



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE  
COORDINACION AUXILIAR DE INVESTIGACION EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 4 GUAYMAS, SONORA**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
TESIS**

**TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y  
SUS REPERCUSIONES EN LA DINÁMICA FAMILIAR**

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

**PRESENTA:**

**DR. NICOLÁS GALAVIZ COTA**

**Guaymas, Sonora, México.**

**Febrero 2014**



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.

**TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y SUS  
REPERCUSIONES EN LA DINÁMICA FAMILIAR**

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

**PRESENTA:**

**DR. NICOLÁS GALAVIZ COTA**

**AUTORIZACIONES**



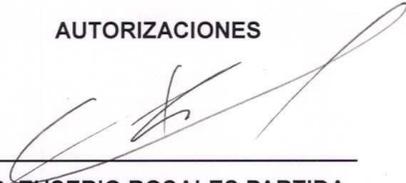
**DR. JOSÉ LUIS ROBLES GUTIÉRREZ**

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.  
PROFESOR TITULAR CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
PARA MÉDICOS GENERALES.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 4.

GUAYMAS, SONORA.

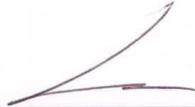
**TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD Y  
SUS REPERCUSIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR**

**AUTORIZACIONES**



**DR. EUSEBIO ROSALES PARTIDA**

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
DELEGACIÓN SONORA.



**DRA. BENITA ROSARIO URBÁN REYES.**

COORDINADORA AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD  
DELEGACION SONORA.



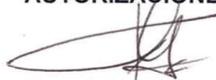
**DRA. CRUZ MÓNICA LÓPEZ MORALES.**

COORDINADORA AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DELEGACION SONORA

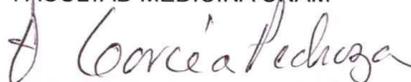
**TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD Y  
SUS REPERCUSIONES EN LA DINÁMICA FAMILIAR**

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

**DR. NICOLÁS GALAVIZ COTA  
AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD MEDICINA UNAM



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DE LA SUBDIVISION DE  
MEDICINA FAMILIAR.  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISION DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.

## INDICE

CONTENIDO	PAGINA
RESUMEN	1
MARCO TEORICO	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
JUSTIFICACION	12
OBJETIVOS	14
MATERIAL Y METODOS	15
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	25
CONCLUSIÓN	27
BIBLIOGRAFIA	29
ANEXOS	34
CUADROS Y GRAFICAS	42

## RESUMEN

### “TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD Y SUS REPERCUSIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR.”

\*Galaviz –Cota N, \*\*Robles-Gutiérrez JL \*Alumno del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS UMF No. 4 Guaymas, Sonora, \*\*Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF No. 4 Guaymas, Sonora.

**Antecedentes:** El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los principales trastornos neuro - psiquiátricos de inicio en la infancia, se caracteriza por una triada sintomatológica: Capacidad de atención disminuida, hiperactividad e impulsividad; lo cual, la mayoría de las veces tiene repercusión en la dinámica familiar. En la actualidad, no ha sido tan investigado debido al sub-registro y ha despertado un gran interés social en la última década debido a la alta prevalencia, y a las implicaciones negativas en el ámbito familiar, escolar y a la frecuente asociación que presenta con otras psicopatologías. **Objetivo:** Determinar las repercusiones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la dinámica familiar. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, en el Hospital General de Zona número 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Ciudad de Navojoa, Sonora, donde se incluyeron a todos los niños de 4 a 15 años, con diagnóstico de TDAH con base de datos de expediente electrónico. Se aplicó el instrumento FACES III, subsistema conyugal y APGAR, que evaluaron el funcionamiento familiar. Los datos obtenidos se vaciaron en tablas de registro y se procesaron en el programa SPSS versión 15 para su análisis con  $X^2$ . **Resultados:** 46.2 % manifestaron familia funcional, 46.2 % familia con disfunción familiar leve, y 7.7 % dijeron tener una familia con disfunción familiar grave. De los

cuales el 76.9 % provenía de una familia nuclear, 23.1 % de una familia mono parental. **Conclusiones:** Es de vital importancia el realizar diagnósticos oportunos en niños que acuden a consulta en nuestro actuar diario, ya que se corrobora un marcado sub registro en el número de pacientes con diagnóstico de dicha patología, con ello conlleva una menor atención sobre los efectos que nos pudiera estar ocasionando tener un paciente con TDAH en el núcleo familiar.

**Palabras clave:** *Déficit de atención, hiperactividad, dinámica familia.*

## MARCO TEORICO

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad ( TDAH ) es un padecimiento del neurodesarrollo que se inicia durante la infancia y cuyos principales síntomas son la inatención, la hiperactividad y la impulsividad <sup>1</sup>

En la actualidad, las dos clasificaciones de los trastornos mentales más ampliamente utilizadas son la clasificación Internacional de Enfermedades ( CIE ) de la Organización Mundial de la Salud ( OMS ), en su décima edición ( CIE – 10 ) y la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana ( APA ) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición texto revisado ( DSM – IV TR ). Ambas clasificaciones señalan los 7 años como límite superior para el inicio de los síntomas, cuya frecuencia e intensidad deberá ser excesiva para la edad y el nivel mental del niño, debiendo persistir al menos 6 meses, y con repercusión clínica significativa sobre la actividad social, académica o laboral. Asimismo los síntomas deben suscitarse en al menos dos situaciones ( por ejemplo, en la casa y en la escuela). No se realizará el diagnóstico cuando los síntomas aparezcan exclusivamente en el trascurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, o se expliquen mejor con otro trastorno mental, como los trastorno afectivos ( ansiedad y/o depresión ).<sup>2</sup>

La etiología de este trastorno incluyen factores neurobiológicos y medioambientales, las investigaciones en neurociencias, los estudios genéticos y los ensayos farmacológicos han aportado distintos datos que apoyan en mayor medida su origen biológico.<sup>3</sup>

A pesar de las claras evidencias de la transmisión familiar del trastorno, e incluso de la asociación del trastorno a marcadores genéticos como el receptor de dopamina D4, la discriminación entre el componente familiar, componente ambiental y la determinación del modelo hereditario que subyace a esta transmisión familiar, no ha podido ser dilucidada con precisión.<sup>4</sup>

Para evaluar estos síntomas con objetividad debemos tomar como punto de referencia los criterios que propone la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su último manual publicado (DSM - IV TR). Éste considera que para que un niño pueda ser diagnosticado de este trastorno debe cumplir los cinco puntos siguientes:

**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 (un niño que presente cuatro o cinco de estas conductas no podrá ser diagnosticado de TDAH, pero seguirá planteando dificultades):

**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 la 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 sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
  - (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 con 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 incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

**Hiperactividad**

- (a) A menudo mueve es exceso manos o 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 tuviera un motor
- (f) A menudo habla en exceso

### **Impulsividad**

- (g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido las preguntas
- (h) A menudo tiene dificultades para guardar turno
- (i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en 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. trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).<sup>1</sup>

Este trastorno es uno de los más comunes en la infancia con una prevalencia aproximada del 3% al 5%.<sup>5</sup> El diagnóstico es más frecuente en niños que en niñas (3:1)<sup>6</sup> En México se estima que hay aproximadamente 33 millones de niños y adolescentes de los cuales 1.5 millones podrían ser diagnosticados con TDAH.

