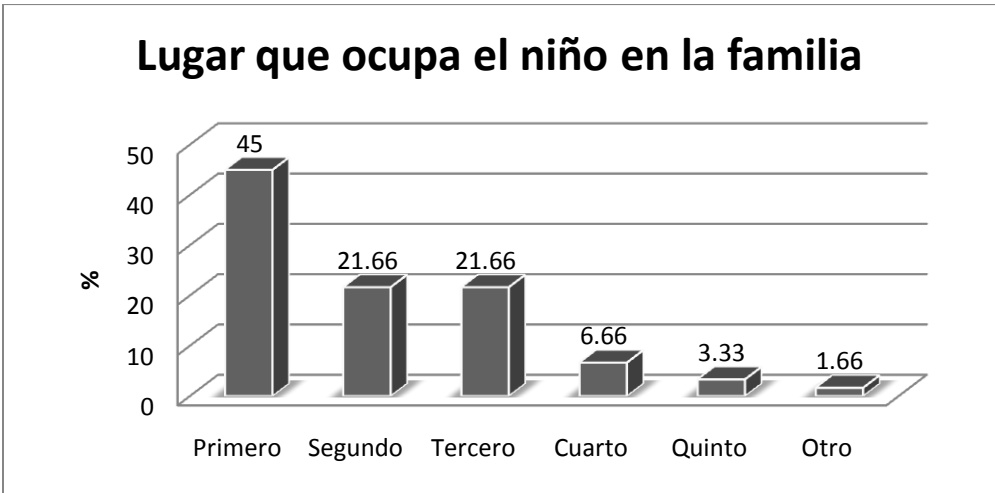
Mientras tanto en la gráfica 4 se muestra que el mayor porcentaje con respecto a la ocupación fue, para el género femenino el de ama de casa con un 41% y para el género masculino el de empleado con un 30%.

Gráfico 4.



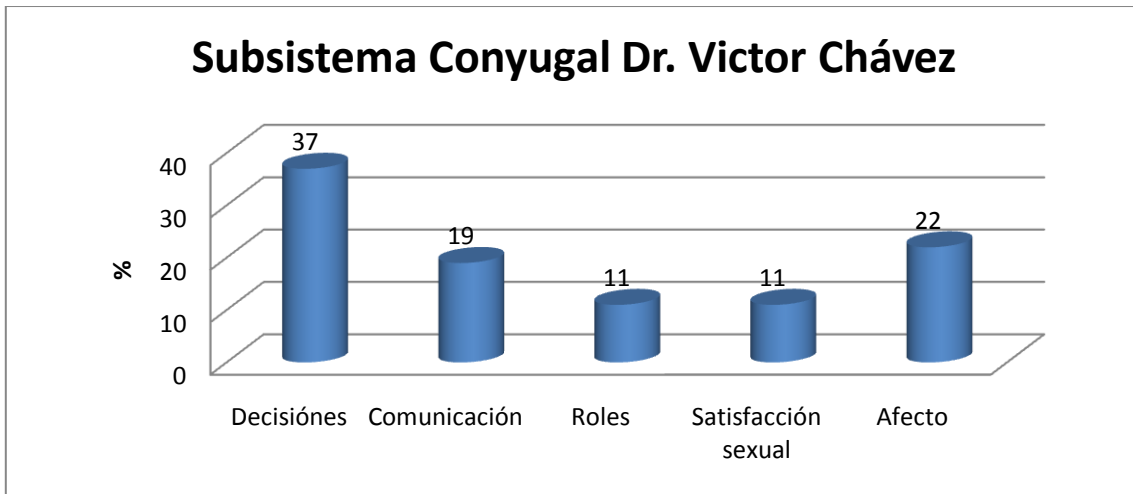
En la evaluación del lugar que ocupa el niño con TDAH en la familia resultó ser el primer hijo de la pareja con un 45% según los resultados derivados de la encuesta (grafico 5)

