



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA UMF No. 61
VERACRUZ, VERACRUZ

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS CON NIÑOS CON
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIANELLA DE JESÚS HERRERÍAS SALAZAR

VERACRUZ, VER

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS CON
NIÑOS CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE
ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIANELLA DE JESÚS HERRERÍAS SALAZAR

AUTORIZACIONES

DRA. OBDULIA TEXON FERNÁNDEZ. 

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No 61 IMSS VERACRUZ, VER.


DR. FÉLIX GILBERTO ISLAS RUZ.

ASESOR DE TESIS ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 61
IMSS VERACRUZ, VER.

DRA. EDITH GUILLÉN SALOMÓN. 

COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No 61 IMSS VERACRUZ, VER.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS CON NIÑOS CON
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD**

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

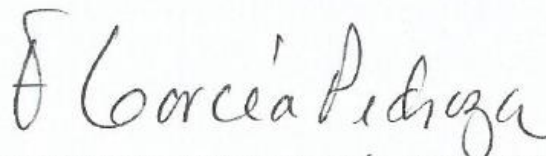
PRESENTA

DRA. MARIANELLA DE JESÚS HERRERÍAS SALAZAR

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

ÍNDICE GENERAL

RESÚMEN	5
ABSTRACT.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
JUSTIFICACIÓN	19
OBJETIVOS	20
METODOLOGÍA	21
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	25
CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
RESULTADOS	30
DISCUSIÓN	37
CONCLUSIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	43

RESUMEN

Objetivo. Determinar cómo es la funcionalidad familiar en familias con Niños con Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad.

Material y métodos. Mediante un diseño cualitativo de grupos focales, se realizó un análisis a 4 familias que tenían un integrante con trastorno de déficit de atención e hiperactividad que acudieron a la consulta externa de la unidad, se les explicaron el estudio a realizar y se les invitó a que leyeran y firmaran el consentimiento informado; de ahí se analizó a cada familia, mediante opinión de expertos.

Resultados. Se entrevistaron cuatro familias con pacientes con TDAH todos varones con escolaridad primaria y uno de bachillerato, del tipo de inatención y además hiperactivo impulsivo; con familias en expansión y solo una monoparental, con presencia de trastornos en la dinámica al no adaptarse a la situación del padecimiento del niño y con génesis de angustia en la familia que formó más “pacientes identificados”, límites rígidos, pero con percepción de dinámica funcional, y con tendencia al crecimiento.

Conclusión. El aporte de la terapia familiar conjunta es importante en estas familias para crear familias mejor balanceadas y sobre todo adaptadas a la problemática de estos pacientes que sin embargo ante la respuesta terapéutica, deberán mejorar su dinámica pero siempre orientado por Medicina Familiar. De ahí la importancia de recibir un tratamiento integral.

ABSTRACT

Objective. Determine how family functioning in families with children with Attention Deficit Disorder and Hyperactivity.

Material and methods. By A qualitative focus groups, an analysis was performed at 4 families with a member with attention deficit disorder and hyperactivity who attended the outpatient unit, were explained your study and were invited to read and sign an informed consent; hence each family was analyzed by expert opinion.

Results. Four families were interviewed with ADHD patients with primary schooling all boys and one high school, the type of inattention and hyperactive impulsive well; with growing families and only one parent, with the presence of disturbances in the dynamics to not adapt to the situation of the suffering of children and genesis of anxiety in the family that formed more "identified patient" rigid boundaries, but with perception of dynamic functional, and prone to growth.

Conclusion. The contribution of the joint family therapy is important in these families to create better balanced families and especially adapted to the problems of these patients but to the therapeutic response, should improve its dynamic but always guided by Family Medicine. Hence the importance of receiving comprehensive treatment.

MARCO TEORICO

La Real Academia de la Lengua Española define a la familia como “al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje. “El Derecho Civil la considera “el núcleo básico de la sociedad o una unidad biopsicosocial integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable y que viven en un mismo lugar”. (1)

La Organización Mundial de la Salud define a la familia como “a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”. Desde la perspectiva del médico general la familia “es un grupo social organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar vinculados por lazos sean consanguíneos, legales o de adopción, es responsable de guiar y proteger a sus miembros; su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud- enfermedad”. (1)

El análisis de las funciones de la familia ha tenido diferentes enfoques.

Según el eje de interés, puede abarcar áreas psicológicas, sociológicas y culturales de las que se desprende cada una de ellas. Las funciones de la familia pueden variar según el eje de estudio. Entonces consideremos a la familia como una unidad dinámica y sus características estarán determinadas por el tipo de sociedad en que se desarrolla y por el momento histórico en que vive. La familia se ha constituido como la unidad indispensable de toda organización social a través de la historia; se establece como el vínculo entre la sociedad y el individuo; está destinada a preservar y transmitir rasgos, aptitudes y pautas de vida. Por consiguiente, una de sus funciones generales será la conservación y transmisión de la cultura y la protección de todos y cada uno de sus miembros ante peligros internos y externos. Por consiguiente cabe mencionar que la familia moderna presenta dentro de sus funciones particulares las siguientes: (1)

CUIDADO: Significa cubrir las necesidades físicas y materiales, así como las de salud de cada uno de los miembros de la familia. (1)

AFECTO: Está en relación directa con los aspectos psicológicos de los individuos, e implica cubrir las necesidades afectivas de todos los miembros de la familia, lo que incluye el proporcionar amor, cariño, ternura, preocupación. ⁽¹⁾

EXPRESIÓN DE LA SEXUALIDAD Y REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD: Proceso en el que la familia educa y establece las condiciones para que sus integrantes expresen su sexualidad en las diferentes modalidades social, cultural y familiar, y genere además condiciones que les permitan a sus integrantes poder regular la fecundidad según sus intereses. ⁽¹⁾

SOCIALIZACIÓN: La familia tiene la responsabilidad primaria de transformar a un niño, en “x” número de años, en un ser capaz de tener una actuación completa, así como una plena actuación social; esto incluye el desarrollo de habilidades sociales y de relaciones interpersonales, además del desarrollo individual de la personalidad, sin olvidar la transmisión de sus tradiciones y su cultura social. ⁽¹⁾

ESTATUS O NIVEL SOCIAL: La familia socializa al niño dentro de un nivel o clase social, la cual le permite transmitir aspiraciones, anhelos, tradiciones, su herencia sociocultural, además de sus expectativas según éste nivel o clase social, y que son generados por éstas; lo anterior determina los niveles social, económico y cultural del individuo y de su familia. ⁽¹⁾

El interés por estudiar en forma sistemática y científica a la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso salud- enfermedad. Con éste enfoque el individuo deja de ser visto como un ente exclusivamente biológico y los factores psicológicos y sociales cobran interés, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan en una u otra forma la salud del individuo. ⁽²⁾

El ambiente familiar se convierte en el medio que influye en el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo. Cuando la familia se “enferma” se utiliza el término de familia disfuncional porque ésta se hace ineficiente y no puede ejercer sus funciones. La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de alguna de las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estado familiar debido a la alteración de alguno de los subsistemas familiares. El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición

de una enfermedad. La funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para moverse como resultado del efecto de factores de estrés normativos o para normativos. ⁽²⁾

Los problemas de la familia cambian y consecuentemente las prioridades en las funciones varían de acuerdo con las etapas por la que pase su ciclo vital. Algunas familias permiten que sus miembros se ayuden emocionalmente y físicamente unos a otros, mientras se aferran a un grado adecuado de autonomía o separación. Lograr el balance entre la “familia y uno mismo” es un desafío continuo para todas las familias. ⁽³⁾

Minuchin y Fishman describen a la familia como el grupo natural que elabora pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación y la evolución. Es el grupo celular de la sociedad, una institución que ha existido a lo largo de la historia, ha compartido siempre las mismas funciones entre ellas la crianza de los hijos, la supervivencia y la común unión de los miembros de ésta. No es una entidad estática sino que está en un cambio continuo igual que sus contextos sociales. Los conflictos y los cambios forman parte de la vida familiar. Cada familia se transforma con el correr del tiempo y debe adaptarse y reestructurarse para seguir desarrollándose. ⁽⁴⁾

Minuchin considera que si los miembros de un sistema familiar son afectados puede afectar a otros. Es decir, la familia como sistema ve impactada su estructura, los roles, las jerarquías, entre otros, que están relacionados con dos aspectos de suma importancia en el funcionamiento de la misma: la cohesión y la adaptabilidad del sistema familiar. La cohesión se refiere al grado de conexión o separación entre los miembros de una familia; y la adaptabilidad se concibe como la habilidad de un sistema familiar para flexibilizar y cambiar su estructura de poder, roles, reglas de relación, respondiendo a situaciones de estrés y de desarrollo. Estos niveles se alteran a partir del enfrentamiento que tiene en el sistema familiar con las diferentes crisis que vive. ⁽⁵⁾