En el contexto clínico, al menos 30% de los pacientes que acuden a valoración de primera vez en los servicios de psiquiatría infantil presentan problemas de inatención, hiperactividad o impulsividad. El estudio más importante que proporciona evidencia de la utilidad de combinar intervenciones psicosociales y farmacológicas en el tratamiento de este padecimiento es el estudio multi céntrico de tratamiento multimodal para niños con TDAH.<sup>7</sup>

El análisis de las interacciones padres – hijos ha puesto de manifiesto que los padres que tiene hijos con TDAH emplean un tono de voz más serio y hacen comentarios más negativos sobre el comportamiento de sus hijos, imponiendo límites a veces excesivamente estrictos, pero sin ofrecer explicaciones al respecto.<sup>8,9</sup>

La problemática del niño con TDAH dificulta la labor educativa de sus padres, que suelen sufrir sentimientos de frustración, culpabilidad, estrés, baja autoestima, insatisfacción con su rol parental y desconfianza en sus habilidades como padres. Los padres de niños con TDAH se consideran menos competentes en el desempeño de su rol de padres y valoran que su calidad de vida es poco satisfactoria.<sup>10</sup> Por ello es importante revisar y acompañar a los padres con prácticas educativas correctas para el buen funcionamiento familiar.<sup>11</sup>

Junto a otros componentes, hay que ofrecer a los padres información que reduzca su inseguridad y sentimientos de culpabilidad; facilitarles estrategias para reducir el nivel de estrés que puede provocar el comportamiento de sus hijos; asesorarles acerca de cómo potenciar las habilidades de comunicación y solución de problemas; ayudarles a promover una distribución clara de responsabilidades y roles,

construyendo un estilo educativo autoritativo, no coercitivo ni sobreprotector.<sup>12</sup> El objetivo del tratamiento no es sólo la reducción de síntomas, sino también la recuperación de la funcionalidad.<sup>13</sup>

Los tratamientos disponibles en la actualidad se centran en reducir los síntomas del TDAH y mejorar el funcionamiento. Los tratamientos incluyen medicamentos, diferentes tipos de psicoterapia, educación o capacitación, o una combinación de tratamientos.<sup>14</sup>

Se usan diferentes tipos de psicoterapia para tratar el TDAH. La terapia conductual tiene como objetivo ayudar a un niño a cambiar su conducta. Puede implicar ayuda práctica, como ayudar a organizar tareas o completar el trabajo escolar, o superar eventos emocionalmente difíciles. La terapia conductual también le enseña al niño cómo monitorear su propia conducta. Aprender a darse elogios o premios por actuar de una manera deseada, como controlar la ira o el pensar antes de actuar, es otro de los objetivos de la terapia conductual. Los padres y maestros también pueden expresar comentarios positivos o negativos para ciertas conductas. Asimismo, normas claras, listas de tareas y otras rutinas estructuradas pueden ayudar que un niño controle su conducta.<sup>15</sup>

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistemas paterno – filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos). La dinámica familiar es el juego de roles o papeles de los miembros de una familia, que puede clasificarse de acuerdo a; su composición (nuclear, extensa o

compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la ocupación (campesino, empleado o profesionista), la integración (integrada, semiintegrada o desintegrada).<sup>16</sup> La familia es uno de los contextos más relevantes en la vida del ser humano. Los estudios muestran el estrecho vínculo entre experiencias vividas en la familia, la salud y el desarrollo del individuo.<sup>17</sup>

El rol de la familia en la asociación del TDAH y los problemas de conducta tienen especial interés debido al valor predictivo que los estudios de seguimiento han demostrado que dicha asociación tiene en la evolución hacia conductas adictivas y delincuencia.<sup>18</sup>

En el estudio longitudinal realizado en la Universidad de Valencia España por Pino V y col ( 2009 ), llamado “Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH” donde incluyeron 42 familias que tuvieran niños con tal diagnóstico, distribuidos en dos grupos con y sin tratamiento (grupo que aplicaron intervenciones y grupo control) realizaron intervenciones con 3 programas diferentes; enfocados directamente con los niños, con los padres y con los profesores. Donde apreciaron que la mediana del grupo tratado disminuyó tras el tratamiento, y por lo tanto la problemática, en todas las áreas analizadas. Al comparar mostraron mejoría significativa en todos los casos; sentimientos, actitudes, vida social, economía, relación matrimonial, relación entre hermanos, dificultad para vivir con él e influencia sobre la familia.<sup>19</sup>

En un estudio comparativo realizado en la unidad de medicina familiar número 61 del instituto Mexicano del Seguro Social en el Estado de Veracruz, México, por

Straffon – Vincent R y cols en junio del 2008, para determinar el impacto familiar del escolar hiperactivo; donde los padres percibieron un mayor impacto familiar en las dimensiones de vida social, financiera, relación matrimonial, relación entre hermanos y dificultad para vivir con el escolar, y en cambio consideraron una menor influencia sobre la familia en el grupo de escolares con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, que en el grupo control.<sup>20</sup>

En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar y la función conyugal mismos que han sido aplicados en mucho estudios los cuales han sido mejorados a través de la historia y avalados actualmente para su utilización como es el caso del instrumento para evaluar el subsistema conyugal aplicado en el IMSS desde hace varios años en estudios de salud Familiar, otro instrumento socorrido es el Faces III (escalas evaluativas de cohesión y adaptabilidad familiar) diseñado por Olson instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por Gómez Clavelina e Irigoyen.<sup>21</sup>

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los principales trastornos neuro psiquiátricos de inicio en la infancia, se caracteriza por una triada sintomatológica: capacidad de atención disminuida, hiperactividad e impulsividad. Lo cual en la mayoría de las veces tiene repercusión en la dinámica familiar pero no ha sido investigado debido al sub registro de dicho diagnóstico. Esto nos da una perspectiva de la realidad que nos orienta como médicos a formular diagnósticos de salud y de esta manera intervenir de forma integral en el plan de tratamiento y con ello disminuir o eliminar las repercusiones en la función con beneficio en el desarrollo de la familia, de los niños con esta patología (TDAH) y por ende integrarlo a la sociedad de manera activa.

Con base a los datos antes expuestos y por razones de que no existen estudios relacionados en nuestra comunidad sobre los efectos de este trastorno sobre la dinámica familiar nos lleva a investigar en nuestra comunidad este trastorno y nos formulamos la siguiente pregunta:

***¿Cuáles son las repercusiones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la dinámica familiar?***

## JUSTIFICACIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) afecta aproximadamente a un 8 % de niños en el mundo<sup>4</sup>, estudios de seguimiento a largo plazo han demostrado que entre el 60 y 75 % de los niños con TDAH continúa presentando los síntomas hasta la vida adulta, incluso sus manifestaciones son más graves para la familia y la sociedad, con la probabilidad de cursar con violencia, conflictividad personal, tendencia al consumo de alcohol y drogas, con dificultad para controlarlas a esta edad.<sup>22</sup>

El TDAH es un motivo de consulta pediátrica frecuente y en ocasiones pasa desapercibida por los padres, sin saber que el bajo rendimiento escolar o la falta de “quedarse quieto” en un solo lugar o incluso en conjunto, es parte de un trastorno y no de una etapa de la vida. Su estudio, ha despertado un gran interés social en la última década debido, entre otras razones, a la alta prevalencia, y bajo sub registro a las implicaciones negativas que presenta en el ámbito familiar, escolar y a la frecuente asociación que presenta con otras psicopatologías. Además, a causa de su persistencia a lo largo de curso vital y de su impacto en varias áreas de adaptación social, el TDAH constituye una pesada carga económica para la sociedad en términos de recursos necesarios para su tratamiento y de la consecuente pérdida de trabajo para los pacientes y miembros de la familia.<sup>23</sup>

Debido a lo anterior, se decidió abrir esta línea de investigación que permitió conocer no solo la prevalencia del padecimiento, sino que además nos ayudo a crear

estrategias educativas que beneficiaron tanto a padres como a niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, lo cual mejorara la autoestima de cada uno y facilitara la adaptación del núcleo familiar ante este evento crítico.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

- Determinar las repercusiones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la dinámica familiar.