Grafico 5



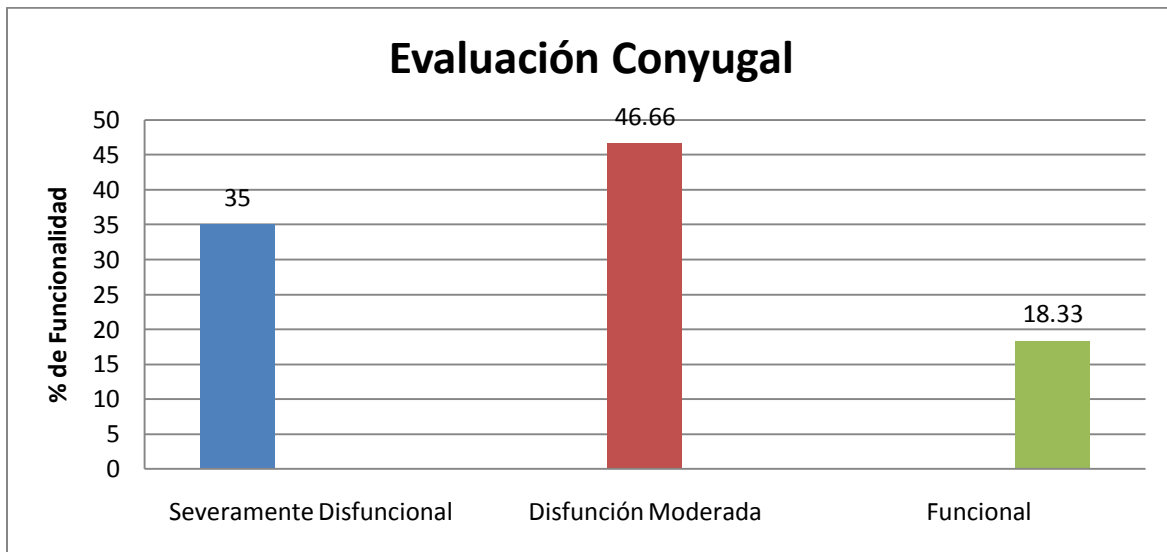
En el gráfico 6 se observa claramente que el área más afectada es la toma de decisiones en un 37%, así mismo un 22% en el área del afecto, seguido de un 19% afectando la comunicación.

Gráfico 6



Finalmente sometiendo a valoración los resultados se obtiene que la mayor parte de las parejas entrevistadas poseen una disfunción moderada, correspondiendo a esta el 47%; sin embargo el 35% posee un desempeño severamente disfuncional, siendo esta cifra importante en el estudio, finalmente el 18% de la muestra analizada obtuvo resultados que los calificaron como pareja funcional.

Gráfico 7



VII. DISCUSIÓN.

Este estudio permitió conocer el impacto de la funcionalidad conyugal en padres de hijos con TDAH.

Es importante destacar como tener un hijo con TDAH parece afectar negativamente a las relaciones matrimoniales, ya que provoca conflictos y distanciamiento entre la pareja. Los problemas maritales se reflejan más en una convivencia difícil que afecta a toda la familia.

El impacto que produce en los padres el hecho de tener un hijo con este trastorno destaca el estrés y la elevada conflictividad de la interacción padres e hijos. En este estudio se encontró que existe una disfunción conyugal moderada, en la que el área más afectada fue la toma de decisiones, afecto y la comunicación, produciendo un nivel de funcionamiento conyugal y familiar poco satisfactorio.

Cabe señalar en este estudio la escolaridad de los padres, predominando la enseñanza media básica y básica. Para algunos autores (Jofree-Velázquez, 2007) la mejor evidencia de las influencias ambientales y familiares sobre el TDAH proviene de estudios de intervención, los cuales señalan mejoría sintomática en los hijos cuando los padres han sido capacitados para mejorar sus habilidades de manejo parental considerando su circunstancia educativa, laboral o de pareja.

VIII. CONCLUSIONES.

Con el presente estudio se concluye que el impacto de funcionalidad conyugal en padres con hijos con TDAH se encuentra alterada. En un gran porcentaje de las parejas encuestadas se encontró una moderada disfuncionalidad. Se observó que el área más afectada fue la toma de decisiones, afecto y comunicación, generando un mayor riesgo de sentimientos de ineficacia personal, estrés, frustración, enojo y rechazo, que afectan negativamente a la interacción que mantienen con sus hijos.

La crianza de un hijo con este padecimiento ofrece numerosos retos a los padres, en los intentos de manejar y controlar su conducta, siendo la gravedad de las dificultades de los niños un factor importante de la situación estresante ocasionando disfunción conyugal.

Este padecimiento presenta un profundo deterioro en su desarrollo social, familiar y escolar.

Es importante destacar que en nuestro país sigue habiendo niños que no están recibiendo la atención que precisan para que su adaptación al contexto familiar y a otros ámbitos, sea adecuada.