Dentro de los modelos sistémicos, se considera a la familia como un elemento vivo y, como tal, atraviesa por varias etapas de desarrollo, las cuales se ven marcadas por diferentes crisis, que se producen cuando existe una tensión que afecta al sistema familiar y éste requiere un cambio en la forma habitual que tienen de interactuar sus miembros. ⁽⁵⁾

Existen cuatro tipos de Crisis que son:

CRISIS INESPERADAS.- Se consideran las más simples y más comunes de las crisis. Se identifican como una tensión de tipo manifiesto, específica, real y extrínseca. Surge de

fuerzas ajenas al individuo y la familia, como los incendios, guerra, enfermedad, accidentes, muerte, secuestro, enriquecimiento o ruina repentinos. ⁽⁵⁾

CRISIS DE DESARROLLO.- Son de tipo universal y pueden llegar a preverse. Surgen a partir de factores biológicos y sociales más que de la estructura familiar. Se encuentra relacionada con el ciclo vital.

Nacimiento de un hijo, primera palabra, primer día de colegio, pubertad, primera experiencia sexual, graduación, matrimonio, crisis de edad media, “nido vacío”, jubilación, muerte. ⁽⁵⁾

CRISIS ESTRUCTURALES.- Son aquellas que se presentan frecuentemente en el sistema familiar ayudando a regular sus demandas funcionales. ⁽⁵⁾

CRISIS DE DESVALIMIENTO.- Se presenta en familias en las que uno o más de sus miembros son disfuncionales y/o dependientes, que mantienen a la familia a la expectativa de sus demandas de cuidado atención. De manera que al agotar sus recursos y solicitar ayuda externa para su organización y funcionamiento no le es fácil conseguir o no cubre totalmente sus requerimientos; por lo cual se presenta como una falta de control ante la situación que la causa. ⁽⁵⁾

Con el cambio en la estructura familiar se incrementa la tensión en los miembros del sistema. En cada crisis se pone en juego la interacción de la tensión y las características de la familia (cohesión y adaptabilidad), dándole un matiz particular a dicha tensión. ⁽⁶⁾

La Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES III) de Olson, Portner y Lavee, es una de las escalas desarrolladas para evaluar dos de las dimensiones del Modelo Circunflejo de Sistemas Familiares y Maritales: la cohesión y la flexibilidad familiar. En el mundo académico y profesional, se sostiene que la cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar. ⁽⁷⁾

El FACES III está diseñado para obtener, tanto el funcionamiento familia ideal, como el percibido. La discrepancia entre ideal y percibido provee una medida inversa de la satisfacción familiar. ⁽⁷⁾

La cohesión familiar evalúa el grado por el cual los miembros están conectados o separados del resto de la familia. Ésta dimensión se define por los vínculos emocionales

que cada miembro tiene con el otro. Dentro del Modelo Circunflejo se usan los conceptos específicos para diagnosticar y medir la dimensión de la cohesión. Estos son: la unión emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación. ⁽⁷⁾

La adaptabilidad familiar tiene que ver con el grado en que la familia es flexible y capaz de cambiar. Se define como la capacidad de un sistema marital o familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de rol y reglas de la relación en respuesta a estrés situacional o evolutivo. Los conceptos específicos utilizados para medir la dimensión de la adaptabilidad son: poder familiar, asertividad, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de rol y reglas de la relación. ⁽⁷⁾

La comunicación familiar es la tercera dimensión y facilita el movimiento de las otras dos. ⁽⁷⁾

Dentro del Modelo Circunflejo, hay cuatro niveles de Cohesión Familiar: desligada, separada, conectada y aglutinada. Hay también cuatro niveles de Adaptabilidad Familiar: rígida, estructurada, flexible y caótica. ⁽⁸⁾

NIVELES DE COHESIÓN FAMILIAR:

FAMILIA DESLIGADA.- Se refiere a familias donde prima el “yo”, esto es, hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal. ⁽⁹⁾

FAMILIA SEPARADA.- Si bien prima el “yo” existe presencia de un “nosotros”; además se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia. ⁽⁹⁾

FAMILIA CONECTADA.- Prima el “nosotros” con presencia del “yo”; son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, tendencia hacia la dependencia. ⁽⁹⁾

FAMILIA AGLUTINADA.- Prima el “nosotros”, hay máxima unión afectiva entre los familiares, fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común. ⁽⁹⁾

NIVELES DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR:

FAMILIA RIGIDA.- Alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios. ⁽⁹⁾

FAMILIA ESTRUCTURADA.- Es aquella en que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicita. ⁽⁹⁾

FAMILIA FLEXIBLE.- Hay un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios. ⁽⁹⁾

FAMILIA CAOTICA.- Hay ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. ⁽⁹⁾

Las tres dimensiones antes mencionadas de cohesión, adaptabilidad y comunicación se organizan en un Modelo Circunflejo, que facilita la identificación de 16 tipos de familias en que se identificaron tres grupos básicos de tipos: Equilibrados, Intermedios y Extremos. El fin perseguido de éste modelo es tratar de ensamblar la teoría, la investigación y la terapia familiar. ⁽⁹⁾

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, es el trastorno neuroconductual más estudiado y diagnosticado de la infancia. Se trata de un síndrome complejo y heterogéneo, de curso variable, que afecta entre el 3 – 5% de los niños en edad escolar y se mantiene en la edad adulta en el 30-50% de los casos. Se ha definido en base a los comportamientos problemáticos que reflejan inatención, impulsividad e hiperactividad. Conductas que no se explican por otro trastorno del desarrollo y cuyo impacto en la vida de quien lo padece es significativo en áreas tan importantes como el rendimiento académico, las relaciones sociales y familiares. ⁽¹⁰⁾

De causa poco clara, en la que probablemente intervienen factores genéticos y ambientales y en el que existe una alteración en el sistema nervioso central. Es una de

las causas más frecuentes de fracaso escolar y de problemas sociales en la edad infantil. Se han propuesto factores de origen genético (es decir, heredado, no adquirido en el curso de la vida) aunque no se descarta la influencia de factores que actuarían durante la gestación, el parto o el desarrollo infantil. También se sospecha especialmente de toxinas ambientales y algunos estudios, no concluyentes, apuntan por ejemplo a colorantes empleados por la industria alimentaria. ⁽¹¹⁾.

El psiquiatra y escritor alemán Heinrich Hoffman en 1845 fue el primero que escribió un libro de historias con moralejas que trataba de niños alemanes con diversos tipos de trastornos conductuales relacionados con el TDAH. A principios de 1900 Still un célebre pediatra británico reconoció la existencia de niños con este padecimiento al que calificó como un defecto del control moral. ⁽¹²⁾

Ebaugh en 1923 describe un “síndrome hiperkinético” según a consecuencia de traumatismos craneales o encefalopatías. Straus y Lehtien en 1947 describen lo que ellos denominan “minimalbrain injury” o lesión cerebral mínima. ⁽¹³⁾

En 1962 en las conclusiones de un Symposium internacional celebrado en Oxford se reemplazó la expresión “minimalbrain injury” por la de “minimalbrain dysfunction” o M.B.D. Ésta fue definida por Clements en 1966 como un trastorno de conducta y también del aprendizaje que se presenta en niños de una inteligencia normal, asociado con disfunciones del sistema nervioso central. ⁽¹³⁾

Douglas en 1972 señaló la incapacidad de mantener la atención y la impulsividad como deficiencia básica de los niños afectados, por encima de la propia hiperactividad. ⁽¹³⁾

Basados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) podemos definir el Trastorno de Déficit Atención e Hiperactividad (TDAH) o Trastorno Hiperkinético según la Clasificación Estadística e Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) como un determinado grado de déficit de atención y/o hiperactividad-impulsividad que resulta desadaptativo en relación con el nivel de desarrollo del niño y está presente antes de los 7 años de edad. Es importante tomar en cuenta que las manifestaciones clínicas deben estar presentes durante un periodo mayor a 6 meses y que estas deben ser más marcadas a lo observado en otros niños de la misma edad, del mismo nivel de desarrollo e inteligencia. Además debe afectar varias áreas como la familia, escuela, amigos, entre otros. Por lo que el paciente presenta diversos problemas en la vida diaria. ⁽¹⁴⁾