### **Objetivos específicos:**

- Evaluar el funcionamiento familiar
- Evaluar la adaptabilidad de las familias
- Evaluar la cohesión de las familias
- Evaluar el sistema conyugal de las familias

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Característica del lugar donde se llevó a cabo el estudio:**

El estudio se realizó en el Hospital General de Zona No3, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Navojoa, Sonora, México, en el periodo comprendido de Agosto a Octubre del 2012. Son clínicas de primer nivel que cuenta con una población adscrita de 84 493 derechohabientes.

### **Tipo del estudio.**

Se realizó un estudio epidemiológico, de tipo transversal descriptivo.

### **Población de estudio**

Pacientes de 4 a 15 años de edad con diagnóstico de TDAH que acuden al servicio de Pediatría del Hospital General de Zona No3.

### **Muestra y muestreo**

Para nuestro estudio se incorporó el total del censo de niños de 4 a 15 años de edad con diagnóstico de TDAH del Hospital General de Zona No3 (28).

El muestreo fue no probabilístico por casos consecutivos.

## **Criterios de selección**

### Criterios de inclusión:

- Familias las cuales tengan hijos con diagnóstico de TDAH entre 4 y 15 años que acepten participar en el estudio.
- Firmen consentimiento informado.
- Que los pacientes se encuentren actualmente bajo algún tratamiento, ya sea farmacológico o no farmacológico.
- Que tengan menos de 6 meses de diagnóstico.

### Criterios de exclusión:

- Analfabetismo de los padres del paciente.
- Padres con patología psiquiátrica (psicosis, esquizofrenia, demencia).

### Criterios de eliminación:

- Llenado incompleto y/o incorrecto de las encuesta.

## Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Dinámica familiar</b>	Es el juego de roles o papeles de los miembros de una familia,	Se realizó a través de los resultados de la aplicación de los instrumentos:  A) APGAR Familiar B) FACES III C) SISTEMA CONYUGAL		Cualitativa ordinal
<b>Edad</b>	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	Es la expresión en años del tiempo vivido. Se tomará el dato del expediente clínico en años completos.	Años	Cuantitativa discreta
<b>Género</b>	El género es una construcción social histórica y cultural de los seres humanos en función de su sexo desde su nacimiento. Con roles y funciones sociales distintas.	Es la clasificación en masculino o femenino en función al sexo biológico.	Femenino masculino	Cualitativa nominal dicotómica
<b>Escolaridad</b>	Se refiere a cada una de las etapas en que se divide un nivel educativo. A cada grado corresponde un conjunto de conocimientos.	Nivel educativo actual de las pacientes.	Pre-escolar Primaria Secundaria	Cualitativa nominal

## **Descripción general del estudio**

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en las unidades de medicina familiar pertenecientes al hospital general de zona 3 (IMSS) de Navojoa, Sonora. El cuál fue revisado y autorizado por el comité local de investigación para su realización. Ya autorizado se capturaron a todos los pacientes que se encontraban con diagnóstico captados en la base de datos del expediente electrónico, quedaron excluidos aquellos que no cumplieron con los criterios de inclusión o aquellos que tengan criterios de eliminación, se les cito a consulta a padres y niños para hacer una entrevista dirigida por el investigador para explicar el motivo del estudio y en qué consistía la aplicación del instrumento FACES III (Anexo II), SUBSISTEMA CONYUGAL (anexo III) y APGAR (anexo IV), para evaluar la dinámica familiar considerando la comunicación, los límites, la jerarquía así como la funcionalidad familiar desde el punto de vista de adaptabilidad y cohesión, la entrevista se realizo al menos a tres miembros de cada familia, que nos evaluó el funcionamiento familiar, previo consentimiento informado. Los datos obtenidos se capturaron en la hoja de recolección de datos y se procesaron por medio del programa SPSS versión 15, se vaciaron los datos en tablas de registro para su análisis posterior con  $X^2$  y OR.

## **Instrumento de evaluación**

El instrumento de subsistema conyugal que se valora a través de una escala cuali - cuantitativa la comunicación, el afecto , la adjudicación de roles, la satisfacción sexual y la toma de decisiones en la pareja, dando un valor numérico de 0, 5 y 10 según el grado de satisfacción para cada pregunta , realizando la sumatoria de

puntos y comparándola con la escala preestablecida en la que un valor de 0 a 40 puntos hable de parejas gravemente disfuncionales, entre 41 y 70 puntos de parejas moderadamente disfuncional y con más de 70 puntos de parejas considerada funcionales.

Para valorar la participación del resto de de la familia en la dinámica familiar se aplico el instrumento de FACES III, el cual ha sido aplicado con éxito tanto en Europa como en México diseñado por Olson y cuyas siglas en ingles significan Escalas Evaluativas de cohesión y adaptabilidad Familiar, instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en 2003 en México por Gómez Clavelina e Irigoyen que valora a través de 20 reactivos la comunicación, las jerarquías, y los limites así como la adaptabilidad y cohesión familiar. Para ello destina las preguntas para la cohesión y las preguntas pares para la adaptabilidad, este instrumento para su mejor interpretación se coteja con los resultados numéricos en el sistema circunflejo creado también por Olson en el cual clasifica las familias según su cohesión en: no relacionada con un valor entre 10 y 34 puntos, semi relacionada con un valor de 35 a 40 puntos, relacionada con valor entre 41 a 45 puntos y aglutinada entre 46 a 50 puntos y según su adaptabilidad en rígida con un valor entre 1 a 19 puntos, estructurada entre 20 a 24 puntos ,flexible entre 25 a 28 puntos y caótica entre los 29 a 50 puntos, de esta combinación resultan 16 tipos de familias al conjuntar al tipo de la familia según su cohesión y según su adaptabilidad a manera de coordenadas. Así se clasifican las familias en balanceadas o funcionales, de rango medio o moderadamente disfuncionales y extremas o severamente

disfuncionales según el modelo circunflejo de Olson, resultando que permiten tomar decisiones sobre el tratamiento a seguir con las familias.

### **Validación del instrumento**

FACES III, aplicado con éxito tanto en Europa como en México diseñado por Olson y cuyas siglas en inglés significan Escalas Evaluativas de cohesión y adaptabilidad Familiar, instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en 2003 en México por Gómez Clavelina e Irigoyen que valora a través de 20 reactivos la comunicación, las jerarquías, y los límites así como la adaptabilidad y cohesión familiar.

El cuestionario APGAR familiar (Family APGAR), fue diseñado en 1978 por Smilkstein 1 para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutoria (resolve). En la validación española la fiabilidad test-retest es superior a 0.75. Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.84).