Es importante que existan más programas de orientación psicoeducativas, donde se desarrollen estrategias que permitan la identificación más oportuna de casos con TDAH y los padres de estos niños puedan interactuar de una mejor manera con ellos y así reducir las fricciones dentro del seno familiar creando un ambiente adaptado a sus necesidades.

El trabajo realizado lanza buenos resultados de los indicadores analizados, a su vez es posible mejorarlo dado que hubo algunas preguntas que requirieron de una breve explicación de su naturaleza (vgr. Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica) de donde se puede mejorar tomando en cuenta lo siguiente:

Se utiliza el término Analogía (gr. αναλογία (ανα-ana -reiteración ó comparación- y λογος-logos razón) para comparar o relacionar dos o más objetos, razones, conceptos o experiencias, basándose en la existencia de las semejanzas entre

unos y otros. Se trata de un término de uso frecuente, como figura retórica, en el arte literario que es estudiado por la lingüística y, más recientemente por la semiótica, debido al predominio de la imagen en el mundo del audiovisual. En lo que respecta a este trabajo, es conveniente señalar que el vocablo comunicación analógica, o sea lo relativo a la comunicación no verbal o conducta corporal, se emplea en comparación o relación con la comunicación en la que se utiliza el amplio campo de la palabra o signos verbales.

Por lo que se propone una reformulación de la pregunta como:

¿Ha notado usted que cuando habla con su pareja lo que expresa o dice con palabras lo acompaña o lo refuerza con sus miradas, manos, gestos, actitudes, movimientos, estados de ánimo, silencios, etc.?

El diagnóstico y tratamiento de todo paciente con síndrome de TDAH debe ser considerado trascendente por los compañeros médicos ya que el cuadro no es exclusivo de médicos pediatras o psiquiatras dado que existen datos que todo médico familiar debe estar capacitado para apreciar en la consulta familiar y obtener un adecuado diagnóstico y tratamiento, además de dar seguimiento a su manejo posterior.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3th ed., rev.). Washintong, DC: Authir.
2. american Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed). Wahintong, DC: Author.
3. Douglas VL, Peters KG (1979): Toward a clearer definition of the attentional deficit of hyperactive children. New York: Plenum.
4. Gratch Luis Oscar, el trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD), 2da. Edición, editorial Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 2009.
5. Romero Ogawa Teresita, Lara-Muñoz Carmen, Estudio familiar del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Salud mental, Vol.25, No.3, Depto. De Psiquiatría Facultad de Medicina Benemérita Universidad autónoma de Puebla, 2002.
6. Barragán- Pérez Eduardo, De la Peña-Olvera Francisco, Primer concenso Latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Boletín Médico Hospital Infantil de México, Vol. 64, 2007.
7. Barragán E, De la Peña F, 1er. Concenso Mexicano de TDAH, 1ra. Edición, Editorial Intersistemas S.A. de C.V. México D.F., 2008.
8. García García M.D., Prieto Tato L.M., Trastorno por déficit de atención e hiperactividad; un problema actual, An Pediatría, Salamanca, España, 2008.
9. R.E. Ulloa, S. Sánchez, Psicopatología asociada al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños de edad escolar, Actas españolas. Psiquiatría, Hospital psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro México D.F. 2006.
10. Huerta González José Luis, Medicina Familiar, La familia en el proceso salud-enfermedad, 1er. Edición, Editorial Alfil, S.A. de C.V, México, D.F. 2005.
11. Nava, Montiel, Clima Familiar en el trastorno por Déficit De Atención e Hiperactividad, Psicología Conductual, Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo; Universidad de Zulia Venezuela, 2005.

12. Herrera Santi M.D., La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud, Revista cubana Médica general integrada, 1997.
13. Presentación- Herrero, García- Castellar. Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: Efecto de los problemas de conducta asociados, Rev. Neurología 2006.
14. Anzures Carro, Chávez Aguilar, García Peña, Pons Álvarez, Medicina familiar, Primera Edición, Editorial Corinter, México, 2008.
15. Serfontein Gordon, La limitación Oculta. Editorial Diana, México 1998.
16. Barragan PE, Borboa AE, Garza MS, Eficacia y seguridad del Clorohidrato de atomoxetina en el tratamiento de pacientes con trastorno con déficit de atención e hiperactividad, 2005
17. Ruiz, García M, Gutiérrez Moctezuma Juvenal, Trastorno de atención con hiperactividad. Actualidades diagnósticas y terapéuticas, Academia Mexicana de Pediatría. 2005.
18. De la Peña Francisco, El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en México y Latinoamérica: Avances y retos para el diagnóstico, el tratamiento y la investigación, Salud mental, 2009.
19. Joffre V, García MG, Martínez PG, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Un estudio descriptivo en niños mexicanos atendidos en un hospital psiquiátrico, Hospital psiquiátrico de Tampico, México, 2007.
20. Garduño Hernández Florentino, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Revista Mexicana de pediatría, vol. 70, número 2, 2003.
21. DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Editorial Masson, Barcelona, España, 2003
22. Mendoza-Solís L.A., Soler-Huerta E., Análisis de la dinámica familiar y funcionalidad familiar en atención primaria, archivos en medicina familiar, Vol.8, 2006.
23. Fernández-Pita, Determinación del tamaño muestral, Unidad de epidemiología Clínica y bioestadística, CAD. Atención Primaria, 1996.

X. ANEXOS
Cuestionario Variables Intervinientes.

1.- Edad (en años cumplidos) _____

2.- Edad de su hijo (en años cumplidos) _____

3.- Genero

a) Femenino

b) Masculino

4.- Escolaridad

a) Sin escolaridad

b) Primaria incompleta

c) Primaria completa

d) Secundaria incompleta

e) Secundaria completa

f) Preparatoria

g) Licenciatura

5.- Estado Civil

a) Casado(a)

b) Unión Libre

6.- Ocupación

a) Ama de casa

b) Empleado

c) Desempleado

d) Comerciante

e) Profesionista

f) Obrero

7.- Lugar que ocupa su hijo en la familia

a) Primero

b) Segundo

c) Tercero

d) Cuarto

e) Quinto

f) Otro

Funciones	Valores		
	Nunca	Ocasional	Siempre
I. Comunicación (1-3)	0	5	10
II. Adjudicación y asunción de roles (4-6)	0	2.5	5
III. Satisfacción sexual. (7-8)	0	5	10
IV. Afectos (9-12)	0	2.5	5
V. Toma de decisiones (13)	0	7.5	15

Familia: _____

Aplicado a: _____

Puntaje: _____

Correspondiente a: _____



Asunto: Protocolo de Investigación de T.D.A.H.

Durango, Dgo., 27 de Mayo del 2011

DRA. MARIA CONCEPCION VENEGAS
MEDICO DIRECTOR DEL HOSPITAL
PSIQUIATRICO DE LA S.S.D.
P R E S E N T E.

Por medio del presente me permito presentar A Ud. Al C. Dr. Gustavo Corral Corral, quien labora en la Unidad de Orientación al Público "Pte" de Educación Especial como medico escolar.

Lo anterior con la finalidad de desarrollar protocolo de investigación de Trastornos de Déficit de Atención Hiperactividad e impacto en las madres en estos niños.

Sin otro particular por el momento me despido de usted, agradeciendo su apoyo.