Se sospecha que el TDAH es un trastorno biológico ocasionado por una disfunción cerebral. Se cree que la disfunción que causa el TDAH se debe a un desequilibrio entre dos importantes neurotransmisores cerebrales: la noradrenalina y la dopamina. Éste desequilibrio afecta sobre todo a las áreas del cerebro responsables del autocontrol y de la inhibición del comportamiento inadecuado (lóbulos frontales y circuitos de los ganglios basales). Nunca podremos modificar ésta predisposición innata, pero no cabe duda de lo que sí está en nuestra manos es intervenir en el ambiente familiar y escolar para ayudar a éstos niños y a sus familias y profesores a convivir con el trastorno, suavizar sus síntomas y sobre todo educar estrategias que compensen sus dificultades de forma que desarrollen al máximo su potencial. ⁽¹⁵⁾

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. A menudo, están expuestos a la crítica social debido al comportamiento perturbador de los hijos, lo cual provoca finalmente aislamiento social. ⁽¹⁵⁾

Un trabajo realizado por Donenberg y Baker en 1993 analizó el sistema familiar de los niños con TDAH, y destacó el estrés y la elevada conflictividad de las interacciones padres-hijos. Las demandas y la naturaleza intrusiva de los niños con TDAH provocan reacciones negativas de los otros miembros de la familia y exacerba las influencias disruptivas sobre la relación familiar y sobre el funcionamiento psicológico de los padres. Estas disfunciones que se presentan en el contexto familiar, necesitan una respuesta rápida por parte de los diferentes servicios que están encargados de atenderlos. Los padres de éstos niños deben saber cuál es la mejor manera de interactuar con ellos y como reducir las fricciones dentro del seno familiar creando un ambiente adaptado a sus necesidades. ⁽¹⁵⁾

Hay que ofrecer a los padres información que reduzca su inseguridad y sentimiento de culpabilidad; facilitarles estrategias para reducir el nivel de estrés que puede provocar el comportamiento de sus hijos; enseñarles a identificar y valorar los progresos, aunque sean limitados, asesorarles acerca de cómo potenciar las habilidades de comunicación y solución de problemas; ayudarles a promover una distribución clara de responsabilidades y roles, y construir un estilo educativo autoritativo, no coercitivo ni sobreprotector. ⁽¹⁵⁾

El TDAH es una patología que genera un elevado número de consultas médicas y psicológicas y que motiva una gran ansiedad familiar y preocupación escolar. Las dificultades que conlleva el TDAH no son las mismas en todas las familias, mucho padres

de hijos con TDAH, coinciden en que la convivencia dentro de la unidad familiar llega en muchos casos a la desestructuración, por no poder o no saber, dar solución a los problemas que van apareciendo dentro de la misma. La disfunción familiar que surge es tan grande que deber ser subsanada con prontitud. Dada la importancia que tiene la unidad familiar en el hogar, es imprescindible intervenir con el niño afectado y al mismo tiempo con su familia, ya que ésta también sufre las consecuencias que conlleva dicho trastorno. ⁽¹⁵⁾

Rosello y cols en el 2003 efectuaron un estudio que se dirige a analizar el impacto que tiene el TDAH en diferentes ámbitos de la familia. Se valoran las repercusiones que tiene el TDAH en los sentimientos de los padres, en la economía familiar, en las relaciones maritales y en las relaciones entre hermanos; se utilizaron un total de 36 parejas, procedentes de la Asociación de Padres de Niños con Déficit de Atención con Hiperactividad de la Comunidad Valenciana. Si nos basamos en los resultados obtenidos, sobresale que todos los padres les resulta excesivamente difícil y estresante la convivencia con sus hijos, y que el trastorno ejerce una influencia negativa sobre la familia. Probablemente, los altos niveles de estrés en los padres, se relaciona con la poca habilidad de manejar el comportamiento del niño. La vida social de los padres y del niño con TDAH es más limitada, tratan de evitar paseos y convivencias. Todas estas interacciones, desencadenan conflictos en el rol conyugal, pero, a pesar de estos desacuerdos, el porcentaje de padres separados encontrado en este estudio es bastante bajo. Es obvio que los factores familiares no son la causa original del TDAH, pero pueden magnificar y prolongar el trastorno. ⁽¹⁶⁾

El tratamiento del TDAH debe ser multimodal, e incluir siempre medidas psicoeducativas individualizadas. La intervención debe recoger el ámbito familiar y escolar. Se deben explicar las características del trastorno a los padres y al propio paciente, establecer metas a corto y medio plazo y tomar las medidas ambientales oportunas. Tanto a los profesores como a los padres se les debe entrenar en la utilización de técnicas de modificación de conducta que ayuden a aumentar las conductas adaptativas del niño y, a la vez, disminuir o eliminar las conductas desadaptativas. En el entorno familiar deberán enseñarse técnicas de modificación de conducta. ⁽¹⁷⁾

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad constituye un problema de salud al cual se le ha dado poca importancia. Éste padecimiento trasciende de manera importante a la sociedad. El médico familiar debe generar acciones que lo lleven a detectar en forma

oportuna signos y síntomas, efectuando diagnósticos tempranos y estableciendo tratamientos adecuados. ⁽¹⁸⁾

Además del FACES III, el cual clasifica a las familias según su cohesión en: No Relacionada con un valor entre 10 y 34, Semirrelacionada con un valor entre 35 y 40, Relacionada entre 41 y 45 y Aglutinada entre 46 y 50 puntos y según su adaptabilidad en Rígida con un valor entre 10 a 19 puntos, Estructurada entre 20 y 24, Flexible entre 25 y 28 puntos y Caótica entre los 29 y 50 puntos, de esta combinación resultan 16 tipos de familias al conjuntar al tipo de familia según su cohesión y según su adaptabilidad a manera de coordenadas. Así se clasifican a las familias en: balanceadas o funcionales, de rango medio o moderadamente disfuncionales y extremas o severamente disfuncionales según el Modelo Circunflejo de Olson, resultado que permite tomar decisiones sobre el tratamiento a seguir con las familias. ⁽¹⁹⁾

El cuestionario APGAR Familiar (Family APGAR) fue diseñado en 1978 por el Dr. Gabriel Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (Adaptability), cooperación o participación (Partnership), desarrollo, gradiente de crecimiento (Growth), afectividad (Affection) y capacidad resolutoria (Resolve). En comparación con otras escalas similares (CES, McMaster, FACES III, Pless-Satterwhite) presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. Se encuentra validada en nuestro medio por Bellon y cols (1996). El APGAR familiar sirve para poner al médico sobre la pista de una posible disfunción familiar, no para diagnosticarla. En la validación española la fiabilidad test-retest es superior a 0.75. Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.84). ⁽²⁰⁾

Por otra parte, el método de Graffar sirve para evaluar el estrato socioeconómico de las familias consta de la evaluación de 5 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia, y condiciones del alojamiento y los tipos de Familia con base a la presencia física, parentesco o presencia. ⁽²¹⁾

Es la representación gráfica a través de un instrumento que registra información sobre estructura y/o composición de una familia (genograma estructural) y las relaciones y/o funcionalidad entre sus miembros (genograma funcional), de por lo menos tres generaciones. Se le considera un instrumento versátil y de gran utilidad clínica. ⁽²²⁾

El genograma se constituye en una herramienta que permite al profesional en salud representar, la estructura familiar como un grupo, con una historia, límites, jerarquía,

alianzas internas y externas con el ambiente social; valora los cambios en la organización familiar a lo largo del tiempo, en relación con eventos que ocurren en su existencia, que movilizan recursos o resistencias; da a conocer la cohesión intrafamiliar y la calidad de comunicación, percepción de roles, mitos, creencias, etc.; ayuda a comprender los procesos familiares, gracias a la abundante información que aporta sobre el grupo familiar. ⁽²²⁾

Félix Mateo (2005) menciona que un aspecto clave en la evaluación del TDAH consiste en inferir el funcionamiento cerebral de estos niños a través de sus comportamientos. Para ello, existen en el mercado multitud de listados que hacen referencia a la falta de atención, el exceso de actividad y la impulsividad. Cabe señalar la importancia de que dichas escalas sean cumplimentadas por personas que conocen al niño en los contextos naturales en los que más tiempo pasa: la casa y la escuela. Un factor decisivo en el diagnóstico de la hiperactividad consiste en dilucidar si las manifestaciones de inatención, impulsividad y sobreactividad de un sujeto son meros síntomas aislados o constituyen un trastorno. ⁽²³⁾