### **Principios éticos**

En este estudio no se perjudican los principios de justicia, beneficencia y respeto. Por ser un estudio sin intervención a través de encuestas, se considera un estudio sin riesgo. Tomando en cuenta que a cada participante se le aplicó cuestionario, aunque de manera anónima, no deja de ser de alguna manera incómoda, por ello se solicitará la participación libre y voluntaria, se le otorgará un formato de consentimiento informado para la participación en protocolos de

investigación del IMSS (clave 2810-009-013). En donde se aclara el objetivo de la encuesta, los cuales serán solo con fines de investigación.

Según tratado de Helsinki en su última revisión y del Código de Nuremberg, se trata de un estudio con riesgo mínimo por la incomodidad, pero aun así se aplican los principios de justicia, beneficencia y respeto

**JUSTICIA:** Este principio no se afecta ya que el trato será justo, equitativo y sin riesgo al bienestar vital.

**BENEFICIENCIA:** Este principio se promueve en el estudio ya que su realización es para fines de mejorar la dinámica familiar. Además aplica el hacer el bien y no hacer daño, ya que se respeta la autonomía de los participantes, así como de sus valores.

**RESPECTO:** Este principio no se afecta, ya que se respeta la libre voluntad de participar en el estudio bajo carta de consentimiento informado, sin que la decisión de no participar afecte la atención y/o consecución del proceso educativo del estudiante. Se respetara las preferencias de la población estudiada, y no se rebelaran nombres.

## RESULTADOS

En el estudio realizado en forma descriptiva, observacional, transversal, en las unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social del Hospital General de Zona numero 3, de la zona urbana de la Ciudad de Navojoa Sonora, donde se estudiaron 13 niños de 4 a 15 años, con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la base de datos de expediente electrónico, encontrándose todos ellos en tratamiento con metilfenidato sin especificar dosis ni tiempo de estar tomando, pero haciendo notar que todos ellos llevan menos de 6 meses con dicho tratamiento, tampoco se determino si las familias eran o no funcionales previo al estudio. Se encontró predominio en el sexo masculino con 9 pacientes que representa el 69.2 %, y 4 del sexo femenino que representa el 30.8%; de acuerdo al instrumento de APGAR; 7 madres de familia que representa el 53.8 % manifiestan familia funcional, 6 madres que representan el 46.2 % con disfunción familiar leve, y ninguna madre de familia disfunción familiar grave, de acuerdo al padre de familia 6 que representan el 46.2 % tienen familia funcional, 6 que representan el 42.2 % refieren tener una familia con disfunción familiar leve, y 1 padre de familia que representa el 7.7% con disfunción familiar grave, el total tenemos que el 46.2% de las familias son funcionales, un 46.2% con disfunción leve y en 7.7% con disfunción grave. (Ver cuadro 1)

De acuerdo al instrumento FACES III, en cuanto a la adaptabilidad encontramos en las madres de familia; 1 el cual representa el 7.7% se encontró familia caótica, 2 que representa 15.4% una familia estructurada, 1 que representa el

7.7% una familia flexible, y 9 de ellas que representan el 69.2% resultó con familia caótica. En base al padre de familia ninguno manifestó una familia rígida, 4 que representan el 30.8% una familia estructurada, 2 que representa el 15.4% una familia flexible, y 7 de ellos que representa el 53.8 % una familia caótica. En global tenemos que 1 que representa el 7.7% presenta familia rígida, 4 que representa el 30.8% estructurada, 2 correspondiente al 15.4% flexible, y 9 que es el 69.2 % caótica. Por otro lado, encontramos respecto a la Cohesión, según las madres de familia, que 2 de ella, es decir el 15.4% manifestó tener una familia no relacionada, y otras 2 con mismo porcentaje una familia semi-relacionada, 6 correspondiente al 46.2% resultaron relacionadas, seguidas por 3 con 23.1% una familia aglutinada; de acuerdo al padre de familia reportándose 3 que corresponde al 23.1% quienes manifestaron tener una familia no relacionada, seguidas por otras 3 familias, 23.1% en quienes se registró como semi-relacionada, 5 de ellas, 38.5% se clasificaron como relacionadas y 2 el 15.4% como aglutinadas. (Ver cuadro 2)

Con el instrumento de sub sistema conyugal en base a la madre de familia encontramos que 7 que representan el 53.8% manifestaron tener una pareja funcional, 3 correspondiente al 23.1% pareja moderadamente disfuncional y ninguna pareja con disfunción grave, en base al padre de familia 5 que representan el 38.5 % manifestaron pareja funcional, 5 los cuales representan el 38.5% una pareja moderadamente disfuncional, y ninguno tener disfunción grave. En global 7 correspondiente al 53.8% son parejas funcionales, 5 que son el 38.5 % parejas moderadamente disfuncional y el 0% son parejas gravemente disfuncional. (Ver cuadro 3)

De acuerdo al tipo de familia encontramos que 10 de ellas que representan el 76.9% son familias nucleares y 3 correspondiente al 23.1% son familias mono parentales.

(Ver cuadro 4)

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio encontramos predominio en el diagnóstico de TDAH en el sexo masculino con 9 pacientes que representa el 69.2 %, y 4 del sexo femenino que representa el 30.8%; resultados similares fueron encontrados por (Straffon Vincent R y cols en junio 2008) en su estudio con título impacto familiar del escolar con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, realizado en el estado de Veracruz, donde encuestaron a familias de 87 pacientes cuyo núcleo tuvieran un niño de entre 6 y 12 años de edad con dicho diagnóstico teniendo grupo control el mismo número de familias con misma edad solo que sin dicha enfermedad encontrando que 50 que representan el 57.2% correspondían al sexo masculino y 37 que corresponden al 42.5% del sexo femenino. Teniendo relación ambos resultados con lo descrito en la literatura donde nos marca una incidencia mayor en el sexo masculino 3:1 sobre el sexo femenino.

Mohammadi y col., En su estudio llamado “satisfacción marital entre padres de niños con Déficit de Atención e Hiperactividad y niños normales” demostraron que parejas con hijos con diagnóstico de TDAH, presentan mayor frecuencia de insatisfacción marital comparados con aquellas parejas que tenían hijos sin este trastorno, a diferencia de nuestro estudio donde solo se evaluaron parejas con niños con diagnósticos de TDAH, pero se demostró un mayor porcentaje de parejas con funcionalidad normal.

Pires y col., En su estudio llamado “Ambiente familiar y trastorno por déficit de atención e hiperactividad” realizado en Sao Goncalo, Brasil, en donde se evaluaron

problemas ambientales en adolescentes con TDAH, encontrando que existía 3.6 veces más disfunción familiar cuando tenían a un hijo con TDAH, en comparación con aquellas que no lo tenían, en nuestro estudio se encontró que de acuerdo a la percepción de la familia por medio de Apgar; se observó una mayor proporción de familias con algún grado de disfunción, demostrando similitudes con el estudio anterior.

## CONCLUSIONES

En este estudio que realizamos se relacionaron repercusiones en la dinámica en familias donde existieran niños con diagnóstico de TDAH, utilizando tres instrumentos de evaluación y en aquellas familias que no fueran nucleares se emplearon dos instrumentos exceptuando el de subsistema conyugal, cada uno de ellos se aplicó cuando a menos 2 integrantes de familia y en los casos que no fueron familias nucleares se le aplicó la encuesta a un integrante de la familia mayor de 18 años. Como conclusión encontramos que el 46.2% de las familias son funcionales, un 46.2% tienen disfunción leve y en 7.7% con disfunción grave, sin embargo no podemos decir que esto es debido a la presencia de un elemento con TDAH ya que se desconoce si existían los mismos resultados antes del estudio.

Es evidente el sub registro de pacientes con dicho diagnóstico ya que en nuestra zona estudiada con un total de 84 493 derechohabientes, solo 28 estaban diagnosticados como TDAH que representa solo el 0.03%, y de ellos, sólo el 46.4% cumplieron criterios para ser incluidos en el estudio, quedando así muy por debajo de lo escrito en la literatura donde nos marca que la prevalencia a nivel mundial es de entre 3 a 5% de los niños, y en México se estima que haya 33 millones de niños y adolescentes.

Es importante recalcar que por medio de un estudio transversal es incierto y erróneo decir que un problema se asocia al otro (por falta de temporalidad). Dentro de las limitaciones del estudio que merecen especial atención, es el hecho de

realizar un estudio con este diseño (retrospectivo), además el no incluir ciertas variables confusas que pudieran modificar las interacciones entre ellas.

### **Recomendaciones**

En base a los resultados obtenidos en nuestro estudio primero que nada recomendamos a los encargados de prestar atención médica de consulta externa, buscar con intensidad los datos clínicos que nos orienten a hacer diagnósticos más oportunos e integrales sobre los pacientes pediátricos y adolescentes que se atienden día a día, ya que queda de manifiesto el sub registro en nuestra zona de dichos pacientes por la poca cantidad de pacientes con tal diagnóstico, en comparación con los resultados estadísticos escritos en el mundo y en nuestro país, así como también se recomienda a las familias donde existe un paciente con TDAH, que se debe de llevar una terapia familiar enfocado a comprender que dichos pacientes requieren de tener apoyo familiar para su mejoría y una mejor evolución, así como tener una convivencia armónica entre sus integrantes, y mejora continua como redes de apoyo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, S.A. Barcelona, 2002.
  
- 2.- Vásquez J, Cárdenas EM, Feria M, Benjet C, Palacios L, De la Peña F. Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México 2010.
  
- 3.- Steinhausen H. The heterogeneity of causes and courses of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 120(5):392-399.
  
- 4.- Mendoza Solís LA, Soler Huerta E, Sainz Vázquez L, Gil Alfaro I, Mendoza Sánchez HF, Pérez Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Arch. Med. Fam.* Enero – Abril, año 2009.
  
- 5.- Willcutt E.G. The prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 2012, 490-499.
  
- 6.- Ramtekkar U.P., Reiersen A.M., Todorov A.A., Todd R.D. Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnosis. ( 2010 ).

7.- Palacios – Cruz L, De la Peña F, Valderrama A, y cols. Conocimientos, creencias y actitudes en padres Mexicanos acerca del TDAH. Salud Mental 2011; 34: 149 – 155.

8.- Rodríguez – Jiménez S, Solano – Villanueva KA, Consecuencias familiares y escolares en los hogares de 12 niños/as diagnosticados con TDAH de la corporación HIDEA, Facultad de ciencias humanas y sociales, programa de trabajo social, Bogotá Colombia 2009,Pág. 1-90.

9.- Lora – Espinosa A, Pediatra de Atención primaria, déficit de atención e hiperactividad en el niño y adolescente. La necesidad de un trabajo conjunto, Asociación de Andalucía, Pediatras de Atención primaria (monografía ), recuperado el 22 de noviembre de 2008.

10.- Albert J, López - Martín S, Fernández – Jaén A, Carretie L. Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención / hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. Revista Neurología, 2008; 47: 39-45.

11.- Raya – Trenas A.F, Herreruzo – Cabrera J, Pino – Osuna M.J. Estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. Psicothema 2008; 20 (4): 691-696.

12.- Miranda – Casas A, Grau – Sevilla D, Meliá de Alba A, Roselló B. Fundamentación de un programa multicomponencial de asesoramiento a familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Revista Neurología 2008; 46 ( Supl 1): S 43-5.

13.- Pelham W.J, Fabiano G. Evidence – based psychosocial treatments for attention – deficit/hyperactivity disorder. J Clin Child adolesc psycho 2008.

14.- Fulton BD, Scheffler RM, Hinshaw SP, et al. National variation of ADHD diagnostic prevalence and medication use: health care providers and education policies. Psychiatr Serv. 2009;60(8):1075-83.

15.- Jones K, Daley D, Hutchings J, et al. Efficacy of the Incredible Years Basic Parent Training Programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. Child Care Health Dev. 2009; 33(6):749-56.

16.- Gómez Clavelina FJ. Diagnostico de Salud Familiar. En Irigoyen-Coria A, Gómez – Clavelina FJ. Fundamentos de Medicina Familiar. 7ª ed. México: Medicina Familiar Mexicana. 2000 p. 103-140.

17.- Arnett J.J. adolescencia y adultez emergente. Un enfoque cultural. Tercera edición. México: Pearson Prentice Hall. (2008).

18.- Mannuzza S, Klein R.G y Moulton J.L. lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. Psychiatry Research 2008.

19.- Pinto Vicente, Meliá Amanda, Miranda Ana. Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. Escritos de psicología Vol. 2, No 3 p 18 – 26. Agosto 2009.

20.- Straffon – Vincent R, Márquez – Celedonio F. Impacto familiar del escolar con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Revista Médica de la Universidad Veracruzana / Suplemento 1 Vol 1, Enero – junio 2008.

21.- Gómez – Clavelina Fj, Ponce – Rosas ER, Irigoyen – Coria A. FACES III: alcances y limitaciones. Aten Fam 2005; 12(1):10-11.

22.- De la Peña F. 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.

23.- González – Valenzuela H.A, Lazo – Gómez R.E. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Revista Médica Vol 2. Julio – septiembre 2010.

24.- Mohammadi MR, Farokhzadi F, Alipour A, Rostami R, Dehestani M, Salmanian M. Marital satisfaction amongst parents of children with attention deficit hyperactivity disorder and normal children. Iran J Psychiatry 2012; 7(3): 120-125.

25.- Pires TO, Furtado -Passos da Silva CM, Goncalves de Assis S. Ambiente familiar y trastorno de déficit de Atención e hiperactividad. Rev. Saude Pública 2012; 46(4): 624-633.

## ANEXOS

### ANEXO I.- Carta de consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**

*CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN*

<i>Nombre del estudio:</i>	TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD Y SUS REPERCUSIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR.
<i>Patrocinador externo (si aplica):</i>	NINGUNO
<i>Lugar y fecha:</i>	NAVOJOA SONORA , SEPTIEMBRE 2012
<i>Número de registro:</i>	PENDIENTE
<i>Justificación y objetivo del estudio:</i>	DETERMINAR LA REPERCUSION DEL TDAH EN LA DINAMICA FAMILIAR.
<i>Procedimientos:</i>	APLICACIÓN DE ENCUESTA MEDIANTE ENTREVISTA.
<i>Posibles riesgos y molestias:</i>	NINGUNA
<i>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</i>	DETECTACION DE RIESGO FAMILIAR.
<i>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</i>	PODRAN PROPORCIONARSE PERSONALIZADO A SOLICITUD DEL PACIENTE.
<i>Participación o retiro:</i>	VOLUNTARIO.
<i>Privacidad y confidencialidad:</i>	ENCUESTA ANONIMA.
<i>En caso de colección de material biológico (si aplica):</i>	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<i>Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):</i>	NO APLICA
<i>Beneficios al término del estudio:</i>	CONOCER LA DINAMICA FAMILIAR.
<i>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</i>	
<i>Investigador Responsable:</i>	DR. NICOLAS GALAVIZ COTA
<i>Colaboradores:</i>	DR. JOSE LUIS ROBLES GUTIERREZ.
<i>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a></i>	

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

**DR. NICOLAS GALAVIZ COTA**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

*Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio*

**Clave: 2810-009-013**

## Anexo II.

### FACES III.- escala de evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad familiar.

Guía en terapia familiar integra tres dimensiones de la vida familiar cohesión adaptabilidad y comunicación, la funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tiene la familia para moverse dentro del modelo como resultado de factores de estrés normativo y no normativo

Ventajas: fácil de aplicar cuenta con una escala de 5 opciones con valores de 1 a 5, puede ser contestado por los mayores de 12 años permite clasificar a las familias en 16 posibles combinaciones de dimensiones de cohesión y adaptabilidad

#### FACES III

Conteste según usted considere: (1) **nunca**, (2) **casi nunca**, (3) **algunas veces**, (4) **casi siempre**, (5) **siempre**.

<b>1.- Los miembros de la familia se dan apoyo entre sí.</b>	1.-
<b>2.- En nuestra familia , se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas</b>	2.-
<b>3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia</b>	3.-
<b>4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina</b>	4.-
<b>5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares cercanos</b>	5.-
<b>6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad</b>	6.-
<b>7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia</b>	7.-
<b>8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas</b>	8.- _____
<b>9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia</b>	9.- _____
<b>10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación a los castigos</b>	10.- _____

<b>11.- Nos sentimos muy unidos</b>	11.- _____
<b>12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones</b>	12.- _____
<b>13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente</b>	13.- _____
<b>14.- En nuestra familia las reglas cambian</b>	14.- _____
<b>15.- Con facilidad podemos planear actividades de familia</b>	15.- _____
<b>16.- Intercambiamos los quehaceres entre nosotros</b>	16.- _____
<b>17.- Consultamos unos con otro para la toma de decisiones</b>	17.- _____
<b>18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad</b>	18.- _____
<b>19.- La unión familia es muy importante</b>	19.- _____
<b>20.- Es difícil decir quien hace las labores del hogar</b>	20.- _____

### **CALIFICACION DE FACES III.-**

La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones.

La calificación en adaptabilidad es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares

<b>COHESIÓN</b>	<b>AMPLITUD DE CLASE</b>
<b>NO RELACIONADA</b>	<b>10 - 34</b>
<b>SEMI RELACIONADA</b>	<b>35 - 40</b>

<b>RELACIONADA</b>	<b>41 - 45</b>
<b>AGLUTINADA</b>	<b>46 - 50</b>
<b>RÍGIDA</b>	<b>10 - 19</b>
<b>ESTRUCTURADA</b>	<b>20 - 24</b>
<b>FLEXIBLE</b>	<b>25 - 28</b>
<b>CAÓTICA</b>	<b>29 - 50</b>

### **Anexo III. Evaluación del subsistema conyugal**

Un modelo enfocado exclusivamente a los cónyuges es el instrumento de evaluación del subsistema conyugal que aborda las principales funciones de dicho subsistema deberá llevar a cabo. A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores

**Sumando el puntaje total se califica de la siguiente manera:**

<b>0 - 40.</b>	<b>• PAREJA GRAVEMENTE DISFUNCIONAL</b>
<b>41 - 70</b>	<b>• PAREJA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL</b>
<b>71- 100</b>	<b>• PAREJA FUNCIONAL</b>

<b>COMUNICACIÓN</b>			
	<b>NUNCA</b>	<b>OCASIONAL</b>	<b>SIEMPRE</b>
1.- ¿Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente?	0	5	10
2.- ¿la pareja expresa claramente los mensajes que intercambia?	0	5	10

3.- Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica?	0	5	10
<b>ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN PAPELES</b>			
4.- ¿La pareja cumple los papeles que mutuamente se adjudican?	0	2.5	5
5.- ¿Son satisfactorios los papeles que asume la pareja?	0	2.5	5
6.- Se propicia el intercambio de papeles en la pareja?	0	2.5	5
<b>SATISFACCIÓN SEXUAL</b>			
7.- ¿Es satisfactoria la frecuencia de relaciones sexuales?	0	5	10
8.- ¿Es satisfactorio la calidad de la actividad sexual?	0	5	10
<b>AFECTO</b>			
9.- ¿Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja?	0	2.5	5
10.- ¿El tiempo que le dedica a la pareja es gratificante?	0	2.5	5
11.- ¿Se interesa por el desarrollo y superación de la pareja?	0	2.5	5
12.- ¿Percibe que son queridos por su pareja?	0	2.5	5
<b>TOMA DE DECISIONES</b>			
13.- Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15

FUNCIONES	PARÁMETROS	CALIFICACIÓN	%
-----------	------------	--------------	---

		N ASIGNADA	
<b>I.- COMUNICACIÓN</b>	<b>CLARA</b>	<b>10</b>	<b>30</b>
	<b>DIRECTA</b>	<b>10</b>	
	<b>CONGRUENTE</b>	<b>10</b>	
<b>II.- ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE PAPELES O ROLES</b>	<b>CONGRUENCIA</b>	<b>5</b>	<b>15</b>
	<b>SATISFACCIÓN</b>	<b>5</b>	
	<b>FLEXIBILIDAD</b>	<b>5</b>	
<b>III.- SATISFACCIÓN SEXUAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>10</b>	<b>20</b>
	<b>SATISFACCIÓN</b>	<b>10</b>	
<b>IV.- AFECTO</b>	<b>MANIFESTACIÓN FÍSICA</b>	<b>5</b>	<b>20</b>
	<b>CALIDAD DE CONVIVENCIA</b>	<b>5</b>	
	<b>INTERÉS POR EL DESARROLLO DE LA PAREJA</b>	<b>5</b>	
	<b>RECIPROCIDAD</b>	<b>5</b>	
<b>V.- TOMA DE DECISIONES</b>	<b>CONJUNTA</b>	<b>15</b>	<b>15</b>
	<b>INDIVIDUAL</b>	<b>0</b>	
<b>TOTAL</b>		<b>100</b>	<b>10</b>

#### **Anexo IV. Apgar familiar.**

Se trata de un cuestionario que puede administrarse tanto por el entrevistador como ser contestado directamente por la persona entrevistada. Consta de 5 cuestiones, con tres posibles respuestas cada una, que se puntúan de 0 a 2. Su rango es por tanto de 0 a 10.

- Normo funcional:	7 - 10 puntos.
- Disfuncional leve:	3 – 6 puntos.
- Disfuncional grave:	0 – 2 puntos.

	<b>NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>SIEMPRE</b>
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>¿Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?</b>			
<b>¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?</b>			
<b>¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?</b>			
<b>¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?</b>			
<b>¿Siente que su familia lo (a) quiere?</b>			



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2603  
U MED FAMILIAR NUM 1, SONORA

FECHA **29/09/2012**

**DR. NICOLAS GALAVIZ COTA**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD Y SUS REPERCUSIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR.**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

<b>Núm. de Registro</b>
<b>R-2012-2603-54</b>

ATENTAMENTE

**DR.(A). MIGUEL ZEMPUAL LOPEZ**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2603

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## CUADROS Y GRAFICAS DE RESULTADOS

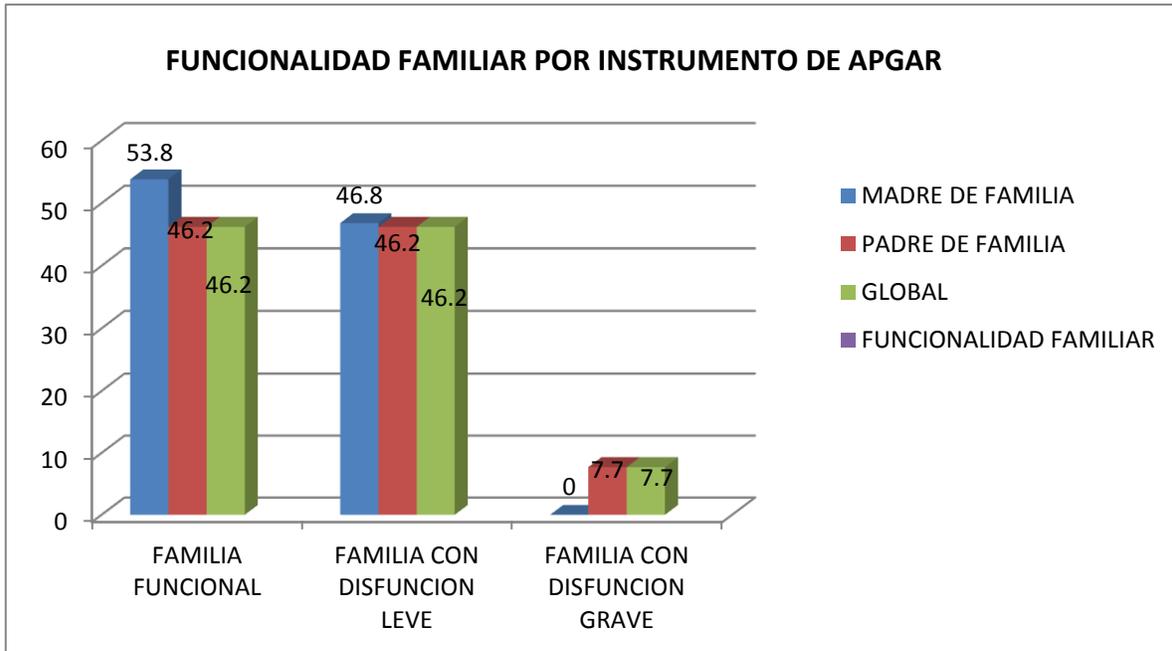
**Cuadro 1**

Funcionalidad familiar por Instrumento de APGAR según la perspectiva del subsistema conyugal.

<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR INSTRUMENTO DE APGAR</b>						
<b>INTEGRANTE ENCUESTADO</b>	<b>FAMILIA FUNCIONAL</b>		<b>FAMILIA CON DISFUNCION LEVE</b>		<b>FAMILIA CON DISFUNCION GRAVE</b>	
	<b>(Fr)</b>	<b>%</b>	<b>(Fr)</b>	<b>%</b>	<b>(Fr)</b>	<b>%</b>
<b>MADRE DE FAMILIA</b>	<b>(7)</b>	<b>53.8</b>	<b>(6)</b>	<b>46.8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>PADRE DE FAMILIA</b>	<b>(6)</b>	<b>46.2</b>	<b>(6)</b>	<b>46.2</b>	<b>(1)</b>	<b>7.7</b>
<b>GLOBAL</b>	<b>(6)</b>	<b>46.2</b>	<b>(6)</b>	<b>46.2</b>	<b>(1)</b>	<b>7.7</b>

*Fuente: Trabajo de campo. (Encuestas aplicadas a las familias con integrantes con diagnostico de déficit de atención con hiperactividad).*

**Grafica cuadro 1**



*Fuente: Trabajo de campo. (Encuestas aplicadas a las familias con integrantes con diagnostico de déficit de atención con hiperactividad).*

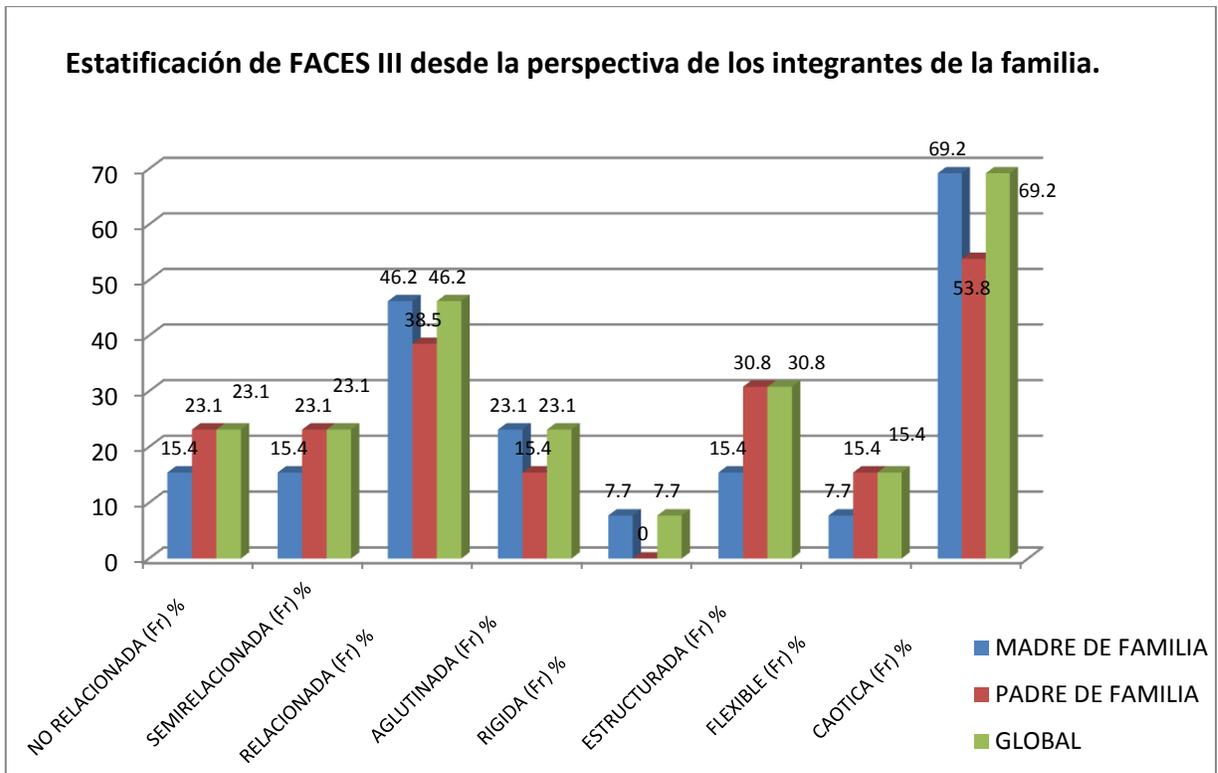
**Cuadro 2**

Estatificación de FACES III desde la perspectiva de los integrantes de la familia.

<b>FACES III</b>								
<b>INTEGRANTE ENCUESTADO</b>	<b>COHESION</b>				<b>ADAPTABILIDAD</b>			
	<b>NO RELACIONADA (Fr) %</b>	<b>SEMIRELACIONADA (Fr) %</b>	<b>RELACIONADA (Fr) %</b>	<b>AGLUTINADA (Fr) %</b>	<b>RIGIDA (Fr) %</b>	<b>ESTRUCTURADA (Fr) %</b>	<b>FLEXIBLE (Fr) %</b>	<b>CAOTICA (Fr) %</b>
<b>MADRE DE FAMILIA</b>	<b>(2) 15.4</b>	<b>(2) 15.4</b>	<b>(6) 46.2</b>	<b>(3) 23.1</b>	<b>(1) 7.7</b>	<b>(2) 15.4</b>	<b>(1) 7.7</b>	<b>(9) 69.2</b>
<b>PADRE DE FAMILIA</b>	<b>(3) 23.1</b>	<b>(3) 23.1</b>	<b>(5) 38.5</b>	<b>(2) 15.4</b>	<b>0</b>	<b>(4) 30.8</b>	<b>(2) 15.4</b>	<b>(7) 53.8</b>
<b>GLOBAL</b>	<b>(3) 23.1</b>	<b>(3) 23.1</b>	<b>(6) 46.2</b>	<b>(3) 23.1</b>	<b>(1) 7.7</b>	<b>(4) 30.8</b>	<b>(2) 15.4</b>	<b>(9) 69.2</b>

*Fuente: Trabajo de campo. (Encuestas aplicadas a las familias con integrantes con diagnóstico de déficit de atención con hiperactividad).*

**Grafica cuadro 2**



*Fuente: Trabajo de campo. (Encuestas aplicadas a las familias con integrantes con diagnóstico de déficit de atención con hiperactividad).*

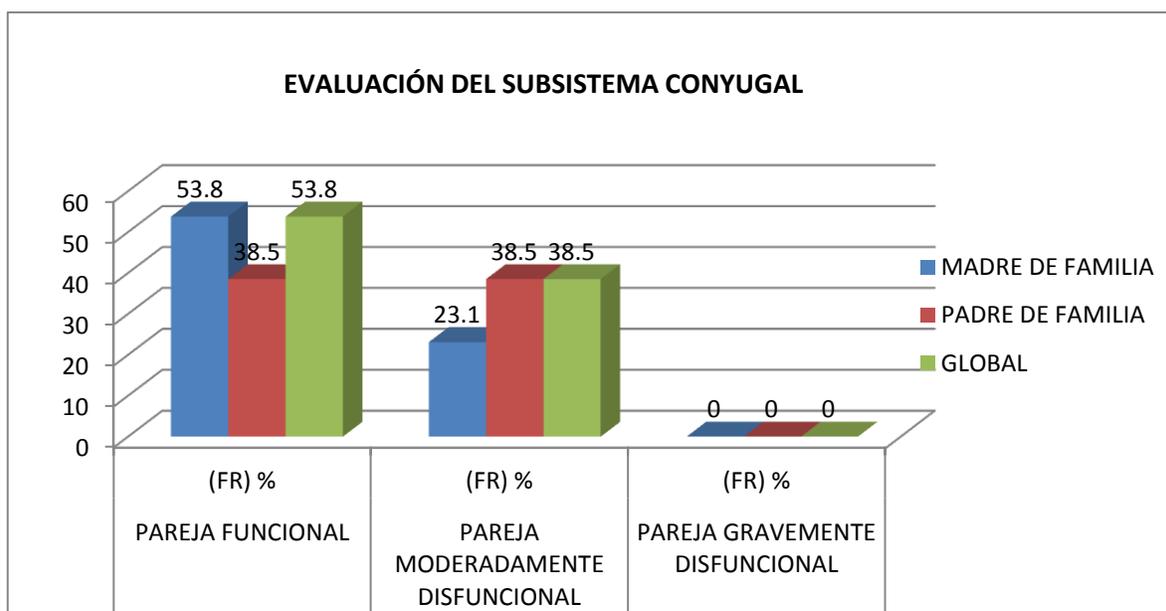
**Cuadro 3**

*Estatificación de evaluación del subsistema conyugal desde la perspectiva de los integrantes de la familia.*

<b>EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL</b>			
<b>INTEGRANTE ENCUESTADO</b>	<b>PAREJA FUNCIONAL (FR) %</b>	<b>PAREJA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL (FR) %</b>	<b>PAREJA GRAVEMENTE DISFUNCIONAL (FR) %</b>
<b>MADRE DE FAMILIA</b>	<b>(7) 53.8</b>	<b>(3) 23.1</b>	<b>0</b>
<b>PADRE DE FAMILIA</b>	<b>(5) 38.5</b>	<b>(5) 38.5</b>	<b>0</b>
<b>GLOBAL</b>	<b>(7) 53.8</b>	<b>(5) 38.5</b>	<b>0</b>

*Fuente: Trabajo de campo. (Encuestas aplicadas a las familias con integrantes con diagnóstico de déficit de atención con hiperactividad).*

**Grafica cuadro 3**



*Fuente: Trabajo de campo. (Encuestas aplicadas a las familias con integrantes con diagnóstico de déficit de atención con hiperactividad).*

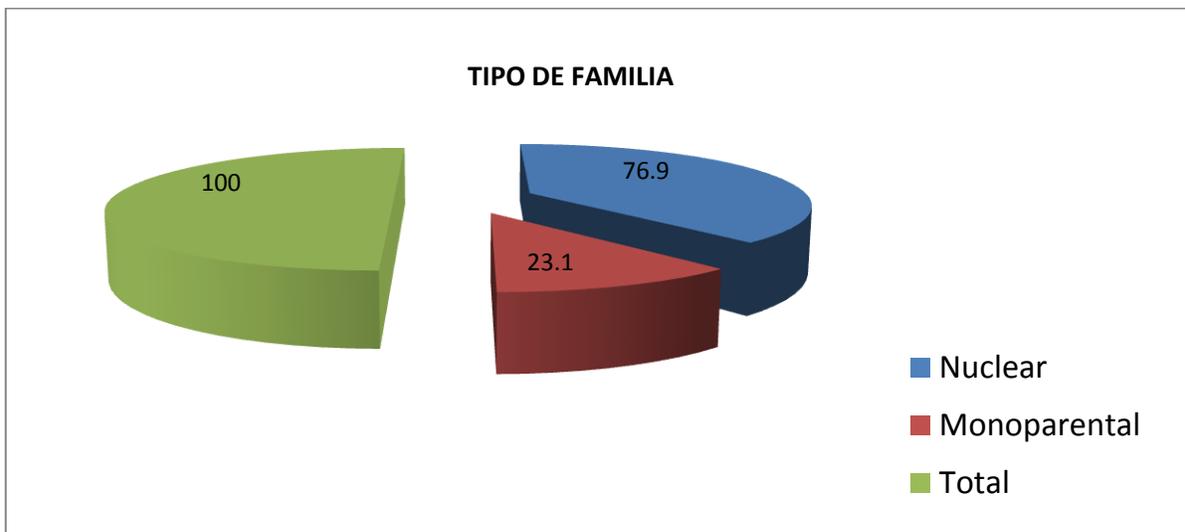
#### Cuadro 4

*Tipo de familia de los pacientes con déficit de atención con hiperactividad.*

TIPO DE FAMILIA	
	(FR) %
Nuclear	(10) 76.9
Monoparental	(3) 23.1
Total	(13) 100

*Fuente: Trabajo de campo. (Encuestas aplicadas a las familias con integrantes con diagnostico de déficit de atención con hiperactividad)*

#### Grafica cuadro 4



*Fuente: Trabajo de campo. (Encuestas aplicadas a las familias con integrantes con diagnostico de déficit de atención con hiperactividad)*