ATENTAMENTE

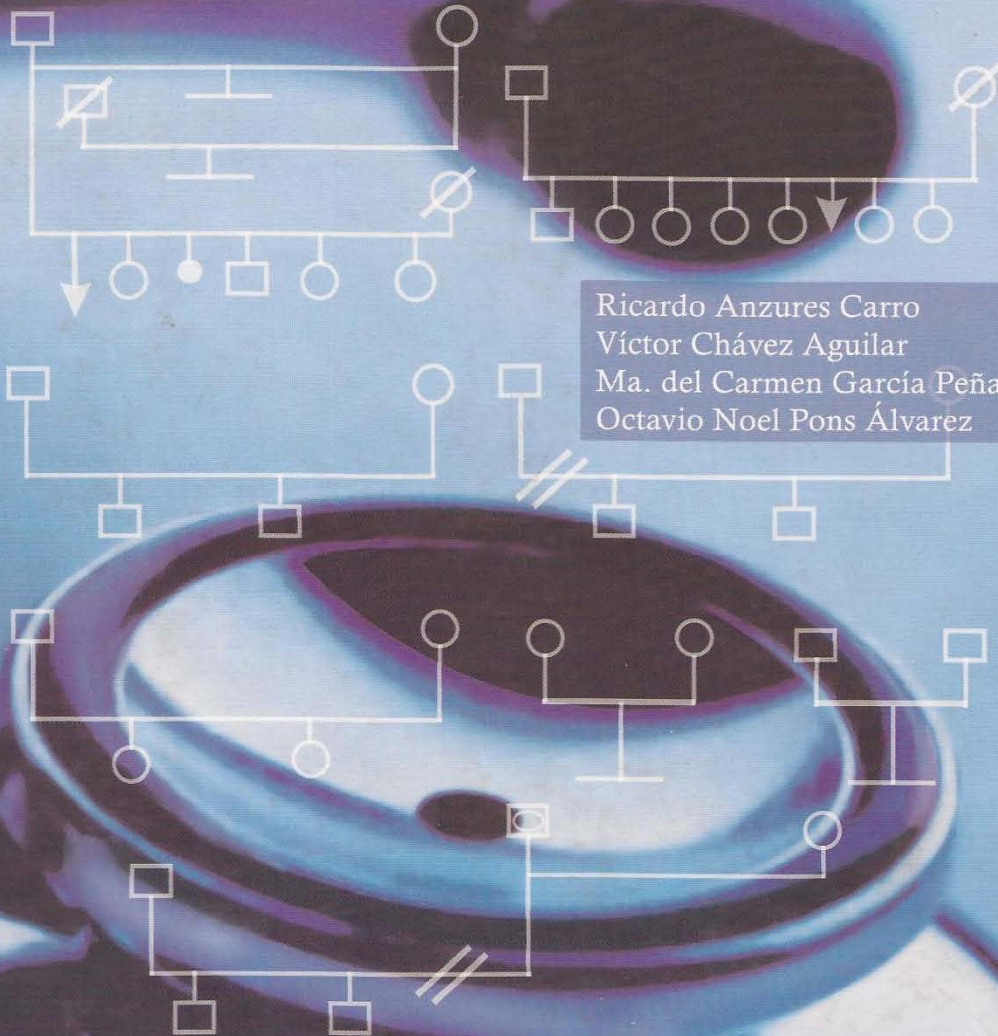



GOBIERNO DEL ESTADO DE DURANGO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
DEPTO. DE EDUC. ESPECIAL
UNIDAD DE ORIENTACIÓN
AL PÚBLICO
C.C.L. 10FD0011-A
DURANGO, DGO.

Psic. Arnulfo Olvera Mare
Coordinador de la U.O.P "Pte"

c.c.p. Dr. Horacio Valdez Flores.- Jefe del Depto. De Paidopsiquiatria
c.c.p. Minutario.

Medicina *Familiar*



Ricardo Anzures Carro
Víctor Chávez Aguilar
Ma. del Carmen García Peña
Octavio Noel Pons Álvarez



9. EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Evalúa la funcionalidad de la pareja,²⁸ se considera que ésta debe ser gratificante y clara, sin perder de vista el entorno social en que se encuentra inmersa la pareja, además aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores, valora a través de una escala semi-cuantitativa:

I. Comunicación

- a. Se comunica directamente con su pareja.
- b. La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia.
- c. Existe congruencia entre la comunicación verbal y analógica.

II. Adjudicación y asunción de roles

- a. La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican.

261

MEMBRILLO • FERNÁNDEZ • QUIROZ • RODRÍGUEZ

- b. Son satisfactorios los roles que asume la pareja.
- c. Se propicia el intercambio de roles entre la pareja.

III. Satisfacción sexual

- a. Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales.
- b. Es satisfactoria la calidad de actividad sexual.

IV. Afecto

- a. Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja.
- b. El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante.
- c. Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja.
- d. Perciben que son queridos por su pareja.

V. Toma de decisiones

- a. Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente.

Para la calificación de este instrumento se utiliza un valor numérico de 0, 5 y 10, según el grado de satisfacción para cada pregunta, al final se suma los puntos y se compara con una escala preestablecida en la cual se encuentran los siguientes valores:

Calificación de la funcionalidad del subsistema conyugal

- | | |
|--------|----------------------------------|
| 0-40 | Pareja severamente disfuncional. |
| 41-70 | Pareja con disfunción moderada. |
| 71-100 | Pareja funcional. |

Reliability Results: Spreadsheet1

Number of items in scale: 13

Number of valid cases: 60
Number of cases with missing data: 0
Missing data were deleted: *casewise*

SUMMARY STATISTICS FOR SCALE

Mean:	51.45833333	Sum:	3087.5000000
Standard Deviation:	22.992683373	Variance:	528.66348870
Skewness:	.071842585	Kurtosis:	-.716060673
Minimum:	5.000000000	Maximum:	100.000000000
Cronbach's alpha:	.876644903	Standardized alpha:	.906052954
		Average Inter-Item Correlation:	.436755266

Quick | Advanced | Attenuation | More items? | How many?

Summary: Item-total statistics

Split half reliability

Cancel

Options