Parece razonable que entre un 20 y un 25% de las familias de niños con TDAH conservan opiniones acerca del tratamiento médico frente al tratamiento psicosocial lo suficientemente firmes como para mantener una buena disposición al considerar uno u otro tipo de tratamiento. Cada vez es más evidente que la hiperactividad requiere un enfoque multidisciplinario que incluya directrices claras tanto para padres como profesores, y que ayude a manejar los síntomas y controlar el comportamiento de niños con TDAH magistralmente. ⁽²⁴⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El TDAH en un niño cambia la dinámica familiar, los padres de estos niños experimentan altos niveles de estrés, baja autoestima, aislamiento social, depresión y discordia marital generando deterioro del TDAH. La familia no produce TDAH, pero sí el TDAH produce trastornos en la dinámica familiar. Como médico familiar es importante conocer la funcionalidad familiar en familias que tienen un miembro con trastorno de déficit de atención e hiperactividad para poder brindar apoyo y orientación a la familia ya que esto puede prevenir los trastornos en la dinámica familiar durante su ciclo evolutivo. La gran problemática que desencadena en este Primer Nivel de no realizar estudios de investigación en las familias con pacientes con TDAH es que pueden provocar alteraciones en la función familiar, nos inspira a buscar una aportación a esta problemática debido a la gran cantidad de pacientes con TDAH los cuales pasan a consulta externa de Medicina Familiar sin ser estudiados de manera integral en su dinámica; sin embargo con esta investigación se pretende motivar al Médico Familiar para que realice una atención más amplia y mejorar así las familias de nuestros derechohabientes por esta enfermedad. Por lo que surge la siguiente pregunta:

¿Cómo es la funcionalidad familiar de las familias con niños con trastorno de déficit de atención e hiperactividad?

JUSTIFICACIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, es el trastorno neuroconductual más estudiado y diagnosticado de la infancia. Afecta entre el 3 – 5% de los niños en edad escolar y se mantiene en la edad adulta en el 30-50% de los casos. ⁽¹⁰⁾

En las actividades como médico general decidí realizar el presente trabajo de investigación a cuatro núcleos familiares con la presencia de un niño con trastorno de déficit de atención e hiperactividad recuperando las actividades que sobre familias llevamos en el presente curso de especialización en medicina familiar.

Considero que se pudo llevar a cabo el presente trabajo de investigación con un abordaje cualitativo ya que el objetivo de haber realizado éste estudio fue analizar la funcionalidad familiar a cuatro familias que tenían un hijo con trastorno de déficit de atención e hiperactividad, tomando en cuenta que dicha condición provoca que en las familias se presenten muchas dudas y sentimientos encontrados de culpa y frustración, y cada miembro de la familia lo expresará de manera diferente, lo que originará cambios en su tipo de relación y habrá una serie de cambios para adaptarse a la nueva situación que se enfrentan, ya que éstos niños requieren de un manejo multidisciplinario para prevenir y solucionar los problemas que puedan presentarse a futuro.

El entendimiento del papel que desempeña el médico familiar, mediante la comprensión y manejo de todos los aspectos mencionados, le permite cumplir con la premisa de la atención integral del individuo y su familia.

El enfoque de esta problemática puede hacerse desde el punto de vista estructural o funcional. Para la comprensión del enfoque estructural se pueden utilizar instrumentos como el familiograma, el cual permite la identificación de los miembros de una familia, sus características generales, relaciones, etapa del ciclo vital familiar, roles y enfermedades; el enfoque funcional no se ha estudiado adecuadamente, pues de una manera errónea podría considerarse que con la información obtenida mediante el familiograma fuera posible integrar un diagnóstico de la funcionalidad familiar lo cual constituye una imprecisión, debido a que el médico familiar puede presumir la existencia de alguna alteración en la funcionalidad familiar, pero la mayor parte de los médicos familiares no pueden puntualizar el tipo de disfunción ni la magnitud o trascendencia de la misma. En el estado de Veracruz no se conocen cifras precisas sobre TDAH y en México se dió un aproximado de 2.5 millones de niños y adultos con TDAH por el INEGI.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la funcionalidad familiar en familias de cada una de las familias con un niño con Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad.

Objetivos Específicos

- 1.-Determinar el tipo de funcionamiento familiar a través del APGAR.
- 2.- Determinar el tipo de funcionamiento familiar a través del FACES III
- 3.- Identificar por familia los aspectos a investigar a través del familiograma
- 4.- Establecer las relaciones entre los datos de cada familia y los datos de su hijo.
- 5.- Establecer la utilidad de los datos obtenidos y las repercusiones en el estado actual del hijo de cada familia.

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio

Estudio observacional: porque no se interviene

Es transversal: porque se toma una sola valoración de la familia en el momento

Es cualitativa: porque solo describe la dinámica de la familia

Se enfoca en cuatro grupos focales: por lo característico de la investigación cualitativa, el describir a cuatro familias en específico.

Población

La población de estudio fueron cuatro familias que tenían un niño con trastorno de déficit de atención e hiperactividad que acudían a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar.

Lugar

La presente investigación se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar

Tiempo de estudio

Del 01 de Agosto del 2012 a Mayo del 2014.

Definición de las unidades de Observación: Familias con pacientes con TDAH.

Tipo y tamaño de muestra: No aplica por ser un estudio cualitativo.

Criterios de Selección

De inclusión: Familias con niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad con un año de convivencia adscritos a la Unidad de Medicina Familiar.

De exclusión: Padres que no acepten participar en el estudio.

De eliminación: Ninguno

INFORMACIÓN A RECOLECTAR

Previa autorización e información a los padres a los cuales se les realizó los cuestionarios ya que los niños son menores de edad, se les proporcionó el consentimiento informado, posteriormente las variables sociodemográficas y se les aplicó el cuestionario FACES III, APGAR FAMILIAR, el método de Graffar para evaluar la situación económica y los tipos de Familia con base a la presencia física, parentesco o presencia, y al inicio se les realizó un Genograma estructural y funcional.

PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN

Primeramente se habló con la directora Médico de la Unidad de Medicina Familiar No. 39, ubicada en Paso de Ovejas, Veracruz ya que a través de ella se solicitó el permiso para que autorizara la investigación. A la directora se le explicó en qué consistía el estudio por lo que se contó con su ayuda en la aplicación de cuestionarios a los padres, hermanos y pacientes identificados, así como se me permitió observar a los niños para poder valorar su conducta dentro de la Unidad y en su ámbito familiar.

Instrumentos para recabar la información

Se aplicó el cuestionario FACES III, que es un instrumento elaborado por Olson, Portner y Lavee, en 1985, validado y aplicado en el 2003 en México por el Dr. Gómez Clavelina e Irigoyen, contiene 20 preguntas: las 10 nones evalúan la cohesión familiar y las 10 pares la adaptabilidad familiar. Las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert del 1 al 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre) de tal manera que la puntuación posible para cohesión y la adaptabilidad es de 10 a 50. El APGAR FAMILIAR que es un instrumento de auto aplicación, diseñado para obtener una evaluación rápida y sencilla de la capacidad funcional de la familia, reflejada en el grado de satisfacción y armonía existente en la vida familiar. Diseñada por Smilkstein en 1978 y validada en Chile en 1987 por Magdaleno, Horwitz, Jara, Florenzano y Salazar, el cual cuenta con 5 preguntas que evalúa la adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución dividiendo a las familias en funcionales y no funcionales, el método de Graffar para evaluar el estrato socioeconómico de las familias consta de la evaluación de 5 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia, y condiciones del alojamiento y los tipos de Familia con base a la presencia física, parentesco o presencia, y al inicio se les realizó un Genograma estructural y funcional. Además se aplicó a los padres un cuestionario para conocer las características socio-demográficas.

Aspectos estudiados:

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

- 1.1 NOMBRE DE LA FAMILIA
- 1.2 DOMICILIO
- 1.3 FECHA DE INICIO DEL ESTUDIO
- 1.4 FECHA DE PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO
- 1.5 NÚMERO DE SESIONES CON LA FAMILIA
- 1.6 INTEGRANTES DE LA FAMILIA

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. ANTECEDENTES FAMILIARES DE IMPORTANCIA: BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

3.1.- HEREDITARIOS

3.2.- ENFERMEDADES AGUDAS Y CRÓNICAS

3.3.- ACTIVIDADES MEDICO PREVENTIVAS REALIZADAS.

3.4.- HISTORIA DE LA FAMILIA.

3.5.-CRISIS FAMILIARES

4.- ESTRUCTURA FAMILIAR

4.1 FAMILIOGRAMA SOCIODINÁMICO Y ESTRUCTURAL

4.2 TIPOLOGIA FAMILIAR

4.3 ETAPA ACTUAL DEL CICLO VITAL

4.4 FUNCIONES FAMILIARES BASICAS

4.5.- ESTUDIO DE LA INTERACCIÓN FAMILIAR

6.- AMBITO SOCIAL

7.- FACTORES DE RIESGO Y PROTECCION PARA LA SALUD FAMILIAR

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Trastorno de déficit de atención e hiperactividad	Trastorno neuroconductual con comportamientos problemáticos que reflejan inatención, hiperactividad e impulsividad.	Se establece en base a los 3 criterios del MSD IV para Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.	Con Trastorno de déficit de atención e hiperactividad Sin Trastorno de déficit de atención e hiperactividad	Nominal
INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Cohesión	Implica los factores de ligas afectivas, fronteras o límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y diversiones.	Se estableció con base a la puntuación obtenida de la aplicación del FACES III clasificado en la categoría de cohesión.	No relacionadas Semirelacionadas Relacionadas Aglutinadas	Nominal
Adaptabilidad familiar	Describe la capacidad del sistema marital /familiar para cambiar sus estructuras de poder (roles y reglas) en respuesta al estrés situacional o evolutivo.	Se estableció con base a la puntuación obtenida de la aplicación del FACES III clasificado en la categoría de adaptabilidad familiar.	Rígida Estructurada Flexible Caótica	Nominal

COVARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra	Según su género	Masculino Femenino	Nominal
Edad	Tiempo que ha vivido la persona en años	Años cumplidos	De 15 a mas años	Intervalo
Nivel educativo de los padres	Educación escolar que alcanzaron los padres	Escolaridad de los padres	Primaria, Secundaria, Preparatoria, Profesional, Postgrado	Ordinal
Padres separados	Separación de los padres por algún motivo	Desunión de los padres en la familia	Con separación Sin separación	Nominal
Nivel socio-económico	Estatus social determinado por los ingresos económicos y la satisfacción de necesidades.	Se determina en base a los ingresos totales de la familia.	Bajo Medio Alto	Ordinal
Evolución de la enfermedad	Es el tiempo desde que sabe inicia el padecimiento a la fecha	Años o meses de la enfermedad	De un mes a más	Intervalo
Tipo de familia	Composición de la familia	Clasificación de la familia que habita con el adolescente escolar	Nuclear En expansión Reconstruida	Nominal
Familias Desligadas	Ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia, y alta independencia personal.	Familia con ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia.	Si No	Nominal

Familias Separadas	Moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque hay cierta tendencia hacia la independencia.	Familia con moderada unión afectiva entre sus miembros, cierta lealtad y tendencia hacia la independencia.	Si No	Nominal
Familias Conectadas	Considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, tendencia hacia la dependencia.	Familia con considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia.	Si No	Nominal
Familias Aglutinadas	Máxima unión afectiva entre los familiares, fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común.	Familia con máxima unión afectiva, fuerte exigencia de fidelidad y lealtad, alto grado de dependencia.	Si No	Nominal

Familias Rígidas	Hay liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios.	Familia con liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios.	Si No	Nominal
Familias Estructuradas	El liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan.	Familia con liderazgo y roles en ocasiones compartidos, los cambios ocurren cuando se solicitan.	Si No	Nominal
Familias Flexibles	Hay un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.	Familia con liderazgo y roles compartidos, cambios cuando son necesarios.	Si No	Nominal
Familias Caóticas	Ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes.	Familia sin liderazgo, disciplina irregular y cambios frecuentes.	Si No	Nominal

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación cumple con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y se apega a la declaración mundial de Helsinki, con sus modificaciones del 2013, respetando los artículos: 15, 20, 33, con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su artículos 3ro, en todas sus fracciones, al artículo 14 en su fracción I, VI, VII y VIII; al artículo 16, y considerando el artículo 20, 21 y 22 sobre el Consentimiento Informado; de dicha ley.

ARTÍCULO 17.-Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este protocolo mencionamos la clasificación correspondiente:

Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

RESULTADOS

CUADRO 1
CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA
MORALES SALAZAR

Miembros	Edad	Paciente identificado	Escolaridad	Ocupación
Carlos	46	No	Primaria	Obrero
Paulina	46	No	Bachillerato	Hogar
Mayeli	18	No	Licenciatura	Estudiante
Carlos	13	Si	Secundaria	Estudiante

Fuente: Entrevistas de Familia Morales Salazar

CUADRO 2
CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA
DOMÍNGUEZ AVENDAÑO

Miembros	Edad	Paciente identificado	Escolaridad	Ocupación
José A.	49	No	Primaria	Chofer
Heriberta	48	No	Secundaria	Hogar
José A.	15	Si	Bachillerato	Estudiante
Ma. Daniela	12	No	Primaria	Estudiante

Fuente: Entrevistas de Familia Domínguez Avendaño

CUADRO 3**CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA
TEJEDA VÁZQUEZ**

Miembros	Edad	Paciente identificado	Escolaridad	Ocupación
Lucio	30	No	Primaria	Cargador
Floriberta	30	No	Primaria	Hogar
Alexander	13	Si	Primaria	Estudiante

Fuente: Entrevistas de Familia Tejeda Vázquez

CUADRO 4**CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA
OSORIO GUTIERREZ**

Miembros	Edad	Paciente identificado	Escolaridad	Ocupación
Lidia	41	No	Secundaria	Comerciante
Jorge	10	Si	Primaria	Estudiante

Fuente: Entrevistas de Familia Osorio Gutierrez

**CUADRO 5
CARACTERISTICAS DE
LAS FAMILIAS EN ESTUDIO**

Familias	APGAR	COHESION	ADAPTABILIDAD	TIPO	GRAFFAR
Morales-Salazar	Funcional	Aglutinada	Caótica	Nuclear Simple	Medio Bajo
Domínguez - Avendaño	Disfuncional moderada	No relacionada	Caótica	Nuclear Simple	Medio Bajo
Tejeda-Vázquez	Funcional	Semirelacionada	Estructurada	Nuclear Simple	Marginal
Osorio-Gutiérrez	Funcional	Relacionada	Estructurada	Monoparental	Medio Bajo

TDAH 1. Familia Morales- Salazar:

Se halla compuesto de 4 miembros, formado por Paulina de 46 años de edad que proviene de una familia extensa con padre ya fallecido y Carlos de 46 años de edad y que proviene de familia extensa con padres vivos; cuyos hijos son Mayeli de 18 años de edad y Carlos de 13 años con el diagnóstico de trastorno de atención e hiperactividad. Y cuya demanda de consulta de la familia es por el “paciente identificado” (PI), Carlos al observar la madre la problemática que presenta en la Escuela y en la Familia por trastorno de déficit de atención e

hiperactividad con 9 años de evolución y actualmente tratado con 10 mgs de Metilfenidato cada 12 hs.

Se trata de una familia nuclear simple, con escolaridad del padre de primaria y de la madre de bachillerato, la hija con estudios de licenciatura y el PI con estudios de secundaria hasta la fecha. El padre de ocupación obrero, cuyos ingresos son mensuales habitan una vivienda con buenas condiciones sanitarias; mostrando así según el método de Graffar ser de un nivel medio bajo.

De su dinámica en la familia se observaron límites bien definidos en cada subsistema, la jerarquía bien delimitada en los padres, pero la atención familiar se halla centralizada en el PI, y la hermana con trastornos de ansiedad secundario a esto, aunque la etapa de la familia es de fase de dispersión, el poco afecto caracterizado dificulta la comunicación entre sus miembros, por lo que dificulta las alianzas y caen en un círculo difícil de romper y que los haga crecer, sin embargo gracias a los límites la familia a percepción de sus miembros es una familia funcional, excepto la percepción de Mayeli que considera una familia con disfunción leve, por lo que el descuido de este miembro dificulta las acciones de entablar una relación mejor entre sus miembros, y crear una subsistema natural entre madre e hija. La percepción de la Cohesión por parte de los padres es de una Familia Aglutinada, con fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común; que sin embargo la adaptación de la familia con el PI la ha hecho funcional; aun así, la percepción de los hijos es de ser una familia no relacionada donde predomina solo la opinión de los padres y dificulta la comunicación, pero sobre todo puede llegar a evitar la independencia de estos miembros.

La percepción de la familia en su Adaptabilidad fue diversa, donde el PI mostro pertenecer a una familia Caótica donde reconoce la falta de liderazgo, con una disciplina irregular, contrario a la opinión del padre que observo una familia rígida pero según él que toma en cuenta la sugerencias de los miembros; y así percibe con esto una familia con disfunción severa.

TDAH 2. Familia Domínguez - Avendaño

Se halla compuesta de cuatro miembros, el padre llamado José Antonio de 49 años, ocupación chofer y educación primaria; cuya familia de origen es numerosa, le viven sus padres que son portadores de Hipertensión arterial sistémica; la madre Heriberta de 48 años de edad, educación secundaria, ama de casa; con familia de origen numerosa, y solo le vive la madre y padre finado con Diabetes Mellitus tipo 2. Y los hijos José de 15 años estudiante de bachillerato y María Daniela estudiante de secundaria de 12 años. Cuya demanda de atención en la familia se centra en José que es portador de hiperactividad y déficit de atención con dos años de ser diagnosticado, con bajo rendimiento escolar, que sin embargo lleva buena dinámica con su hermana y ante el tratamiento actual, la familia cursa con una dinámica funcional estable donde el padre único proveedor se ausenta en ocasiones de la familia por sus labores y la madre asume el rol adecuadamente; que sin embargo hay cierto abandono de la parte afectiva, pero los límites familiares hacen una dinámica estable, gracias a la comunicación del subsistema conyugal que parece ser la única alianza; tienen una calificación de Graffar que corresponde a un nivel medio bajo, pero con vivienda en buenas condiciones. Tanto el padre como la hija perciben una familia funcional, pero la madre y el hijo la perciben de manera disfuncional moderada, sobre todo al demandar mayor atención de la parte afectiva; además la percepción de la cohesión y adaptabilidad se traduce en una familia con difícil crecimiento, pero aun así flexible manifestado por nuestro paciente identificado, con límites rígidos, pero flexibles para este paciente, lo que no percibe la hermana al observar una familia caótica no relacionada; sobre todo al manifestarse límites rígidos carecen de socialización y esto hace aún más difícil el crecimiento familiar, tal vez falte adaptarse aun a la enfermedad del paciente identificado.

TDHA3 Familia: Tejeda-Vázquez

Esta familia se compone de tres miembros, por la madre de 30 años que proviene de una familia extensa, con 9 hermanos y madre diabética; y el padre de 30 años también proviene de familia extensa de 6 hermanos de padres hipertensos. Además de un hijo llamado Alexander de 13 años, el cual es el paciente motivo de consulta que cursa con déficit de atención e hiperactividad y manifestado desde edades tempranas, la familia de origen de la mamá es extensa con madre portadora de Diabetes mellitus tipo 2, y el padre de Alexander igual de familia extensa con antecedentes de hipertensión arterial. El padecimiento de Alexander ha provocado dificultad en el crecimiento familiar por ser una dinámica rígida y difícil de romper, ya que el padre que se ausenta por sus labores, hace que se establezca una diada de madre-hijo, sobre todo al tratar de llenarlo con cuidados, por lo que la parte afectiva de esta familia está rota entre el padre y el hijo. El padre establece límites rígidos, aunque es el proveedor, el poco tiempo que se halla con su familia no es bien aprovechado para ayudar a su dinámica y ello contribuye además a dificultar uno de los cuidados de la familia como es la socialización que dificulta aún más el crecimiento, ya que solo la hacen con sus familiares de origen, siendo la percepción de Alexander de un medio poco flexible pero funcional, ya que los roles ni las jerarquías no se hallan claros en esta familia. Por el método de Graff se considera una familia marginal que habita una vivienda con pocas condiciones de higiene y aislada. La percepción familiar del Apgar es funcional, aunque ante la situación de la patología de su único hijo hace difícil las relaciones de los conyugues ante la angustia que genera la conducta del niño, que a pesar de todo, recae sobre el cuidado que tenga la madre sobre él; por último la percepción de la familia del FACES III es ser balanceada por semirrelacionada y estructurada.

TDAH 4. Familia Osorio-Gutiérrez

Familia monoparental, compuesta por la mama Lidia de 41 años de edad, portadora de diabetes mellitus tipo 2, con escolaridad secundaria y ocupación comerciante, estado civil viuda; y Jorge el hijo de 10 años de edad que cursa el 5to, de primaria que es portador de trastorno de déficit de atención e hiperactividad, pero con historia familiar de haber perdido a su padre por causa de defunción por insuficiencia renal, y que aun continua en la fase de duelo a pesar de tener un año de haber sufrido la separación, y precisamente por historias de atención de este padecimiento crónico en sus recaídas el niño en diversas ocasiones se quedaba solo, acentuando además un trastorno afectivo por carecer de este cuidado y aún más la socialización de esta familia no es buena, ya que la madre tiene conflictos con su familia de origen de la cual no recibe apoyo, con un hermano alcohólico. Y por el método de Graffar se clasificó en un estrato medio bajo, aun así, ambos perciben una familia funcional y además estructurada y relacionada que sin embargo la tendencia a continuar sin alimentar las necesidades de la familia como la socialización y el afecto se puede traducir en una tendencia a dificultar el tratamiento y aumentar un trastorno afectivo, ya que el niño aun continua en su soledad por las labores de la madre para sacar adelante a la familia y la falta de apoyo económico de la familia de origen.

DISCUSIÓN

Se presentaron 4 casos de TDAH que son una cohorte pequeña de una población del Estado de Veracruz, en ellos se plasma un caso de familias emigrantes, pero en los cuatro el género afectado es el masculino, como mencionan algunos autores que en lo referente a la distribución por sexos, hasta el momento los diferentes estudios revelan una mayor prevalencia del TDAH en varones, con una relación de 4/1 en la población general y de 9/1 en la población clínica. En Sabaneta, Antioquia, Colombia, Cornejo y colaboradores¹ encontraron en 2001 una prevalencia del 15,1% con una relación hombre/ mujeres de 3,4/1. ⁽²⁵⁾. En algunos de ellos el déficit de atención e hiperactividad estaba subdiagnosticado y se hizo aparente al entrar a la escuela y tener exigencias de socialización además de actividades mentales cada vez más exigentes, sobre todo al poner en peligro su afectividad como sucedió en el TDAH 4 donde al perder a su padre por defunción aumento más la sintomatología, además de presentar sentimientos de soledad y falta de atención por los padres como sucede con la observación de otros autores que en general, todos los itinerarios terapéuticos se inician cuando el niño comienza su escolaridad y sus maestras se dan cuenta de los llamados “problemas del aprendizaje” de sus pupilos y entre éstos se destacan la inquietud y la indisciplina en el salón de clases. Ya que se observó en nuestras familias estudiadas como común denominador la falta de afecto y socialización hacia estos pacientes, que aunque no se mostró una clara diada o subsistema con ellos, si se hizo más evidente ante situaciones de angustia como menciona Jean Ménéchal, el cual liga el déficit atencional a las fallas en la constitución (fundamentalmente con dificultades en el armado de pensamiento secundario); niños deprimidos (que muchas veces apelan a un funcionamiento maníaco); niños que están en estado de alerta permanente; niños que presentan trastornos en la estructuración del superyó y que no se sujetan a las normas escolares; niños que tienden a buscar la aprobación y el amor permanentemente, como modo de sostener el narcisismo ⁽²⁶⁾; y es que en ocasiones la terapéutica solo se basa en el tratamiento médico sin

tomar en cuenta la dinámica familiar que en este estudio se muestra como una gran aportación a esta patología al desencadenarla o mejorarla según el comportamiento de esta dinámica, sobre todo al acentuar los cuidados de la familia en cada caso y después tratar de mejorarlos, además de tomar en cuenta otros miembros que se involucran con el paciente identificado y lleva a un círculo del cual es difícil que en ocasiones no lo pueda manejar la familia por si sola y se vuelve aún más rígida su estructura al no aceptar los cambios necesarios para su crecimiento, Así tenemos que esta angustia se transmite a la familia y su estructura llega a caer como observamos a los extremos o muy flexible o muy rígida y además caótica; como se menciona en estudios de los niños "hiperactivos" presentan dificultades ya en la constitución del preconsciente cinético, en esa organización preconsciente a través de acciones, por lo que no pueden apelar a esos modos de traducción. Dificulta, entonces, en el procesamiento secundario de las representaciones en sus momentos iniciales, que lleva a un trastorno en la posibilidad de representar, de ligar, de traducir en palabras lo pulsional. Son descargas que son pura evacuación de angustia, lucha contra la pasividad. Es llamativa la recurrencia, en los padres, de un estado ansioso, regido por la urgencia y por una especie de "hiperactividad" en relación al hijo. Se repite la inestabilidad emocional del contexto en toda la familia ⁽²⁷⁾.

Por ello en base a estas experiencias narradas por la familia de este estudio es importante involucrarlas en el papel de la mejoría de su dinámica e inclusive recurrir a terapia todo el grupo ya que cada vez se estudia más la enfermedad en todo el contexto familiar, de acuerdo con Klasen que menciono que la metodología de investigación cualitativa que ha renovado su horizonte de aplicación en el área de las ciencias de la salud (la teoría fundamentada en el análisis hermenéutico de las narrativas de enfermedad de los pacientes, una teoría que avanza en la clínica médica la discusión fenomenológica) hermenéutica ⁽²⁸⁾.

CONCLUSIONES

La disfunción familiar puede contribuir como un factor de riesgo que interactúa con una predisposición del niño para exacerbar la presentación y continuidad del TDAH. La convivencia familiar está afectada por las dificultades intrínsecas de estos niños, ya que los padres de estos niños deben saber cuál es la mejor manera de interactuar con ellos y como reducir las fricciones dentro del seno familiar creando un ambiente adaptado a sus necesidades. Por la información anteriormente vertida, es que nació la necesidad de generar un trabajo de investigación para determinar la funcionalidad de la familia de estos niños.

Con base a los resultados obtenidos en este estudio podemos afirmar que la funcionalidad familiar alta comparada con funcionalidad familiar moderada en función a si llevan o no un tratamiento establecido su comportamiento es como un factor de riesgo, es decir, que las familias que tengan un hijo con diagnóstico de TDAH y que no lleve tratamiento, es más probable que tengan una mejor funcionalidad familiar que aquellos que si lo llevan.

La clínica médica puede aplicar una poderosa herramienta para involucrar el punto de vista de los enfermos en su cuidado y en su terapéutica. Se trata de apreciar toda la dimensión existencial de la enfermedad. Y sin embargo no podemos generalizar este estudio a otros ámbitos, por los pocos pacientes y el diseño empleado.

BIBLIOGRAFIAS

- 1.- Membrillo L. A., Fernández O. M. Á., Quiroz P. R., Rodríguez -López J. L., Familia. Introducción al estudio de sus elementos. Editores de Textos Mexicanos, S.A. de C.V. 2008. Pág. 37-49, 75-83
- 2.- Sánchez R. A., González P. A. Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos. Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas. Vol. 16, Núm. 2 abril-junio 2011
- 3.- Mendoza P. M.C. Disfunción Familiar en el Personal de Salud del Hospital de la Paz en el año 2007. Rev. Méd. Vol. 5 No. 2 La Paz julio-diciembre-2007
- 4.- Aronne E. La familia: concepto, tipos, crisis, terapia.
5. Alarcón D. L., Bonilla H. M., Chávez V. E., Montiel A. Cohesión y Adaptabilidad en familias con pacientes de Alzheimer de la Ciudad de México. Redes 10, Pp, 85-95 Diciembre 2002
- 6.- Visión psicológica: Crisis Familiares y Trastorno Adaptativo.
- 7.- Schmidt V., Barreyro J.P., Maglio A.L. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? Escritos de Psicología, Vol. 3, No. 2, pp. 30-36. Abril 2010
- 8.- Mata E.A. Estructuras Familiares y Comportamientos Adictivos (2ª parte). Año XV, Vol. 12, No. 1. Marzo 2005
- 9.- Mientras hay vida hay esperanza: Cohesión y Adaptabilidad Familiar. Enero 2012
- 10.- Capdevila-Brophy C., Navarro-Pastor J.B., Artigas-Pallarés J. y Obiols-Llandrich J. El trastorno de Déficit de Atención /Hiperactividad(TDAH): ¿Diferencias entre los subtipos?. Octubre 2007
- 11.- Enfermedades: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad . El Mundo. Es Agosto 2010
- 12.- Cadena- Arenas G.; Mayo 2009. Guía para padres y maestros. Niños con problemas de hiperactividad TDAH. México, D.F. Editores Mexicanos Unidos, S.A. de C.V. 224 páginas. Pp. 93-94

13.- Mas- Pérez C. .Psicólogo Clínico. El TDAH en la Práctica Clínica Psicológica. Clínica y Salud. Vol. 20, n. 3, Madrid 2009

14.- Hiperactividad Infantil. [www. Hiperactividadinfantil.com/](http://www.Hiperactividadinfantil.com/) 13-dic-2011

15.-Sances- Masero C. Intervención Familiar Grupal en Niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) 2009

16.- 19. Roselló B, García R, Tárraga R, Mulas F. El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev Neurol 2003,36:S1:S79-S84.

17.- Fernández-Mayoralas D.M., Fernández-Jaén A.Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Acta Pediátr. Esp. 2010;68(5): 227-234.

18. Meneses- Luna Ó., Alcántara- Hernández P., García- González A., Yañez-Gutierrez J. T. Funcionalidad de Familias con niños que presentan Déficit de Atención e Hiperactividad o sin él, en la UMF No.21 del IMSS. Psiquis 2008; 17 (14) 129-139.

19. Ponce R. E.R., Gómez C. F.J, Terán T.M. y cols Conceptos básicos para el estudio de las familias archivos en medicina familiar 2005 vol. 7 No 1, 15-19. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Originales 2002

20. Suarez C.M.A. Alcalá E. M. Apgar Familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. Méd. La Paz v.20 n.1 La Paz 2014

21. Bauce G. J., Cordova M. R. Cuestionario socioeconómico aplicado a grupos familiares del distrito capital para investigaciones relacionada con la Salud Publica. Revista del Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel", 2010; 41:1.


22. Suárez C. M.A. El Genograma: Herramienta para el estudio y abordaje de la familia. Rev. Méd. La Paz v.16 n.1 La Paz 2010

23. Mateo F. Perspectivas recientes en la Evaluación Neuropsicológica y Comportamental del Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad. Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativas, ISSN: 1696-2095.Nº 7, Vol 3 (3) 2005, pp. 215 – 232.

24. Miranda, R. García, Tastorno de déficit de atención con hiperactividad. Revista de Neurología 2002; 34 (Supl1): S91-S97

25. Cornejo J W, Carrisoza J, Sánchez G, Grisales H, Castillo H, Holguín J, et al. Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *RevNeurol* 2005; 40: 716-722.
26. Ménéchal, Jean y otros, *L'hiperactivité infantile. Débats et enjeux*, Dunod, París(2004)
27. Andrés, M., Castelló, M.L., Félix, V. y Castillo, S. (2005). Valoración del TDAH en una consulta de neuropediatría: Aspectos clínicos y neuropsicológicos. Comunicación presentada en la Sociedad Valenciana de Pediatría. Castellón, junio de 2005
28. Klasen H. A name, what's in a name? The medicalization of hyperactivity, revisited. *Harv Rev Psychiatry*.2000; 7(6):334-44

ANEXOS

 <p>SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL</p>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)</p>
<p>DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	"Funcionalidad familiar en niños con trastorno de déficit de atención e hiperactividad"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Veracruz, Ver., a:
Número de registro:	R-2012-3003-
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar como es la funcionalidad familiar en familias con niños con trastorno con déficit de atención e hiperactividad.
Procedimientos:	Entrevistas familiares, elaboración de genograma familiar, observación de las relaciones familiares.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Entender la funcionalidad de la familia estudiada y ofrecer orientación familiar.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se les dará de manera confidencial al jefe de familia.
Participación o retiro:	Se informa la libertad de abandonar su participación sin afectar sus derechos de atención médica en la unidad.
Privacidad y confidencialidad:	Se informa la libertad de abandonar su participación sin afectar sus derechos de atención médica en la unidad..
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>No autoriza que se tome la muestra.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.</p>
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Orientación familiar
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Obdulia Texon Fernández
Colaboradores:	Dra. Marianella de Jesús Herrerías Salazar
<p>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: 2</p>	
<p>_____ Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal Testigo 1</p>	<p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2</p>
<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>
<p>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.</p>	
<p>Clave: 2810-009-013</p>	



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Funcionalidad familiar en niños con trastorno de déficit de atención e hiperactividad
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Veracruz, Ver. a:
Número de registro:	R-2012-3003-
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar como es la funcionalidad familiar en familias con niños con trastorno con déficit de atención e hiperactividad
Procedimientos:	Entrevistas familiares, elaboración de genograma familiar, observación de las relaciones familiares.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Entender la funcionalidad de la familia estudiada y ofrecer orientación familiar
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le dará de manera confidencial al jefe de familia.
Participación o retiro:	Se informa la libertad de abandonar su participación sin afectar sus derechos de atención médica en la unidad.
Privacidad y confidencialidad:	Se informa la libertad de abandonar su participación sin afectar sus derechos de atención médica en la unidad.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza 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.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

No aplica

Beneficios al término del estudio:

Orientación familiar

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Obdulia Texon Fernández

Colaboradores:

Dra. Marianella de Jesús Herrerías Salazar

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: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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

RECOLECCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

1. Nombre del paciente_____
2. Edad_____
3. Sexo_____
4. Evolución de la enfermedad_____ meses
5. Nivel educativo de los padres

Primaria

Secundaria

Preparatoria

Profesional

Postgrado

6. Padres separados

Si_____ No_____

7. Tipo de familia

Nuclear_____

En expansión_____

Reconstruida_____

FACES III

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Algunas veces	4 Casi siempre	5 Siempre
-------------------	------------------------	---------------------------	--------------------------	---------------------

DESCRIBA SU FAMILIA

	1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí
	2	En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas
	3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
	4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
	5	Nos gusta convivir solamente con los familiares mas cercanos
	6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
	7	Nos sentimos mas unidos con nosotros que con personas que no son de nuestra familia
	8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas
	9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
	10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
	11	Nos sentimos muy unidos
	12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones
	13	Cuando se toma una decisión importante toda la familia esta presente
	14	En nuestra familia las reglas cambian
	15	Con facilidad podemos planear actividades en familia
	16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
	17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones
	18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
	19	La unión familiar es muy importante
	20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar

APGAR FAMILIAR

CONCEPTO	Casi siempre (2 puntos)	Algunas veces (1 punto)	Casi nunca (0 puntos)
ADAPTABILIDAD 1.- ¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tienen algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
PARTICIPACIÓN 2.- ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?			
CRECIMIENTO 3.- ¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en sus estilos de vida?			
AFECTO 4.- ¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos ya sean de bienestar o malestar?			
RESOLUCIÓN 5.- ¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
TOTAL			

INTERPRETACIÓN

0 – 3 Disfunción grave

4 – 6 Disfunción moderada

7 – 10 Familia funcional

METODO DE GRAFFAR

1. Profesión del jefe de Familia

- () 1.- Profesión universitaria, comerciantes, todos de alta productividad, oficiales de las fuerzas armadas (si tienen un rango de educación superior)
- () 2.- Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores.
- () 3.- Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o Productores.
- () 4.- Obreros especializados y parte de los del sector informal (con primaria completa)
- () 5.- Obreros no especializados y otra parte del sector de la economía (sin primaria completa)

2.- Nivel de instrucción de la Madre

- () 1.- Enseñanza universitaria o su equivalente
- () 2.-Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
- () 3.-Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
- () 4.- Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
- () 5.- Analfabeta

3.-Principal fuente de ingresos de la Familia

- () 1.- Fortuna heredada o adquirida
- () 2. -Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
- () 3.- Sueldo mensual
- () 4.-Salario semanal, por día, entrada a destajo
- () 5.- Donaciones de origen público o privado

4.- Condiciones de la vivienda

- () 1.- Vivienda en óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
- () 2.- Vivienda en óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios.
- () 3.- Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
- () 4.-- Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
- () 5. Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

1	Estrato alto	04 – 06
2	Medio alto	07 – 09
3	Medio Bajo	10 – 12
4	Obrero	13 – 16
5	Marginal	17 – 20

TIPOLOGÍA FAMILIAR

Clasificación de las Familias con base en el Parentesco

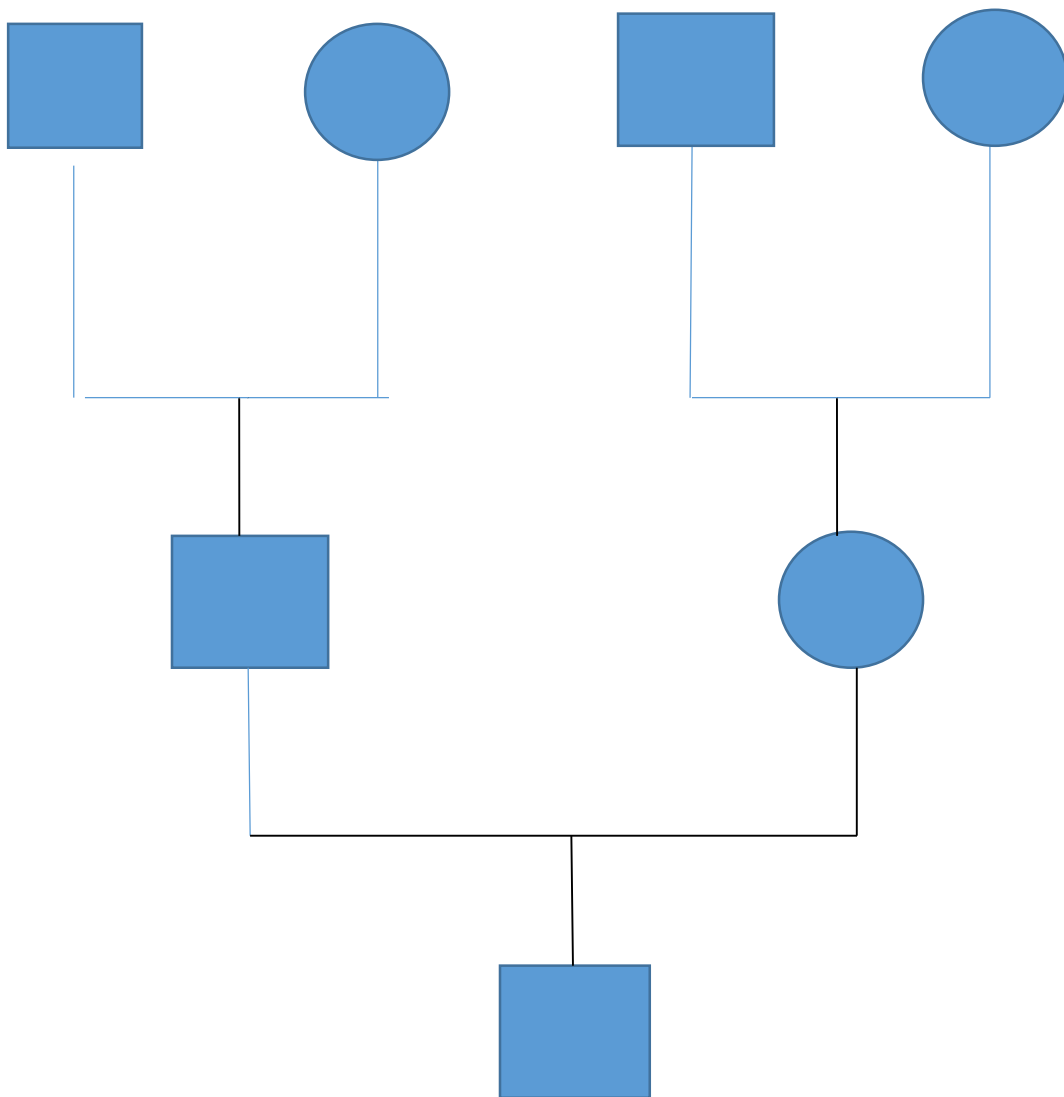
Con Parentesco
Nuclear
Nuclear simple
Nuclear numerosa
Reconstruida (binuclear)
Monoparental
Monoparental extendida
Monoparental extendida compuesta
Extensa
Extensa compuesta
No parental
Sin Parentesco
Monoparental extendida sin parentesco
Grupos similares a familias

Clasificación de las Familias con base en la Presencia Física o Convivencia

Presencia Física en el Hogar
Núcleo integrado
Núcleo no integrado
Extensa ascendente
Extensa descendente
Extensa colateral

Nuevos Estilos de Vida Personal-Familiar originados por Cambios Sociales

Tipo
Persona que vive sola
Matrimonios o parejas de homosexuales
Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos.
Familia grupal
Familia comunal
Poligamia

GENOGRAMA

MÉXICO
SECRETARÍA DE SALUD



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Modificación Autorizada

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 3003
U MED FAMILIAR NUM 61, VERACRUZ NORTE

FECHA 02/05/2014

DR.(A). OBDULIA TEXON FERNANDEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que la modificación al protocolo de investigación en salud con título: **"Funcionalidad Familiar en Familias con Niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad"** y con número de registro institucional: **R-2012-3003-22** y que consiste en:

Cambio de autor responsable

que 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 **MODIFICACION AUTORIZADA.**

ATENTAMENTE


DR.(A). MARGARITO LEÓN CABAL
PRESIDENTE DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD No.3003

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL