



**Universidad Nacional Autónoma De México
Facultad De Medicina
División De Estudios De Postgrado E Investigación
Subdivisión De Medicina Familiar
Instituto Mexicano Del Seguro Social
Unidad De Medicina Familiar No. 21**

**“Valoración De La Funcionalidad Familiar En Pacientes
Con TDAH de la Unidad De Medicina Familiar No. 21”**

Registro: R-2014-3703-12

Tesis

Para Obtener El Título De:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Dr. Mario Alberto Campuzano Martínez

Médico Residente De Medicina Familiar.

ASESORES

Dra. Leonor Campos Aragón

Médico Cirujano, Maestra En Ciencias. Maestra En Salud Pública.

Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina.

Médico Cirujano, Especialista En Medicina Familiar

MÉXICO D.F. 2015



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.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

DRA. MARIBEL MUÑOZ

Director Médico de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS “Francisco del Paso y Troncoso”

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGÓN

Médico Cirujano con Maestría en Ciencias, Maestría en Salud Pública, Coordinadora del Departamento de Educación e Investigación en salud de la Unidad de Medicina Familiar N. 21 IMSS “Francisco del Paso y Troncoso”

DR. JUAN FIGUEROA GARCÍA

Médico Cirujano, especialista en Medicina Familiar, Profesor Titular de la Especialidad en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS “Francisco del Paso y Troncoso”

ASESOR: DRA. LEONOR CAMPOS ARAGÓN

Médico Cirujano con Maestría en Ciencias, Maestría en Salud Pública, Coordinadora del Departamento de Educación e Investigación en salud de la Unidad de Medicina Familiar N. 21 IMSS “Francisco del Paso y Troncoso”

ASESOR: DR. JORGE ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA

Médico Adscrito A la UMF No. 21, Profesor Adjunto De La Especialidad De Medicina Familiar En La UMF No. 21, Médico Cirujano, Especialista En Medicina Familiar.

ÍNDICE

Titulo.....	5
Identificación De Los Investigadores.....	6
Resumen.....	7
Marco Teórico.....	8
Justificación.....	39
Planteamiento De Problema.....	42
Pregunta De Investigación	44
Objetivo.....	45
Hipótesis De Trabajo.....	45
Material Y Métodos.....	46
Variables.....	49
Consideraciones Éticos.....	52
Recursos, Financiamiento.....	53
Resultados.....	54
Discusión.....	73
Conclusiones.....	76
Recomendaciones.....	79
Bibliografía.....	80
Anexos.....	83

AGRADECIMIENTOS:

A Dios

por permitirme ser quien soy, y permitirme vivir cada instante, dandome la oportunidad de crecer y desarrollarme en esta profecion, que tanto me gusta, permitiendome tener satisfacciones y poder ayudar a otros.

A Mis Padres:

Segio, Y Guille, por darme la vida y apollarme, por ser mi ejemplo a seguir, por que sin ustedes, sin su amor, su cariño, jamas podria haber llegado hasta hoy en dia me encuentro, pos sus enseñanzas, por saber guiarme en este camino. los amo.

A Mis Hermanos:

Ivan, Lizbeth Y Nancy, por su cariño, apoyo, y por creer en mi.

A Mi Pareja:

Arturo Lopez Figueroa, por estar a mi lado en las buenas, y sobre todo en las malas, por creer en mi, y por apoyarme en todo momento, por tus consejos, por compartir tu vida con migo. te amo

A Mis Tios:

que desde pequeño me enseñaron lo correcto, quienes sus consejos y enseñanzas me guiaron hasta el dia de hoy, a ti Clara Martinez por siempre estar en los momentos dificiles.

A Mis Amigos Y Compañeros De Especialidad

Samira Calvo, Rubi Mejia, Octavio Coronado, Y Laura Mendez, que sin ustedes, no hubiera sido lo mismo este arduo camino, gracias por hacerlo ameno, por sus risas, por sus llantos, por sus alegrias, y disgustos, por las salidas, por las guardias y desveladas, simplemente por ser mis amigos.

A Mis Profesores De Especialidad

quienes sus conocimientos, enseñanzas, y apoyo, hicieron posible este logro.

A Mi Ascesor De Tesis

Dr. Jorge Alejandro Alcala Molina, por creer en mi, por su apoyo y consejos, por que sin usted, no hubiera sido posible este trabajo.

Gracias....

TITULO:

**VALORACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
CON TDAH EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21**

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina

Médico Adscrito A la UMF No. 21, Profesor Adjunto De La Especialidad De Medicina Familiar En La UMF No. 21, Médico Cirujano, Especialista En Medicina Familiar.

Correo: jaamalex@hotmail.com

Teléfono: 57606000 Extensiones 21407 Y 21428

Dirección: Francisco Del Paso Y Troncoso No. 281, Col Jardín Balbuena. C.P. 15900, Delegación Venustiano Carranza. México D.F.

Dra. Leonor Campos Aragón

Médico Adscrito A la UMF No. 21, Jefa De Enseñanza E Investigación De La UMF No. 21, Médico Cirujano, Maestra En Ciencias-

Correo Electrónico: dra.leonor.campos.aragon@gmail.com

Teléfono: 57606000 Extensiones 21407 Y 21428

Dirección: Francisco Del Paso Y Troncoso No. 281, Col Jardín Balbuena. C.P. 15900, Delegación Venustiano Carranza. México D.F.

Dr. Mario Alberto Campuzano Martínez

Médico Cirujano Y Partero, Médico Residente De 2do. Año De Medicina Familiar De La UMF No. 21

Correo: soymariocm@gmail.com

Teléfono: 57606000 Extensiones 21407 Y 21428

Dirección: Francisco Del Paso Y Troncoso No. 281, Col Jardín Balbuena. C.P. 15900, Delegación Venustiano Carranza. México D.F.

RESUMEN

Valoración De La Funcionalidad Familiar En Pacientes Con TDAH En La Unidad De Medicina Familiar No. 21

Antecedentes

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una condición neuropsiquiatría con etiología multifactorial y de inicio en la infancia, caracterizado por la dificultad para poner atención, hiperactividad y/o impulsividad. Afecta entre el 4 y el 12 % de la población escolar y se calcula que en México existen alrededor de 1 500 000 niños con TDAH. Se le considera un trastorno externalizado del desarrollo, crónico, donde existe un déficit del control inhibitorio, de las emociones, del movimiento, de la regulación de la atención, de los impulsos, etc.

La familia sigue teniendo un gran valor en sí misma y seguirá desempeñando importantes funciones en la vida de las personas, como institución social que es. La integración de una orientación familiar efectiva en la práctica cotidiana se ha manifestado como una tarea del médico familiar. El Test de funcionamiento familiar (FFSIL): Instrumento para evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

Objetivo Determinar funcionalidad de las familias con pacientes con TDAH,

Resultados: De acuerdo a la funcionalidad familiar, podemos mencionar que el 87.9% tiene una familia con algún tipo de disfunción familiar. Pudiendo ser esta, leve, moderada o severa.

La comunicación en estas familias, afectada en su mayoría en diferentes niveles, con un 34.5% levemente, 16.7% moderadamente y un 24.1% severamente.

Palabras Clave: FFSIL, Funcionalidad Familiar, Trastorno Por Déficit De Atención E Hiperactividad (TDAH)

Rating Of Family Functionality in Patients with ADHD In Unity Of Family Medicine No. 21

Background

The disorder attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neuropsychiatric condition with multifactorial etiology and onset in childhood, characterized by difficulty paying attention, hyperactivity and / or impulsivity. It affects between 4 and 12% of the school population and it is estimated that about 1.5 million children with ADHD exist in Mexico. He is considered an outsourced development, chronic disorder where there is a deficit of inhibitory control, emotions, movement, regulation of attention, impulse, etc.

The family still has a great value in itself and will continue to play important roles in the lives of people, as a social institution it is. The integration of effective family counseling in everyday practice has proven to be a task for the family physician. The Test of family functioning (FFSIL): An instrument for quantitative and qualitatively assess family functioning, which measures the variables cohesion, harmony, communication, permeability, affection, roles and adaptability.

Objective: To determine functionality of families with ADHD patients,

Results: According to family functioning, we can mention that 87.9% have a family with some kind of family dysfunction. May be this, mild, moderate or severe.

Communication in these families, affected mostly in different levels with slightly 34.5% 16.7% 24.1% moderately and severely.

Keywords: FFSIL, Family Functioning, Attention Deficit Disorder and Hyperactivity Disorder (ADHD)

Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina Médico Adscrito A la UMF No. 21, Profesor Adjunto De La Especialidad De Medicina Familiar En La UMF No. 21, Médico Cirujano, Especialista En Medicina Familiar. **Dra. Leonor Campos Aragón** Médico Adscrito A la UMF No. 21, Jefa De Enseñanza E Investigación De La UMF No. 21, Médico Cirujano, Maestra En Ciencias. **Dr. Mario Alberto Campuzano Martínez** Médico Cirujano Y Partero, Médico Residente De Medicina Familiar De La UMF No. 21

Marco Teórico.

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Definición

El TDAH es una condición neuropsiquiátrica con etiología multifactorial y de inicio en la infancia, caracterizado por la dificultad para poner atención, hiperactividad y/o impulsividad que puede persistir hasta la edad adulta, impactando diferentes áreas como la académica, laboral y social.

El ICD-10 es la Décima Revisión de la Clasificación Internacional y Estadística de las Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Define al TDAH dentro del grupo de trastornos hipercinéticos caracterizados por un comienzo precoz, y la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas. Estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y perduran a lo largo del tiempo.¹

El déficit de atención constituye el rasgo principal de los síndromes hipercinéticos. Estos déficits en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el coeficiente intelectual del afectado.

La ICD-10 se enfoca en diferenciar este trastorno del trastorno disocial, dándole prioridad al trastorno hipercinético. Cuando se encuentran presentes las pautas para el diagnóstico de trastorno disocial con hiperactividad intensa y generalizada, el diagnóstico es trastorno hipercinético disocial.^{1,2}

Con frecuencia pueden presentar un déficit cognoscitivo y suelen acompañarse de retraso en el desarrollo motor y del lenguaje, así como de un trastorno de aprendizaje. Es frecuente que estos niños presenten complicaciones secundarias

de comportamientos disociales y de baja auto-estima.

El padecimiento suele ser más frecuente en varones que en mujeres. Los síntomas se deben presentar en dos o más ambientes en donde se desenvuelve el niño.

La ICD-10 le da preferencia al diagnóstico de un trastorno afectivo o de ansiedad y sólo considera ambos diagnósticos cuando es clara la presencia independiente del trastorno hipercinético sin que los síntomas formen parte del otro diagnóstico.

Epidemiología

El TDAH es un trastorno relativamente común. Las estimaciones de su prevalencia varían, dependiendo, en gran medida, de las técnicas de diagnóstico (por ejemplo, cuestionarios o entrevistas) y de la edad y naturaleza de la población estudiada (clínica o población general).^{3,4}

En la actualidad se tiene el conocimiento que de cada 100 niños en edad escolar, de 3 a 5 presentan TDAH, mientras que en la adolescencia se reportan diferencias por sexo, ya que de 100 hombres adolescentes de 1 a 6 lo presentan, y de 100 mujeres adolescentes de 1 a 2 lo presentan.

Es más frecuente en los hombres que en las mujeres, con diferencias que van de 3 a 5 hombres por 1 mujer.

En hermanos de niños con TDAH se ha encontrado que tienen un riesgo dos veces mayor de presentarlo.

En EE.UU. uno de cada veinte niños presenta TDAH.

Un estudio realizado en 2003 por Faraone, Sergeant, Gillberg y Biederman, reportó una prevalencia del TDAH en E.U.A. de entre 7.1 y 12.8% de la población infantil.

En Ucrania reportaron una prevalencia del 19.8%, y en Islandia, Australia, Italia, Suecia y España la prevalencia se encontró entre 2.4 y 7.5%.⁴

En un estudio realizado por Caraveo, Colmenares, Romano y Wagner (2003) ,⁵ en niños y adolescentes (4-16 años) de la población general de la Ciudad de México, la prevalencia fue del 5%.

Vidal Martínez encontró en un estudio realizado en La Habana, Cuba una prevalencia del TDAH de un 7.4%, en Hong-Kong del 8.9% y en Colombia del 17.1%.⁶

Los estudios que existen reportan una prevalencia similar en las distintas poblaciones y regiones de todo el mundo.

La población infantil en México se estima en aproximadamente 33 millones de niños, de los que 15 % tienen algún problema de Salud Mental. Esto nos dice que aproximadamente 5 millones de niños presentan trastornos mentales y de estos, 2.5 millones requieren atención especializada ⁵

El TDAH afecta entre el 4 y el 12 % de la población escolar y se calcula que en México existen alrededor de 1 500 000 niños con TDAH. Sin embargo es importante aclarar que no existen estudios epidemiológicos a nivel nacional sobre la prevalencia del TDAH en la República Mexicana.⁵

En el año 2007, de acuerdo al Servicio de Estadística y Epidemiología del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, de los 3813 pacientes que solicitaron atención en el Servicio de Admisión y Urgencias por primera vez, 1139 presentaron el diagnóstico de TDAH, es decir el 29.87%.

Entre 2003 y 2007 en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, se diagnosticaron en el Servicio de Consulta externa, 6016 pacientes con TDAH.

En comunidades rurales y urbanas el desarrollo, manifestación y evolución del TDAH es parecido.

Fisiopatología

Desde el punto de vista de la neurotransmisión, el TDAH es un trastorno caracterizado por la deficiencia de dopamina y noradrenalina.^{5,6}

Los genes involucrados son el Transportador de la Dopamina, DAT (Cromosoma 5), el Receptor de la Dopamina, DRD4 (Cromosoma 11), así como el DRD5, el 5HT1B, el 5HTT y el SNAP-25 (21). Estos genes afectan tanto la síntesis de la dopamina como su liberación presináptica, la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos y la hiperactividad de los transportadores de dopamina, conduciendo al cerebro a un estado hipodopaminérgico.

Hay tres estructuras subcorticales implicadas en los estudios de neuroimagen: el núcleo caudado, el putamen y el globo pálido. Estas estructuras son parte del circuito que controla la actividad motora, las funciones ejecutivas, la inhibición de la conducta y la modulación de las vías de gratificación.

Estos circuitos fronto-estriato-pálido-talámicos suministran retroalimentación a la corteza para regular la conducta. Existen dos tipos de circuitos: los ejecutivos, que presentan déficits en la inhibición y disfunción ejecutiva dirigidos hacia la atención, y los de recompensa, que reducen el tiempo hasta la recompensa y retrasan la aversión, dirigidos hacia la fascinación.

Etiología

La etiología del TDAH es multifactorial, ya que influyen diversas variables; sin embargo, actualmente se cuenta con el conocimiento de algunos de ellos; es

importante saber que ningún factor por sí solo explica el origen del trastorno. Algunos factores que intervienen son los siguientes:

Factores genéticos

Si se considera el TDAH desde el punto de vista genético, se han llevado a cabo estudios familiares en gemelos, en hijos adoptivos e investigaciones sobre genética molecular que han demostrado que el TDAH es altamente heredable. De padres a hijos, alrededor del 50%.

Se considera que alrededor del 80% de los casos de TDAH son de origen genético, sin embargo existe otro 20% cuyo probable origen esté en factores de riesgo como tabaquismo en la madre durante el embarazo, exposición a plomo, ingesta de alcohol, bajo peso al nacer, complicaciones obstétricas, y adversidad psicosocial.

Tanto, alteraciones genéticas como ambientales generan anomalías anatómicas y funcionales en los circuitos neuronales, las que conducen a la aparición de la enfermedad de la enfermedad.

Pregunte si algún familiar tiene TDAH. Se ha encontrado que un tercio de personas con TDAH tienen un familiar con el trastorno.

Si el niño o adolescente tiene TDAH, sus hermanos tienen la probabilidad de padecerlo. Los hermanos de un niño con TDAH tienen un riesgo dos veces mayor de padecer el trastorno que la población general.

No en todos los hermanos se manifiesta de la misma manera. Un hermano puede manifestar predominantemente síntomas de hiperactividad, mientras que otros pueden manifestar sólo síntomas de inatención. ¿Alguno de los padres es

alcohólico? Existe mayor presencia en hijos de alcohólicos y de padres con personalidad antisocial.

Factores neuroquímicos

Presencia de problemas químicos a nivel cerebral. Algunos estudios muestran que ciertos neurotransmisores (sustancias químicas del cerebro que permiten la transmisión de la información de una neurona a otra) son deficientes. En especial, han sido identificados dos neurotransmisores: la dopamina y la norepinefrina.

Factores neuroanatómicos y fisiológicos

Las áreas cerebrales involucradas son: la corteza prefrontal, los núcleos basales del cerebro y el cerebelo.

Factores psicosociales

La familia es muy importante. Las vivencias que producen estrés psicológico, la pérdida del equilibrio familiar y otros factores inductores de ansiedad contribuyen a la aparición o a la persistencia de TDAH.

Factores predisponentes. Temperamento difícil del niño o adolescente y exigencias sociales.

El nivel socioeconómico no parece ser un factor influyente.

Técnicas educativas inapropiadas como falta de reglas, límites inconsistentes o falta de acuerdo entre los padres.⁷

Cuadro Clínico

Se le considera un trastorno externalizado del desarrollo, crónico, donde existe un déficit del control inhibitorio, de las emociones, del movimiento, de la regulación de la atención, de los impulsos, etc. Las características de los TDAH en orden de frecuencia son: 1 Déficit de Atención. 2 Hiperactividad 3 Impulsividad. 4 Alteración de la Percepción Motora. 5 Labilidad Emocional. 6 Trastorno de Memoria y Pensamiento. 7 Alteración de Aprendizaje.

1.- Déficit De Atención.

Esto se manifiesta muy claramente cuando se les pide que realicen tareas largas, repetitivas o que carezcan de atractivo para ellos. Con frecuencia, indican que "se cansan" o "se aburren" con tales tareas y, como consecuencia, abandonan o cambian de una actividad a otra, sin finalizar ninguna.

No prestan atención, no consiguen organizarse para trabajar, no logran sostener el esfuerzo, se distraen con facilidad, pierden y olvidan cosas y no terminan las tareas. En los adultos la distracción puede manifestarse de forma diferente, como lentitud e ineficiencia, retraso repetido de actividades, pobre organización de su tiempo (impuntualidad), dificultad para iniciar y completar tareas, y problemas cuando realizan 2 o más tareas a la vez.

También pueden presentar incapacidad para mantener una conversación, distracción, incapacidad para mantenerse leyendo, dificultad para concentrarse en el trabajo, frecuentes olvidos y cambios de lugar.

2. Hiperactividad.

Las personas con TDAH, se mueven de manera excesiva y aparentemente innecesaria para lograr los fines que desean; parecen constantemente inquietos e

infatigables. Realizan movimientos que no son estrictamente necesarios para completar una tarea, tales como mover los pies y las piernas, dar golpecitos a las cosas, balancearse mientras están sentados, o cambiar de posición con frecuencia. Suelen levantarse de su asiento en el aula, no jugar en silencio, estar siempre en movimiento, hablar en exceso y otras actividades motoras gruesas. Aunque esto tiende a reducirse con la edad, incluso los jóvenes con TDAH son más infatigables que sus compañeros.

En los adultos, esta infatigabilidad puede ser más subjetiva que observable externamente, aunque algunos adultos continúan infatigables también de manera externa, y comentan que tienen la necesidad de estar siempre ocupados, haciendo algo, e incapaces de estar sentados tranquilos.^{7,8}

3.- La Impulsividad

Se manifiesta así: actúan antes de pensar (imprudencia en situaciones de peligro lo que los hace propensos a accidentes), cambian abruptamente de actividades, no logran organizarse, salen de la clase, no esperan turno, contestan sin pensar, interrumpen a los demás, se entrometen en pláticas y actividades que no les corresponden, lo que implica un quebrantamiento impulsivo (sin premeditación) de las normas sociales que les crea conflictos.

4. Alteración de la percepción Motora.

El niño, joven o adulto con TDAH, tiene problemas en la regulación de sus movimientos. La hipofunción dopaminérgica en los núcleos nigro-estriatales, da como resultado un problema en la coordinación motora y frecuentemente la presencia de signos neurológicos blandos.

5. Labilidad Emocional.

Manifiestan sus emociones públicamente con más intensidad y duración de lo que lo hacen los demás. Como consecuencia es más fácil que parezcan menos maduros, infantiles, rápidamente alterables, y fácilmente frustrables por los acontecimientos. Con frecuencia parecen carentes de autodisciplina, ya que no pueden realizar tareas que no les proporcionen una recompensa inmediata o no les interesen.

Aquellos con TDAH encuentran difícil activarse para iniciar un trabajo que tienen que llevar a cabo. Con frecuencia se quejan de ser incapaces de permanecer alerta, animados, en situaciones que les resultan aburridas, y muchas veces parece que están soñando despiertos o ensimismados, cuando deberían estar más centrados o implicados activamente en una tarea.

6. Trastorno de Memoria y Pensamiento.

La insuficiente atención sostenida, o su irrelevancia, y el cambio frecuente en su atención explican las deficiencias de memoria.

7. Alteraciones de Aprendizaje.

Cuando se combinan los efectos del déficit de atención y de la hiperactividad, déficit cognitivos, problemas para recordar y usar la memoria de trabajo, déficit de regulación de las emociones, problemas perceptuales y alteraciones en la coordinación motriz, aumentan los riesgos de retraso o fracaso escolar.

Éstos suelen ser el resultado de aprendizajes incompletos o incorrectos de habilidades básicas para un buen rendimiento académico, tales como la comprensión de la lectura. Si se añade una capacidad intelectual baja aumenta el riesgo de no conseguir aprender al ritmo de sus compañeros, y de acumular retrasos curriculares progresivos que, si no reciben ayuda complementaria, pueden llegar a constituir un auténtico fracaso escolar.

El 75% de los niños con TDAH muestra conducta agresiva y desafiante. Las reacciones adversas del personal educativo ante la conducta de los niños con TDAH y la pérdida de autoestima, como consecuencia del sentimiento de inadecuación, puede combinarse con las críticas de los compañeros, hasta hacer del colegio un lugar de fracaso y de problemas, lo cual puede provocar una conducta antisocial.

Para la ICD-10 deben satisfacerse ambas pautas, las de la alteración en la atención y la hiperactividad. La impulsividad se considera un rasgo asociado que apoya el diagnóstico pero no lo considera absolutamente necesario.

El DSM-IV-TR requiere para el diagnóstico seis (o más) síntomas de desatención o bien seis síntomas de hiperactividad/ impulsividad con persistencia por lo menos durante 6 meses con una intensidad desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo, y deben de causar importante detrimento en la funcionalidad y adaptación del paciente.¹⁸ Requiere además, que los síntomas no aparezcan 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).

Diagnóstico

Los datos sobre la sintomatología del paciente deben ser proporcionados por los familiares responsables del portador de TDAH y los maestros. Se debe realizar una historia clínica detallada acerca de los datos del desarrollo y de los síntomas del padecimiento.

El diagnóstico se hace en base a los criterios diagnósticos de la CIE-10 o del DSM-IV.

Los preescolares deben cubrir los criterios durante al menos 9 meses de sintomatología persistente y los escolares durante 6 meses.

Los síntomas son significativos y deben de tomarse en cuenta, sólo si son excesivos en relación a los niños de su misma edad y nivel cognitivo.

El padecimiento debe acompañarse de un significativo deterioro social, familiar, escolar y/u ocupacional.

Diagnóstico diferencial

El Diagnóstico diferencial se lleva a cabo en relación a padecimientos que comparten algunos síntomas del TDAH como las crisis generalizadas tipo ausencias, o con otros padecimientos psiquiátricos, del desarrollo, neurológicos o médicos. Es importante determinar si dichos padecimientos representan comorbilidad o si están mimetizando al TDAH.

Los diagnósticos diferenciales incluyen:

Trastorno de Ansiedad

Trastorno Depresivo

Trastorno Bipolar

Trastorno del Espectro Autista

Trastornos de Aprendizaje

Retraso Mental

Hipertiroidismo.

Intoxicación por plomo

Trastorno Oposicionista Desafiante/Trastorno Disocial

Tratamiento

Farmacológico:

Se debe desarrollar y diseñar adecuadamente un plan de tratamiento comprensivo, multimodal e individualizado de acuerdo a las necesidades de cada paciente. El uso de la psicoeducación es indispensable en todas las etapas del manejo. El tratamiento farmacológico se debe iniciar con un agente aprobado por las agencias regulatorias. El tratamiento farmacológico debe ser indicado y vigilado exclusivamente por médicos. La decisión de aceptar un tratamiento farmacológico debe ser responsabilidad compartida de los padres, el paciente y el médico. Los adolescentes y adultos deben participar activamente en su tratamiento con apoyo familiar.^{4,6,9}

En el pre-escolar:

El tratamiento farmacológico debe ser iniciado sólo en el caso de que las intervenciones psicoeducativas y las modificaciones conductuales y ambientales, no hayan proporcionado beneficios substantivos. Debe ser dirigido obligatoriamente por un especialista en psiquiatría y/o neurología.

Los lineamientos generales para el tratamiento son: Investigar las causas de trastornos del comportamiento en niños pre-escolares, entre los que hay que incluir: secuelas perinatales, alteraciones sensoriales (sordera, debilidad visual, neuropatía sensitivas, etc.), trastorno generalizado del desarrollo, deficiencia de hierro, pica, etc.; además de evaluar las expectativas de los padres, el estilo de vida y los hábitos de disciplina en casa por parte de los familiares; iniciar siempre medidas psicoeducativas para mejorar las habilidades de crianza proporcionadas por especialistas. ⁹

Los fármacos con los que se tiene mayor experiencia clínica incluyen: el

metilfenidato como primera línea de tratamiento, las anfetaminas (disponible sólo en Chile) y como segunda línea la atomoxetina y la imipramina. Los alfa adrenérgicos pueden utilizarse para los síntomas del TDAH como para insomnio (clonidina); otras opciones de tratamiento deben individualizarse, en especial en casos con fármaco resistencia, enfermedades médicas e idiosincrasias.^{4,6}

En escolares:

La primera línea de tratamiento farmacológico incluye: Metilfenidato (MFD) (en sus diferentes presentaciones: acción corta, o liberación sostenida), Anfetaminas y Atomoxetina. La elección del medicamento queda al juicio clínico del médico. Existe evidencia científica que avala la eficacia del MFD como medicamento de primera opción; en caso de ineffectividad, efectos colaterales o cualquier otra situación que no permita su uso, la atomoxetina es el medicamento recomendado para escolares con TDAH.⁶

La atomoxetina puede ser utilizada aunque no se hayan prescrito los estimulantes previamente. Se debe verificar que la medicación haya sido administrada a dosis y tiempo adecuados, antes de decidir modificarla; en el caso de metilfenidato el tiempo es de un mes y en el caso de atomoxetina, seis semanas. Las dosis recomendadas en escolares para MFD son: 1 mg/kg/día y para Atomoxetina 1.2 a 1.5 mg/kg/día. Antes de optar por otro medicamento, es necesario que el médico revalore el diagnóstico y los posibles trastornos asociados. La opción del metilfenidato de acción corta debe evaluarse en la ingesta de tres veces al día.

La segunda línea de tratamiento farmacológico son: Antidepresivos tricíclicos, antagonistas alfa-adrenérgicos (clonidina) (dosis de 1 a 3 mcg/Kg/día), modafinilo (dosis de 100 a 400 mg/día) y bupropion (dosis de 3 a 6 mg/Kg/día). Los antidepresivos tricíclicos (imipramina) (dosis de 1 a 5 mg/Kg/día), tienen una larga historia de uso y efectividad en el TDAH con la debida vigilancia sobre posibles efectos cardiovasculares (realizar ECG previamente). Otros medicamentos como

los antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina) son útiles cuando algunos síntomas (impulsividad o agresividad) son graves o persistentes. Los medicamentos son eficaces y seguros a corto y largo plazo y se deben adecuar a cada paciente, de acuerdo a su entorno personal, escolar, familiar y social.

En adolescentes

Líneas de tratamiento farmacológico:

Primera línea: MFD Dosis de 1mg/Kg/día (de liberación inmediata y de liberación prolongada) y atomoxetina (ATMX) Dosis de 1.5 mg/Kg/día.

Segunda línea: Bupropion (3 a 6 mg/Kg/día o si pesan más de 35 Kg. de 150 a 300 mg/día), venlafaxina (iniciar 37.5mg/día e incrementar según mejoría cada 7 días hasta 150 o 300 mg/día), medianil (200mg/día, se puede elevar hasta 500mg/día), y antidepresivos tricíclicos (dosis 1 a 5 mg/Kg/día). Tercera línea: inhibidores de la recaptura de serotonina (fluoxetina, dosis de 20 a 40 mg/día), reboxetina, antipsicóticos y agonistas alfa-adrenérgicos (clonidina) (dosis 3 a 6 mcg/Kg/día, se puede elevar a 4 a 5 mg/Kg/día).

De acuerdo al algoritmo del 1er consenso latinoamericano sobre TDAH:

Etapa 0: es de evaluación y diagnóstico del adolescente (12 a 19 años) con un probable TDAH, a solicitud de sus familiares y/o la escuela o centro de trabajo. Para la evaluación adecuada del adolescente se recomienda el sistema de multiinformantes.

Etapas de Tratamiento Farmacológico:

Etapa 1: monoterapia con metilfenidato (MFD) u otro estimulante. Dado que por el momento es el medicamento con mayor evidencia en esta población.

Etapa opcional: cambiar a otra formulación de estimulante.

Etapa 1A: monoterapia con atomoxetina (ATMX)

Su uso debe considerarse de primera opción cuando:

- a) el perfil clínico del paciente lo amerite para un mejor manejo,
- b) exista renuencia al uso del estimulante ó
- c) por elección del paciente y sus familiares una vez discutidas las opciones de primera línea de tratamiento.

Etapa opcional: al tratamiento con atomoxetina agregar MFD.

Etapa 2: utilizar bupropión o modafinil. Etapa opcional: cambio al medicamento que no se utilizó de inicio en esta etapa.

Etapa 3: monoterapia con antidepresivos tricíclicos (imipramina y desipramina principalmente) o venlafaxina. Etapa opcional: Cambio al medicamento que no se utilizó de inicio en esta etapa.

Etapa 4: monoterapia con reboxetina.

Etapa 5: monoterapia con compuestos alfa-adrenérgicos (clonidina o guanfacina).

Etapa 6: Otros medicamentos (teofilina, inhibidores de la colinesterasa, tianeptina o buspirona, etc.). Su uso queda restringido a que en futuros estudios en países latinoamericanos sean aprobados ya sea en monoterapia o en tratamientos coadyuvantes.

Con cualquiera de los fármacos deben monitorizarse los efectos secundarios a corto y largo plazo. Se debe evaluar al paciente periódicamente para determinar el manejo a corto y largo plazo. El tratamiento debe ser continuado mientras los síntomas permanezcan y causen disfunción.

En el futuro es posible que podamos contar con marcadores biológicos (haplotipos o endofenotipos cognitivos) que permitan predecir la respuesta a un tratamiento específico.

Tratamiento Psicosocial

Medidas de manejo psicosocial:

- 1.- Atender las necesidades específicas de cada paciente.
- 2.- La psicoeducación y la disciplina, así como los apoyos educativos en el salón de clases y/o fuera de él, son instrumentos fundamentales para lograr un tratamiento exitoso.

El entrenamiento a los padres debe incluir técnicas asertivas en relación al manejo de sus hijos como establecimiento de límites, horarios, reforzamientos positivos, motivación, manejo de contingencias, ayudar al menor a desarrollar habilidades sociales, terapia cognitivo conductual y psicoterapia, etc.

Se debe facilitar la atención y apoyo familiar a quien lo requiera, o en aquellos casos en los que se detecten problemas en el funcionamiento familiar. Se debe recordar lo importante que es la participación de la familia en el tratamiento y el manejo en casa del niño o adolescente con TDAH. Se debe ofrecer información actualizada a los maestros que así lo soliciten y reconocer la importancia de la participación de los educadores en el seguimiento del aprendizaje y conducta niño o adolescente con TDAH.¹¹

En la escuela es donde el trastorno se puede volver más incapacitante. Es crucial que el profesor(a) entienda el trastorno y sea capaz de proveer un ambiente propicio que optimice el aprendizaje y que no afecte la autoestima del menor y contribuya a su estigmatización.

Las intervenciones incluyen sentarlo de preferencia adelante, para poder optimizar la atención minimizando las distracciones; enfatizar sobre los aspectos positivos que ayuden a reforzar hábitos de trabajo y conducta y contribuyan a fortalecer la autoestima y el estado emocional del menor. Hacer grupos para fortalecer habilidades sociales a través de juegos, enseñándolos a esperar turno y tolerar la frustración suele ser muy útil, sin embargo poco probable en la mayoría de las escuelas, especialmente en las que tienen grupos con grandes cantidades de alumnos.

Se establecen visitas escolares, por parte de trabajo social cuando existen dificultades en la escuela, especialmente con algún maestro o maestra que maltrate o que no apoye al paciente con TDAH.

Se establecen visitas domiciliarias por parte de trabajo social cuando el ambiente familiar es muy disruptivo y/o exista sospecha de negligencia o maltrato.

Suele ser necesario solicitar apoyo a otras áreas para que brinden terapias adicionales según las áreas afectadas en el desarrollo de cada paciente:

- Lenguaje.- Si existe problema de lenguaje.
- Apoyo Psicopedagógico.- Si existe un trastorno de aprendizaje.
- Psicomotricidad.- Si existe problema en la coordinación motora.
- Terapia Física.- Si existe discapacidad física.
- Terapia Ocupacional.- Si existe gran dificultad en la adaptación a su ambiente familiar, escolar y social.
- Terapia Conductual.- Si no respeta reglas, no obedece, arremete, etc.
- Terapia Cognitivo-Conductual.- Si existe asociado un trastorno ansioso y/o depresivo.
- Terapia de Socialización.- Si existe gran dificultad para establecer relaciones con pares.

- Terapia de Juego.- Si existe dificultad para respetar turnos, no sabe perder, no tolera la crítica, etc.
- Terapia Psicodinámica.- Si existen problemas emocionales, duelos no resueltos, baja auto-estima, etc.

Pronóstico

- El pronóstico depende de varios factores y será negativo si existen:
 - Mayor severidad del TDAH.
 - Tiempo de evolución del TDAH sin tratamiento.
 - Presencia de comorbilidad.
- Mala dinámica familiar.
- Familiares de primer grado con TDAH.
- Adversidad psicosocial.
- Falta de apoyo por parte de la familia.

El trastorno suele persistir a lo largo de la vida. Uno de los estudios de Biederman reporta que el 85% de los menores monitoreados a lo largo de 4 años persistió con el trastorno. El 50% del 15% que remitió, lo hizo durante la infancia y la otra mitad, durante la adolescencia. Entre los predictores de persistencia se encuentran: antecedentes familiares de TDAH, adversidad psicosocial y comorbilidad con trastornos de conducta, del afecto y de ansiedad.

Aspectos socioculturales

Se sabe que el TDAH ocurre en distintas culturas, con variaciones en su prevalencia entre distintos países occidentales, probablemente a causa de que las prácticas diagnósticas son distintas, y no a consecuencia de diferencias en la presentación clínica del cuadro.

El TDAH está asociado con serias dificultades sociales, psicológicas (baja autoestima) y de aprendizaje, así como otros más complejos como fracaso

académico, abuso de sustancias y delincuencia en la adolescencia y la edad adulta. ^{11,12}

En consecuencia, este trastorno produce una demanda sustancial de servicios judiciales, de salud mental y de educación. La calidad de las relaciones sociales de estos niños y adolescentes con sus hermanos, compañeros, padres y otros adultos es pobre; como resultado de su agresividad, de inatención a las normas sociales y de tendencia a atribuir motivos hostiles a los otros.

Como consecuencia, los niños y adolescentes son rechazados por los otros, y tratados de una manera negativa y controlada por sus iguales, profesores y padres. Sus familias experimentan estrés, sentimientos de incompetencia y discordias matrimoniales a causa de estas conductas socialmente perturbadoras.¹² Existe poca evidencia de estudios controlados que comparen la combinación de intervenciones psicosociales y farmacológicas. Sin embargo, el reporte de seguimiento de 14 meses del Multimodal Treatment Approach (MTA) reconoce que la intervención combinada, versus la exclusivamente medicamentosa, mejora: síntomas negativistas, agresivos e internalizados, las habilidades sociales reportadas por maestros, las relaciones padres- hijos y el desempeño en la lectura.⁵ Por estas razones, en esta edición del algoritmo para escolares latinoamericanos se consideró incorporar las intervenciones psicosociales de acuerdo con el nivel de evidencia reportado en la literatura para que, en combinación con el tratamiento farmacológico, confieran ventaja tanto en el momento inicial del tratamiento como de manera subsecuente.

Dentro de las intervenciones psicosociales se hace hincapié en la psicoeducación como proceso primordial en el abordaje inicial de los niños con TDAH y se incluyen las intervenciones con padres y maestros, las cuales favorecen la reducción de síntomas y mejoran el desempeño escolar del niño.

Las intervenciones farmacológicas en que se incluyen no sólo los medicamentos aprobados por la Food and Drug Administration de Estados Unidos (FDA) para el TDAH, sino también otros medicamentos con cierta evidencia científica de efectividad en los síntomas de inatención y que se encuentran disponibles en algunos países latinoamericanos. 9

Cada vez más la psicoeducación, demuestra ser una herramienta útil en el apego al tratamiento, aumentando la probabilidad de un mejor pronóstico del paciente a mediano y largo plazo.

El abordaje terapéutico del TDAH debe ser multimodal e interdisciplinario, pese a la eficacia mostrada por los estimulantes y los no estimulantes para reducir los principales síntomas del TDAH (inatención, hiperactividad e impulsividad). Estos fármacos no disminuyen algunos otros aspectos de disfunción asociados con este padecimiento, como las habilidades sociales deficientes, la baja motivación en la escuela, el desempeño académico deficiente y el desgaste emocional en los cuidadores primarios. Todas las anteriores son manifestaciones que pueden ser sensibles a disminuir con las intervenciones psicosociales.

Familia y TDAH

El concepto y las funciones de la familia han estado históricamente en cambio permanente. Adaptándose progresivamente a las nuevas situaciones y retos que la sociedad ha ido planteando en el transcurso de los siglos. Como han sido y son los cambios demográficos, económicos, sociales y culturales.

La familia sigue teniendo un gran valor en sí misma y seguirá desempeñando importantes funciones en la vida de las personas, como institución social que es.

Una de las funciones más importantes es la educadora, como primer agente socializador de los hijos.

Para poder desarrollar adecuadamente sus funciones, los padres necesitan información y formación previa. Los padres tienen que estar permanentemente involucrados en el proceso de formación de sus hijos.

Existen variables de crianza, que incluyen una disciplina consistente y respetuosa, con mucho control externo de la conducta del niño a lo largo de todo su desarrollo.¹³

La disciplina entendida como un entorno ordenado y predecible, con horarios y rutinas, normas y límites claros (pero flexibles) y consecuencias consistentes en caso de transgredirlas, proporciona seguridad al niño. Adicionalmente, le permite manejarse mejor, ya que es conocida la falta de autocontrol de las conductas y los problemas para planificar y ordenar su entorno que tienen estos niños. El contexto ordenado, afectuoso, amable, pero firme, es una variable clave.

Intervención temprana significa disminuir el impacto que tiene para el niño y su familia el ser distinto. El TDAH, de no ser detectado a tiempo y no ser manejado adecuadamente, presenta el riesgo adicional de funcionar como bola de nieve, sumando efectos negativos derivados de diferentes facetas del cuadro.

La familia puede representar un factor protector para posibles dificultades de aprendizaje en el niño, pero también puede ser un factor de interferencia para el aprendizaje del niño. Cuando se evalúa al niño que consulta por mal rendimiento, se debe contextualizar la evaluación no solamente de acuerdo a su etapa evolutiva, sino también, de acuerdo a la etapa evolutiva de la familia, a su contexto sociocultural, a su funcionalidad o disfuncionalidad.

Los padres cuyos intereses y preocupaciones están determinados por trabajos absorbentes, interfieren negativamente en el desarrollo de estos niños. Si el niño es muy capaz, es probable que esa situación no le afecte y por el contrario, incluso estimule su autonomía, pero si es el caso que el niño requiere apoyo adicional para rendir de acuerdo a lo que se espera de él y no lo encuentra en sus

padres, esta situación marcará el comienzo de dificultades escolares, fracasos, etc.

El rendimiento escolar, junto con la opinión de los padres y adultos significativos, constituyen los factores más decisivos en la conformación de la autoestima del niño, por lo que la focalización en el rendimiento, puede ser vivenciada por el niño de manera muy negativa, más aún si todas las expectativas se relacionan en el éxito escolar.¹³

La comunicación permanente con el colegio y los acuerdos que se logren en cuanto a normas mínimas de disciplina y convivencia potenciará los esfuerzos de cada uno. Estos niños tienen pocas destrezas y habilidades para detectar claves sociales finas que les indiquen qué hacer y qué no hacer en diferentes contextos. La uniformidad en las reglas y las consecuencias de transgredirlas, produce un efecto muy positivo en el desempeño social del niño.

La imagen de una familia estable, que protege pero a la vez fomenta la autonomía, constituye una base a partir de la cual el niño y más tarde el adolescente y el adulto joven se aventura en exploraciones del medio ambiente cada vez más amplias. La inestabilidad en la familia, causará, consecuentemente, inhibición en todos los procesos involucrados en el buen rendimiento escolar. (Gorostegui, 2006).

En adolescentes, relación cercana y positiva con adultos significativos, representa un factor protector importante. Puede tratarse de profesores, padres, hermanos mayores. Si este factor es importante en cualquier adolescente, lo es más en el caso del TDAH.

Es conveniente que los integrantes de la familia compartan sus experiencias, fortalezas y carencias con grupos de familias que viven situaciones similares al contar con miembros con TDAH, debido a que, al escuchar a otras personas, es posible identificarse, pertenecer, resignificar y abordar el trastorno familiar de manera diferente y más funcional.

Dentro de cada familia, dependiendo el número de integrantes, la edad, el género y las situaciones específicas, suele ser frecuente que los hijos desconozcan qué le sucede al integrante con TDAH; por lo tanto, perciben las relaciones padres-hijos como injustas, carentes de amor y con preferencias para quien tiene el trastorno. Al igual, suelen sentir vergüenza de su propia familia y niegan la existencia de que exista un problema.¹³

Considerar la comunicación como el recurso más importante que existe en las familias, sobre todo cuando de TDAH se trata, tiene su razón de ser con base en los siguientes aspectos:

- Es a través de la comunicación que se enseña y se aprende. Por lo tanto, los hábitos, actitudes, creencias, valores, normas, estrategias, etc., necesitan de una comunicación adecuada para tener éxito en su enseñanza y aprendizaje.
- Es a través de la comunicación familiar que los padres conocen, comprenden y saben qué les sucede a los hijos; a la vez, los hijos entienden la situación y las condiciones en que los padres se encuentran.
- Es el lenguaje como medio de comunicación el que orienta a las personas y permite seleccionar aquella información relevante para la actividad a realizar (atención). Esto es, por medio del lenguaje se facilita la atención voluntaria, a través de su primer eslabón, la orientación. Por ejemplo, decir: ¡Es hora de hacer la tarea!; o ¡trae tu mochila a la mesa!
- Por lo tanto, también a través del lenguaje del padre, los hijos se orientan y seleccionan aquello que hay que observar de sí mismos y los demás. Por ejemplo: ¡Tú hermano es caso perdido nunca va a aprender y tú sigues el mismo camino!
- Al mismo tiempo, es importante interpretar y dar significado a las situaciones y condiciones cotidianas. Por ejemplo: ¡Si no te invitaron a la fiesta es porque no les importas, ni modo!

- La comunicación de los padres, a través del lenguaje, es el camino que enseña el lenguaje interno a los hijos, esto es, el diálogo interno, lo que se dicen a sí mismos. Por ejemplo: ¡Soy como mi hermano, un caso perdido!

Por lo tanto, la comunicación adecuada es el recurso más necesario y elemental para establecer cualquier tipo de aprendizaje, enseñanza, habilidad, y para establecer cualquier tipo de norma familiar y estrategia que se quiera utilizar, sin importar la edad de los hijos, el número de miembros de la familia, las condiciones específicas de pareja o las relaciones particulares que se establecen en cada sistema.

Lo anterior, de ninguna manera quiere decir que sólo hay que señalar los triunfos y elogiarlos a cada instante y momento. Por el contrario, se afirma la necesidad de que se utilice adecuadamente el recurso familiar de "cómo te veo lo comunico y cómo me ves me veo". Por lo tanto, resulta importante ver a los hijos con aquellos recursos, habilidades, actitudes que se encuentran presente en ellos, de igual manera que observar aquellas conductas o hábitos que tienen que modificarse para lograr una mejor adaptación.

Cada familia tiene siempre sus propios recursos (que indudablemente existen) y que, de una u otra forma, han beneficiado a cada uno de sus integrantes; cada uno de esos recursos únicos, incomparables e irrepetibles se pueden utilizar en forma consciente para beneficio del integrante o integrantes con TDAH.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno crónico del desarrollo que afecta aproximadamente a un 3-5% de los niños en edad escolar.

Las influencias biológicas sobre las conductas hiperactivas hay que interpretarlas y valorarlas desde un enfoque interactivo, psicosocial y contextual, en el que las características del niño y del ambiente que actúan como un todo.

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

Los estilos disciplinarios altamente directivos y hostiles –o excesivamente permisivos–, las psicopatologías de los padres y el abuso de drogas, por ejemplo, no facilitan la interiorización de las reglas sociales y se han asociado con una competencia autorregulatoria deficiente en los niños con TDAH.

Se han analizado las variables predictoras de los problemas conductuales de los niños hiperactivos, a partir del análisis de las relaciones de los padres con sus hijos hiperactivos en edades tempranas en comparación con las relaciones padres-niños sin TDAH. Los resultados obtenidos indican que los padres de los niños hiperactivos utilizan prácticas disciplinarias laxas, tienen menos comunicación con sus hijos y, además, hay una menor sincronía en las interacciones madre-hijo. Estos hallazgos sugieren que la forma en que interactúan los padres con sus hijos hiperactivos en edades preescolares es precursora del desarrollo de dificultades de comportamiento experimentado por los niños hiperactivos en edades posteriores.

Según estos y otros trabajos similares, el efecto de los padres sobre el desarrollo y la evolución del TDAH parecen claro.

Un tema menos estudiado es el impacto que produce en los padres el hecho de tener un hijo con este trastorno, el sistema familiar de los niños con TDAH, y destacó el estrés y la elevada conflictividad de las interacciones padres-hijos.

Los padres de los niños hiperactivos perciben que la conducta de sus hijos ha producido sentimientos más negativos sobre su paternidad, un impacto negativo en su vida social y un mayor estrés que los padres de niños sin TDAH

Tener un hijo con este trastorno genera –incluso en los padres más competentes– sentimientos de ineficacia personal, estrés, frustración, enojo y rechazo, que afectan negativamente a la interacción que mantienen con sus hijos. Estos autores también han analizado cómo afecta el comportamiento de los niños con TDAH a la convivencia con sus hermanos.

Que el 44% de los padres considera que su hijo con TDAH dificulta e incomoda más a sus hermanos a la hora de participar en actividades.

Los hermanos manifiestan sentirse influidos por la conducta de su hermano hiperactivo de tres formas: como víctimas, porque se ven obligados por sus padres a ejercer de ‘cuidadores’ o ‘guardianes’ de su hermano, y por los sentimientos de tristeza e indefensión que experimentan.

El TDAH es un trastorno que raramente se presenta de forma aislada, por lo que hay que considerar hasta qué punto los conflictos podrían obedecer a los problemas asociados al trastorno

Además de encontrar niveles elevados de estrés en los padres de los niños hiperactivos, hallaron que estos niveles aumentaban hasta un 43% cuando presentaban también conductas agresivas y oposicionistas-desafiantes.

Se ha encontrado un factor de ‘sensibilidad’ de los padres hacia el hijo que incluía conductas de aceptación, afecto, sensibilidad y control apropiado. Curiosamente, este factor mostró una correlación negativa con los problemas de conducta de los niños, pero no con la gravedad de los síntomas de TDAH, lo cual indicaría que las dificultades de los padres con sus hijos podrían estar más ligadas

a la conducta que a la sintomatología propia del TDAH y que los niveles de estrés se incrementan, no sólo por la gravedad de la sintomatología del TDAH, sino especialmente por la posible comorbilidad que puede acompañar a éste.

Parece que la combinación de los síntomas de inatención y de hiperactividad-impulsividad está más firmemente vinculada al funcionamiento familiar negativo que los síntomas de inatención en solitario.

Las conductas de los niños con TDAH aumentan los niveles de estrés familiar debido a los retos para la educación que plantea el comportamiento típico de los niños hiperactivos (por ejemplo, temperamento difícil, escasa adaptación a situaciones nuevas, irritabilidad, actividad excesiva, etc.). También parecen apuntar que este incremento del estrés se asocia frecuentemente con respuestas negativas de los padres –incluidos estilos de crianza desadaptativos–, que pueden empeorar la conducta del niño, incrementar los problemas psicológicos en los padres e incluso perjudicar las relaciones matrimoniales y familiares.

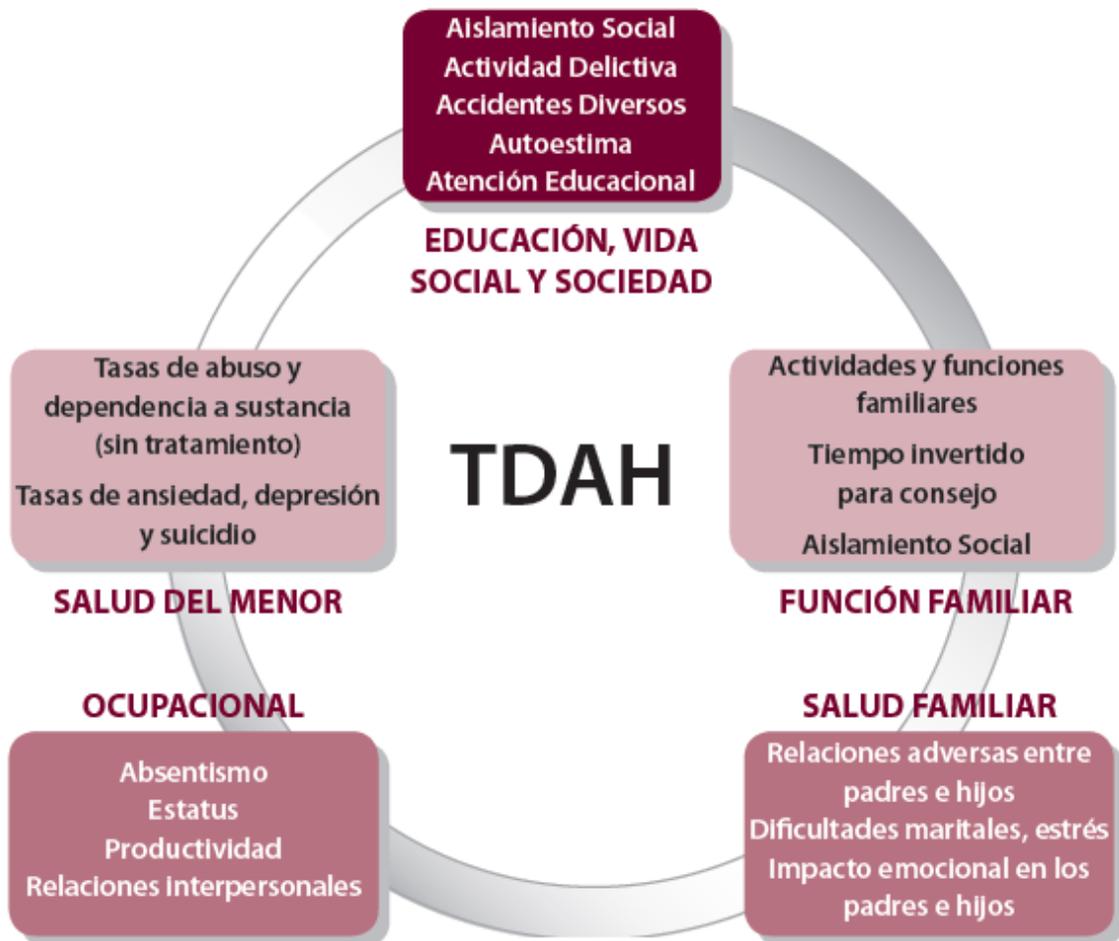
Los padres de niños con TDAH son tres veces más propensos a separarse o divorciarse que padres de niños sin TDAH (54% vs. 15%) (Barkley, Fischer, Edelbrock y Smallish, 1991)

La dinámica y función familiar es el reflejo de la dirección del crecimiento personal, enfatizado en la familia y en las características del sistema organizacional y de mantenimiento de la misma, mediante las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia.

Los patrones de interacción familiar pueden ser una pieza clave para este trastorno; ya que parece estar relacionado con la gravedad y curso del TDAH.

Debido a la alta prevalencia del TDAH en niños, la naturaleza crónica de este trastorno, el deterioro grave en el funcionamiento de los niños y el grado en el cual el trastorno está caracterizado por interacciones negativas entre padres y niños es importante examinar la relación entre el ambiente familiar y esta condición clínica.

IMPACTOS DEL TDAH A LARGO PLAZO



Vázquez, 2010, Guía Clínica Para El Trastorno Por Déficit De Atención E Hiperactividad, México, Instituto Nacional De Psiquiatría Ramón De La Fuente

Valoración de la Funcionalidad Familiar

La evaluación del proceso salud-enfermedad en las familias bajo un enfoque integrador de los elementos que intervienen en este proceso, ha ocupado a los médicos familiares y en general a los profesionales de la salud que participan en la atención primaria. La integración de una orientación familiar efectiva en la práctica cotidiana se ha manifestado como una tarea del médico familiar.

Se han propuesto diversos enfoques para explorar y caracterizar la función familiar con fines de investigación. Al mismo tiempo, se han establecido diversos conceptos de familia, la importancia de su estructura y dinámica, función familiar, disfunción familiar, funcionalidad familiar y modelos que permiten su estudio. En una descripción de las líneas de investigación de los trabajos de tesis de los residentes de medicina familiar se identificó que poco más de 8% de ellas consideran estudios de las familias en sus aspectos psicosociales, la experiencia empírica en la asesoría de los trabajos de investigación permite estimar que, actualmente, el interés por esta línea de investigación se ha incrementado. ¹²

Innumerables han sido los esfuerzos para evaluar el funcionamiento familiar y de pareja desde los albores de la terapia familiar. Existen diversos modelos de terapia familiar y cada uno cuenta con su manera de ver la funcionalidad familiar, de evaluar la disfunción o los síntomas, establecer sus metas terapéuticas y grupos de profesionales que han contribuido a la construcción de los modelos, así como de los instrumentos que pueden aplicarse en cada uno. Se han descrito varios métodos e instrumentos para la evaluación familiar, además de una propuesta para su selección. Es esencial considerar aspectos psicométricos de los instrumentos; estos aspectos permitirán la toma de decisiones para su uso y aplicación tanto en el ámbito clínico como en la investigación.

Como es sabido, la familia es el núcleo original y primario en que se desenvuelve el hombre. Es por ello que los primeros en reaccionar ante una crisis o cambio son los integrantes de la misma.

La familia es participe de estas crisis, ya que no se puede vivenciar al sujeto como ser ajeno a un sistema y en donde la ganancia de la enfermedad bien puede ser la de mantener un equilibrio dentro del núcleo familiar. El miembro de la familia con una enfermedad

Responde a las condiciones familiares que se le presentan, su tarea primordial es evitar el conflicto familiar desviando la atención a través de la enfermedad.²²

No se puede hablar de que las familias funcionales no presentan conflictos o crisis, sin embargo, la forma de resolverlos es diferente a las familias disfuncionales, ya que éstas poseen la capacidad de reconocer y enfrentar sus conflictos porque cuentan con un poco más de conocimientos sobre los recursos familiares que poseen.²⁴

Test de funcionamiento familiar (FFSIL):

Instrumento para evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

Funcionamiento familiar: dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.

Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.^{23, 24}

JUSTIFICACIÓN:

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los principales trastornos neuropsiquiátricos de inicio en la infancia.

Se caracteriza por una tríada sintomatológica:

- capacidad de atención disminuida,
- hiperactividad e
- impulsividad

Todos los cuales se presentan de manera inapropiada para el desarrollo y generan deterioro en el funcionamiento general.

La prevalencia del TDAH es de 5.29% en todo el mundo de acuerdo con los más recientes estudios metaanalíticos.

El TDAH afecta entre el 4 y el 12 % de la población escolar y se calcula que en México existen alrededor de 1 500 000 niños con TDAH.

La frecuencia reportada en los diferentes estudios internacionales no parece depender del grado de desarrollo de los países.

La prevalencia del TDAH puede variar entre regiones y entre los países latinoamericanos, pero se estima que es de entre 2 y 8% en preescolares. En la consulta psiquiátrica de preescolares, el TDAH es la patología más frecuente (86%), seguida de otros trastornos de la conducta disruptiva (61%). Igual que la población escolar, los menores con TDAH presentan un perfil similar de severidad.

En Latinoamérica existen pocos estudios en preescolares, con una prevalencia de entre 3.24 y 11.2%.

La prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en la niñez es del 3 al 5%, al parecer su expresión en la adolescencia no es menor. En la mayoría de los niños diagnosticados con TDAH, alrededor del 65%, persiste el diagnóstico en la adolescencia y el resto mantiene algunos de los síntomas que le causan disfunción en al menos 2 áreas de su vida. Diferentes factores podrían estar influyendo en muchos adolescentes que no cumplen en la actualidad con el diagnóstico aunque sí en el pasado, como, disminución en la sensibilidad de los criterios diagnósticos para esta etapa de la vida.

Cuando el diagnóstico de TDAH se realiza durante la infancia, la tarea del profesional de la salud es continuar con el tratamiento el tiempo que sea necesario. Sin embargo, algunos adolescentes que acuden a consulta no tienen el diagnóstico previo y los síntomas del trastorno pueden ser más sutiles durante la pubertad. A diferencia del TDAH en el niño, cuando se diagnostica en el adolescente, se presenta con mayores complicaciones por el deterioro que este cuadro genera en el desarrollo psicosocial, cuando no ha sido tratado en forma adecuada previamente.

En Latinoamérica existen algunos estudios realizados exclusivamente en población adolescente con TDAH, la mayor parte incluyen niños además de adolescentes se estima una prevalencia del TDAH del 6%, y se encontró además una elevada comorbilidad con trastornos de la conducta disruptiva (48%). Los jóvenes con TDAH tienen una historia de mayores repeticiones de grado escolar, suspensiones y expulsiones de escuelas, en comparación con el grupo sin el trastorno.

Este padecimiento persiste hacia la vida adulta en 40% de los casos e implica un alto costo para el paciente, su familia y la sociedad.

Se han encontrado alteraciones en la estructura, función y neurotransmisión cerebral en pacientes con TDAH. Hay diferencias en la prevalencia entre EE.UU. y Europa que parecen surgir del uso de distintas definiciones /clasificaciones (DSM-IV y CIE-10) y de distintos umbrales diagnósticos. La población infantil en México se estima en aproximadamente 33 millones de niños, de los que 15 % tienen algún problema de Salud Mental. Esto nos dice que aproximadamente 5 millones de niños presentan trastornos mentales y de estos, 2.5 millones requieren atención especializada

Los niños con TDAH no tratado solicitan dos veces más intervenciones médicas que los niños sin él debido a que tienen mayor riesgo de presentar accidentes y heridas, además de comorbilidad psiquiátrica, que aumenta la gravedad del TDAH y los costos del tratamiento.

Este trastorno conduce a una disfunción psicosocial en las diferentes etapas del ciclo vital. Así, el paciente no tratado manifiesta un pobre funcionamiento académico y/o laboral, abandona la escuela y tiene trabajos con sueldos más bajos. La relación con sus familiares se deteriora también, además, los pacientes con patología persistente en la vida adulta pueden tener entonces pocas habilidades maritales y parentales.

Dentro de cada familia, dependiendo el número de integrantes, la edad, el género y las situaciones específicas, suele ser frecuente que desconozcan lo que sucede al integrante con TDAH; por lo tanto, perciben las relaciones padres-hijos como injustas, carentes de amor y con preferencias para quien tiene el trastorno pretendiendo conocer la funcionalidad de las familias con pacientes con TDAH por medio de la valoración de la misma.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia; es un proceso crónico con una alta comorbilidad que va a influir en el funcionamiento del individuo en la edad adulta.

Este cuadro tiene un gran impacto en la sociedad en términos de coste económico, estrés familiar, problemas académicos y vocacionales así como una importante disminución de la autoestima del sujeto afectado.

La etiología no está completamente aclarada; parece evidente que se trata de un trastorno multifactorial con una base biológica cerebral y predisposición genética que interactúa con factores ambientales.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un importante problema de salud pública debido a:

1. su alta prevalencia;
2. el inicio en etapas precoces de la infancia;
3. a ser un proceso incapacitante y crónico,
4. a la afectación de las diferentes esferas comportamentales (familiar, escolar y social), y
5. A su alta comorbilidad.

El tratamiento será multidisciplinario e individualizado para cada paciente y cada familia, e incluye principalmente un abordaje farmacológico y un apoyo psicosocial que van a conseguir el control del trastorno. Es importante destacar la posición privilegiada que ocupan el pediatra y el médico de atención primaria para poder actuar sobre este cuadro.

La familia con pacientes con TDAH, puede representar un factor protector para posibles dificultades de aprendizaje y desarrollo en el niño, pero también puede ser un factor de interferencia. Cuando se evalúa al niño, es necesario contextualizar la evaluación no solamente de acuerdo a su etapa evolutiva, sino también, de acuerdo a la etapa evolutiva de la familia, a su contexto sociocultural, a su funcionalidad o disfuncionalidad.

El impacto que produce en las familias, y principalmente en los padres, es el hecho de tener un hijo con este trastorno, el sistema familiar de los niños con TDAH, el estrés y la elevada conflictividad de las interacciones padres-hijos.

Se percibe la conducta de los hijos a produce sentimientos más negativos sobre la familia, en su vida social y un mayor estrés que las familias de los niños sin dicho trastorno.

Tener un hijo con este TDAH –incluso en los padres más competentes– exhibe sentimientos de ineficacia personal, estrés, frustración, enojo y rechazo, que afectan negativamente a la interacción que mantienen con la familia. Así como la interacción los hermanos de los mismos.

Que el 44% de los padres considera que su hijo con TDAH dificulta e incómoda más a sus hermanos a la hora de realizar actividades familiares, recreativas, así como de las labores del hogar.

Los hermanos manifiestan sentimientos de tristeza, coraje e indiferencia como consecuencia de las reacciones de los padres hacia los pacientes así, como para ellos mismos.

Los niveles de estrés aumentan hasta un 43% cuando presentaban también conductas agresivas y oposicionistas-desafiantes.

La combinación de los síntomas de inatención y de hiperactividad-impulsividad está más firmemente vinculada al funcionamiento familiar negativo que los síntomas de inatención en solitario.

Se ha observado que los padres de niños con TDAH son tres veces más propensos a separarse o divorciarse que padres de niños sin TDAH (54% vs. 15%)

Los patrones de interacción familiar pueden ser una pieza clave para este trastorno; ya que parece estar relacionado con la gravedad y curso del TDAH.

Debido a la alta prevalencia del TDAH en niños, la naturaleza crónica de este trastorno, el deterioro grave en el funcionamiento de los niños y el grado en el cual el trastorno está caracterizado por interacciones negativas entre padres y niños es importante examinar la relación entre el ambiente familiar y esta condición clínica.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

**¿CUÁL ES LA FUNCIONALIDAD DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES CON
TDAH EN LA UMF NO. 21?**

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la funcionalidad de las familias con pacientes con TDAH.

Objetivos específicos:

- determinar cuál es la dimensión de la función familiar más afectada en las familias con pacientes con TDAH
- determinar qué factores sociodemográficos son los más afectados en las familias con pacientes con TDAH.
- determinar si el tratamiento de los pacientes con TDAH, influye en la funcionalidad familiar.

HIPÓTESIS:

La funcionalidad de las familias con paciente con TDAH en la UMF No. 21 es menor al 50 % de la población en estudio

MATERIAL Y MÉTODOS:

TIPO DE ESTUDIO:

Estudio transversal, observacional

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Todos los niños derechohabientes del IMSS.de entre 5 y 14 años con diagbistico de TDAH, que cumplan los criterios de inclusión de la consulta externa de la UMF 21.

Niños derechohabientes de la UMF No. 21 que hayan sido diagnosticados de primera vez o subsecuentes de la consulta externa de medicina familiar con TDAH durante enero de 2013 a enero de 2014

PERÍODO DEL ESTUDIO

El estudio se realizará de enero de 2014 a enero de 2015.

SITIO DEL ESTUDIO:

Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- a. Derechohabientes adscritos a la UMF No. 21:
- b. pacientes de 5 a 14 años
- c. pacientes con dx de TDAH

- d. Diagnosticado con TDAH de enero de 2013 a enero de 2014.
- e. Pacientes de consulta subsecuente o de primera vez.
- f. Acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a. Que no deseen participar en el estudio
- b. niños fuera del rango de edad
- c. Pacientes con patologías neuropsiquiátricas como retraso psicomotor, epilepsia, enfermedades crónicas asociadas

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Instrumentos (APGAR Y MCMASTER) llenados incorrectamente o incompletos

MUESTREO:

Se utilizó un muestreo aleatorio probabilístico simple, se realizara cálculo de tamaño de muestra a partir de la fórmula, para una proporción para muestras finitas, considerando el número de casos reportados con el diagnóstico de TDAH de enero de 2013 a enero de 2014; en ambos sexos, a partir de los datos obtenidos del sistema ARIMAC de la unidad, se tomaran en cuenta para el cálculo de tamaño de muestra.

CALCULO DE LA MUESTRA

Se tomó la muestra, por medio del servicio de ARIMAC de la UMF No. 21, con los pacientes diagnosticados con TDAH de entre 5 y 14 años, del servicio de la consulta externa de ambos turnos de esta unidad, dando un listado de pacientes de 596.

a) TAMAÑO DE MUESTRA. Total de 596

b) TIPO DE MUESTREO: Probabilístico

Formula:

Para determinar el tamaño de muestra se acudió al servicio de ARIMAC para conocer la totalidad de las personas diagnosticadas con TDAH de 5 a 14 años adscritos a la UMF 21, se determinó por medio de la fórmula de proporciones para una población finita de la siguiente manera: 20

$$n = \frac{N * Z^2_{\alpha/2} * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2_{\alpha/2} * p * q}$$

Donde:

N = 596 Población de pacientes con TDAH

$Z^2_{\alpha/2}$ = Área bajo la curva de lo normal para un nivel de confiabilidad de 95% = 1.96.

d = Margen de error de 5% (valor estándar de 0.05)

p = 0.1 Prevalencia estimada...

q = 1-0.1 = 0.9

Resolviéndose de la siguiente manera:

$$n = \frac{596 (1.96)^2 [(0.1) (1-0.1)]}{(0.05)^2 (595-1) + (1.96)^2 [(0.1) (1-0.1)]}$$

$$n = \frac{596 (3.8416) (0.09)}{(0.0025) 595 + 3.8416 [(0.09)]}$$

$$n = \frac{366.334976}{2.102156}$$

$$n = 174.2663 = 174$$

VARIABLES:

Variable dependiente:

funcionalidad familiar

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo De Variable	Escala De Medición	Indicador
TDAH	El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) condición neuropsiquiatría con etiología multifactorial y de inicio en la infancia, caracterizado por que puede persistir hasta la edad adulta.	la dificultad para poner atención, hiperactividad y/o impulsividad en pacientes de entre 5 y 14 años	cualitativa		Con TDAH Sin TDAH
genero	Condición orgánica cuyas características establecen una clara diferencia entre hombre y mujer	Basada principalmente en los órganos sexuales	cualitativa	nominal	1, masculina 2. femenino
edad	Tiempo que transcurre desde el momento del nacimiento hasta el momento actual	Edad cumplida en años	cualitativa	numérica	años
Funcionalidad familiar		Se evaluara de acuerdo al instrumento FF SIL <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cohesión:</i> 	cuantitativa		1) Familia funcional 2) Familia moderadamente

		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Armonía:</i> • <i>Comunicación</i> • <i>Permeabilidad:</i> • <i>Afectividad:</i> • <i>Roles:</i> • <i>Adaptabilidad:</i> • <p>Casi nunca Pocas veces A veces Muchas veces Casi siempre</p>			<p>funcional</p> <p>3) Familia disfuncional</p> <p>4) Familia severamente disfuncional</p>
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Nivel escolar referido por el (la) paciente y el registrado en el expediente electrónico	cualitativa	Ordinal	<p>1) Sin estudios</p> <p>2) preescolar</p> <p>3) Primaria</p> <p>4) Secundaria</p>

METODOLOGÍA:

Descripción del estudio:

1. El presente estudio se realizó en la UMF No. 21 del IMSS, Delegación 4 sur de la ciudad de México durante el segundo semestre de 2014. Utilizándose muestreo probabilístico simple a partir de una muestra formulada para una proporción. Con el objetivo de determinar la funcionalidad de las familias con pacientes con TDAH entre los 5 y 14 años de edad.

2. Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema a estudiar logrando determinar la importancia que existe el identificar a pacientes con TDAH así como la funcionalidad de las familias de dichos pacientes.

3. Se inició a construir el marco de referencia y el diseño del estudio, se solicitó por escrito permiso para realizar la revisión del diagnóstico de salud de esta unidad y la información estadística sobre la población derechohabiente de esta unidad de pacientes con TDAH en la UMF No. 21 con un total de 596 pacientes con TDAH de entre 5 y 14 años de edad.

4. Se realizó un consentimiento informado que va dirigido al director y al consejo de ética de esta Unidad solicitando el permiso para la aplicación de un instrumento de evaluación (test FF SIL). De la funcionalidad familiar.

5. La persona quién presenta éste estudio explicó a los pacientes y padres de los mismos el motivo del estudio, dará un consentimiento informado por escrito y aplicará los instrumentos en un tiempo de 20 minutos aproximadamente previa autorización de comité local del protocolo.

6. Los pacientes a quién se les aplicará dichos instrumentos se seleccionaron de forma aleatorizada en la consulta externa tanto en el turno matutino y vespertino; que cumplan con los criterios de inclusión,

7. La aplicación de dicho instrumento se inició a partir de la aprobación de esta investigación por el comité correspondiente

8. Una vez recolectada esta información se realizara una base de datos en el sistema PSS para analizarlo. Así como el programa GraphPad prism 6 Demo para la realización de las gráficas.

Recolección de Información:

Una vez obtenida la autorización por parte del Director y por el Comité de Investigación de UMF No. 21, se procedió de la manera más ordenada y respetando los lineamientos éticos a recolectar la información.

Los resultados obtenidos se reportaron en cuadros y gráficos, utilizando medidas de tendencia central como son moda, media, y mediana, así como razón de momios.

Procesamiento Y Presentación De La Información

Se realizaron en tablas y se analizarán datos. Por medio del programa SPSS, así como sus respectivas graficas con el programa graphPad Prism 6 Demo.

ASPECTOS ETICOS

Se considera este estudio de acuerdo al reglamento de la ley de salud en materia de investigación para la salud vigente desde el 2007 en base al segundo título, artículo 17 como investigación sin riesgo ya que solo se realizara revisión de expedientes clínicos y no se consideran problemas de temas sensibles para los pacientes y se cuidará el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación, y capítulo 1. Además de cumplir en lo estipulado por la ley general de salud en los artículos 98 en la cual estipula la supervisión del comité de ética para la realización de la investigación y se cumplen con las bases del artículo 100, en materia de seguridad. (23) Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (Comprobado el 05 de diciembre del 2008), apartado 25. (24) El investigador se apegara la pauta 12 de la confidencialidad de la declaración de Helsinki al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese relevar la identidad de la personas, limitando el acceso a los datos, o por otros medios. En la pauta 8 la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respecto por la dignidad de cada participante así como el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes. Se consideran también

su enmiendas año 2002 sobre no utilización de placebos, Y se consideran los lineamientos de la OMS en las guías de consideraciones éticas para poblaciones CIOMS.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS.

- 1.-Pacientes que acepten participar en estudio.
- 2.-El propio investigador.
- 3.-Asesor metodológico.

RECURSOS MATERIALES.

- Computadora, papelería de oficina.
- Software editor de texto, gráficas y tablas, paquete estadístico SPSS
- Cuestionarios y base de datos.

RECURSOS FINANCIEROS

Financiado por el propio investigador

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

No se requiere, ya que es un estudio transversal, observacional.

RESULTADOS

EDAD DE LOS PACIENTES

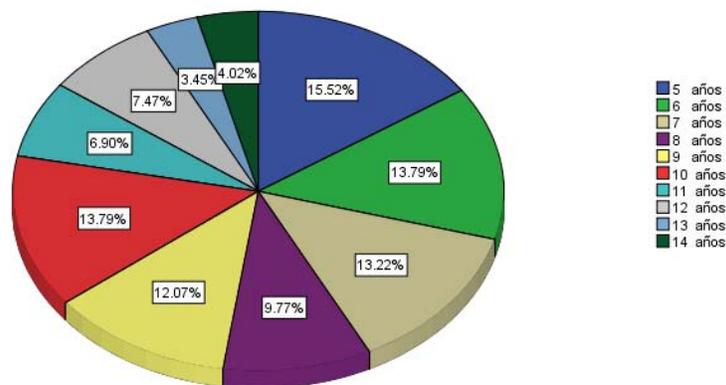
Tablas 1. EDAD DE LOS PACIENTES CON TDAH

Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
5	27	15.5
6	24	13.8
7	23	13.2
8	17	9.8
9	21	12.1
10	24	13.8
11	12	6.9
12	13	7.5
13	6	3.4
14	7	4.0
Tot al	174	100.0

Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

Grafico 1. EDAD DE LOS PACIENTES CON TDAH.

EDAD DE LOS PACIENTES



Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

La población estudiada fueron niños entre 5 y 14 años de edad, de los cuales, la edad más observada de los participantes, fue de 5 años, pacientes preescolares, así como la menos observada fue de 14 años, pacientes adolescentes. Con un promedio para dichas edades de 8.4 años.

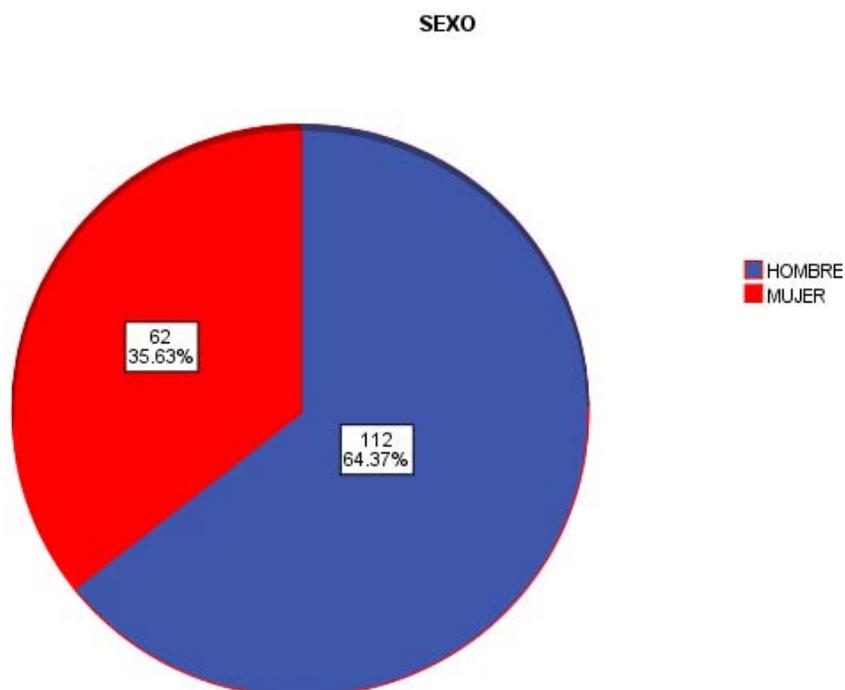
SEXO DE LOS PACIENTES

TABLA 2. SEXO DE LOS PACIENTES.

	Frecuencia	Porcentaje
HOMBRE	112	64.4
MUJER	62	35.6
Total	174	100.0

Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

GRAFICO 2. SEXO DE LOS PACIENTES.



Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

De acuerdo al sexo de la población en estudio, se observó, que el 64.4% (112 pacientes) fueron hombres, y el 35.6% (62) fueron mujeres.

ESCOLARIDAD:

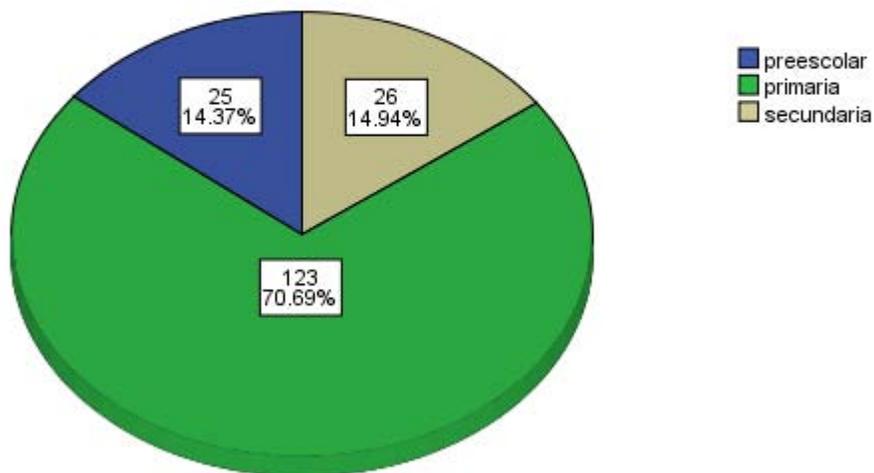
TABLA 3. ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES-

	Frecuencia	Porcentaje
preescolar	25	14.4
primaria	123	70.7
secundaria	26	14.9
Total	174	100.0

Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

GRAFICO 3. ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES.

ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES



Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

Del total de niños estudiados, se destacó, que la mayoría se encuentra cursando los estudios primarios, con un 70.7%, y el siendo la minoría los niños que cursan el preescolar, con un 14.4%, cabe mencionar, que un 14.9% de la población de este estudio, cursan el nivel secundaria.

ESTRUCTURA FAMILIAR

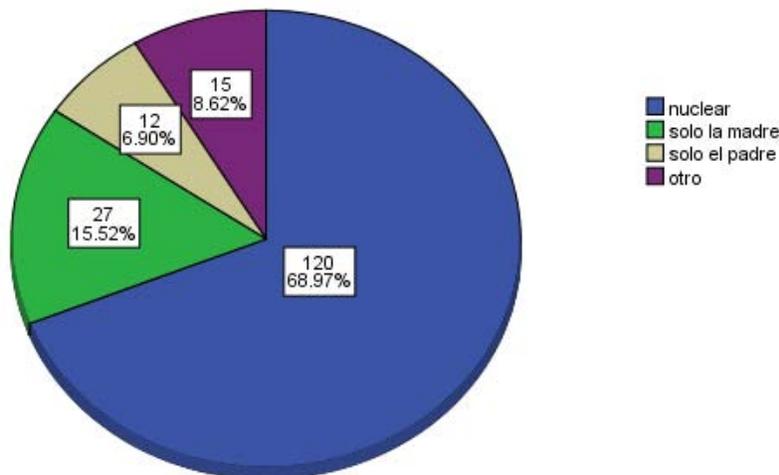
TABLA 4. ESTRUCTURA FAMILIAR DE LOS PACIENTES

	Frecuencia	Porcentaje
nuclear	120	69.0
solo la madre	27	15.5
solo el padre	12	6.9
otro	15	8.6
Total	174	100.0

Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

GRAFICO 4. ESTRUCTURA FAMILIAR DE LOS PACIENTES.

ESTRUCTURA FAMILIAR



Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

La conformación de las familias de los niños estudiados, en su mayoría, un 69% está conformada por una familia nuclear, un 15.5%, solo cuenta con la madre, el 6.9% se integra por el padre únicamente, (familias un parentales) y el 8.6% el niño se encuentra con una familia en donde los padres no son quienes se hacen cargo de la misma, pudiendo encontrar niños con abuelos, tíos, u otro Parente como tutores.

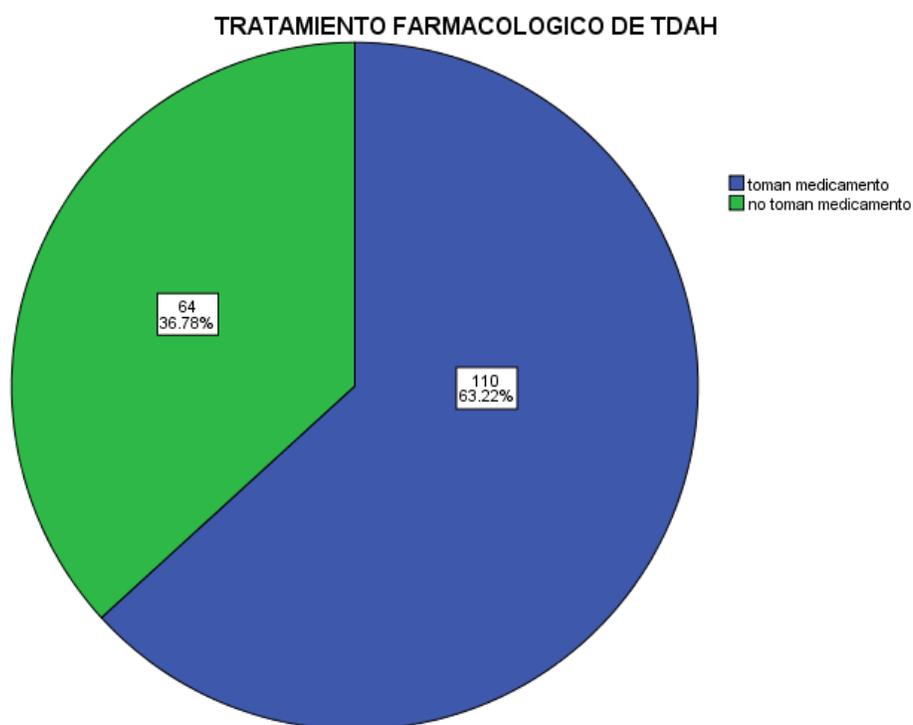
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

TABLA 6. TRARAMIENTO FARMACOLOGICO DE TDAH

	Frecuencia	Porcentaje
toman medicamento	110	63.2
no toman medicamento	64	36.8
Total	174	100.0

Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

GRAFICO 5. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE TDAH



Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

Del total de la población estudiada, el 63.2% se encontraba con tratamiento farmacológico, y el 36.8% se encontraba sin tratamiento farmacológico.

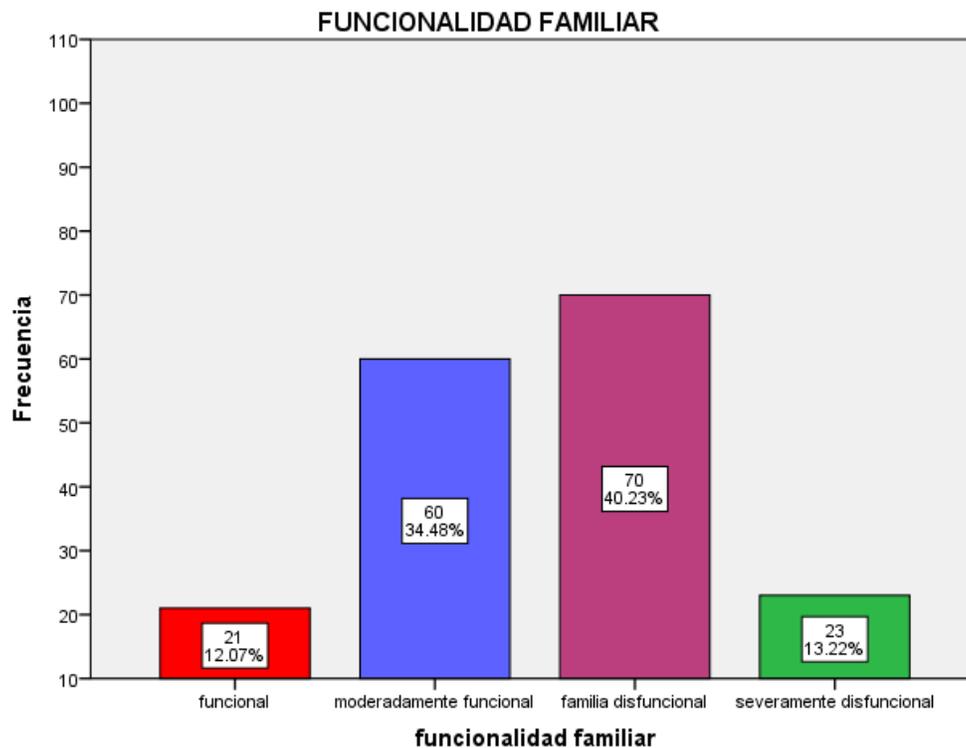
FUNCIONALIDAD FAMILIAR

TABLA 6. FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES CON TDAH

	Frecuencia	Porcentaje
funcional	21	12.1
moderadamente funcional	60	34.5
familia disfuncional	70	40.2
severamente disfuncional	23	13.2
Total	174	100.0

Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

GRAFICO 6 FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES CON TDAH



Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

De acuerdo a los resultados obtenidos con el test FF SIL, de funcionalidad familiar, encontramos, que 12.1% de nuestras familias estudiadas cumplen una funcionalidad familiar, y que el restante se encuentran dentro de una disfunción (40.2 %) ya sea moderada (34.5%) o severa (13.2).

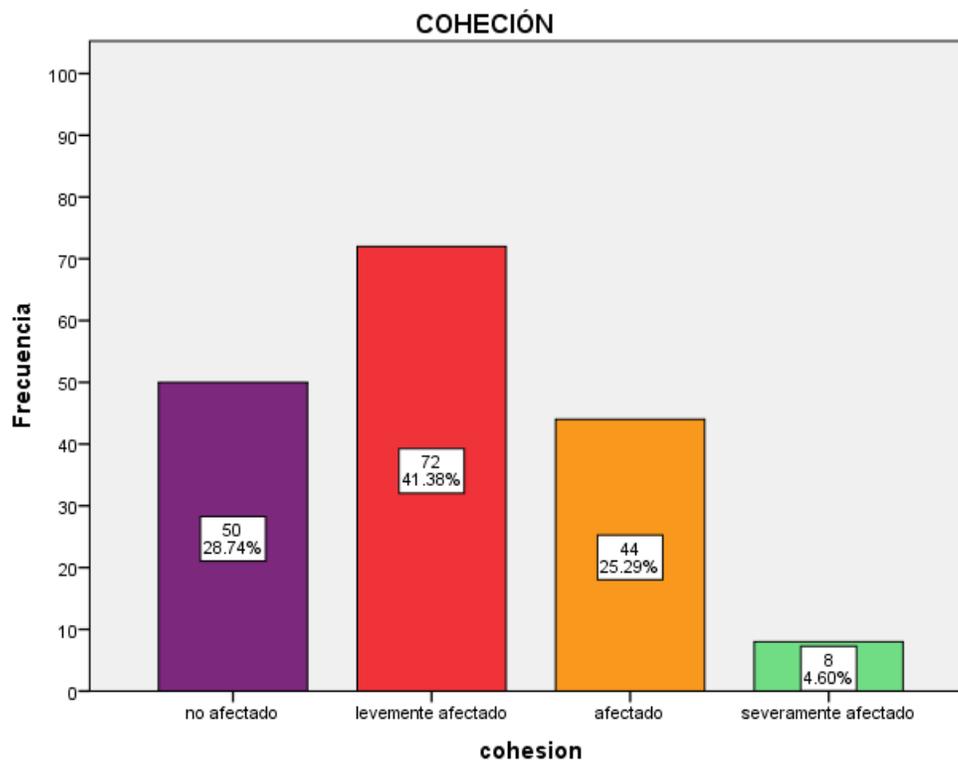
COHESIÓN

TABLA 7. COHECIÓN DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES CON TDAH

	Frecuencia	Porcentaje
no afectado	50	28.7
levemente afectado	72	41.4
afectado	44	25.3
severamente afectado	8	4.6
Total	174	100.0

Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

GRAFICO 7 COHECIÓN DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES CON TDAH



Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

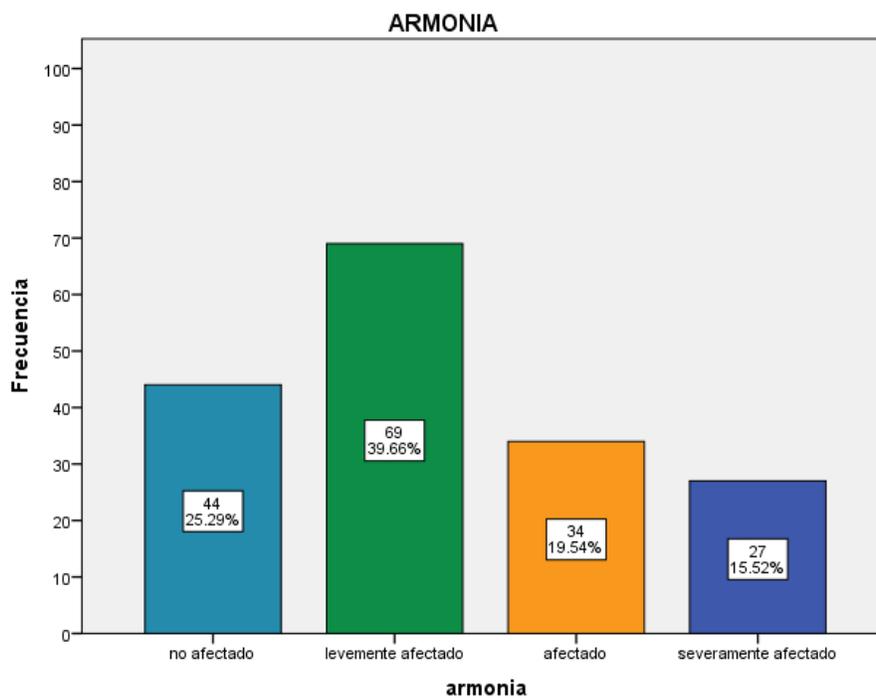
ARMONIA

TABLA 8 ARMONIA DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES CON TDAH

	Frecuencia	Porcentaje
no afectado	44	25.3
levemente afectado	69	39.7
afectado	34	19.5
severamente afectado	27	15.5
Total	174	100.0

Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

GRAFICO 8 ARMONIA DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES CON TDAH



Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

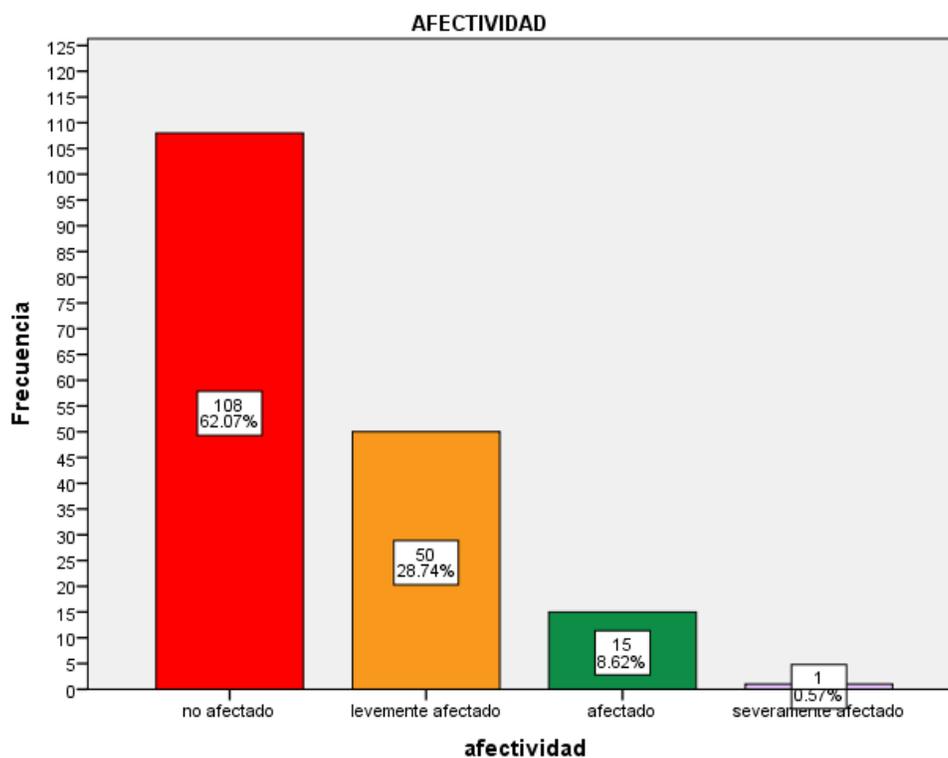
AFECTIVIDAD

TABLA 9. AFECTIVIDAD EN LAS FAMILIAS CON PACIENTES CON TDAH

	Frecuencia	Porcentaje
no afectado	108	62.1
levemente afectado	50	28.7
afectado	15	8.6
severamente afectado	1	.6
Total	174	100.0

Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

GRAFICO 9 AFECTIVIDAD EN LAS FAMILIAS CON PACIENTES CON TDAH



Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

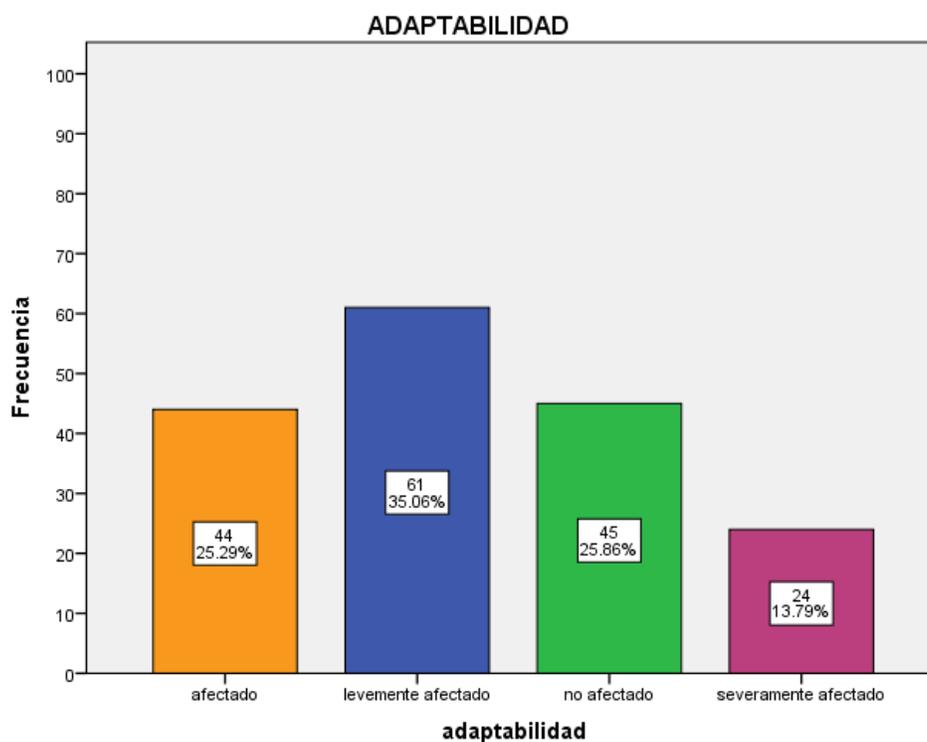
ADAPTABILIADA

TABLA 10 ADAPTABILIADA DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES CON TDAH

	Frecuencia	Porcentaje
afectado	44	25.3
levemente afectado	61	35.1
no afectado	45	25.9
severamente afectado	24	13.8
Total	174	100.0

Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

GRAFICO 10 ADAPTABILIADA DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES CON TDAH



Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

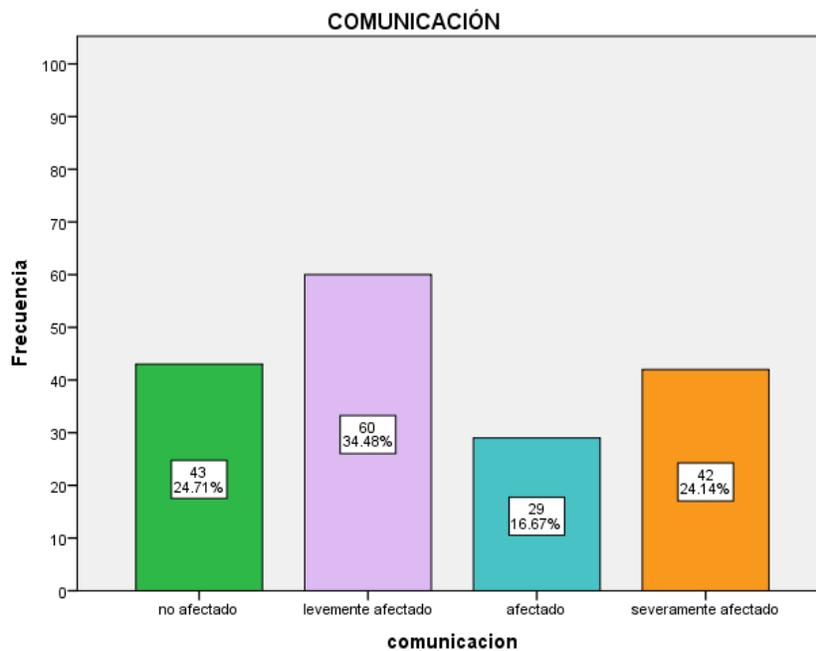
COMUNICACIÓN

TABLA 11 COMUNICACIÓN EN LAS FAMILIAS CON PACIENTES CON TDAH

	Frecuencia	Porcentaje
no afectado	43	24.7
levemente afectado	60	34.5
afectado	29	16.7
severamente afectado	42	24.1
Total	174	100.0

Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

GRAFICO 11 COMUNICACIÓN EN LAS FAMILIAS CON PACIENTES CON TDAH



Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

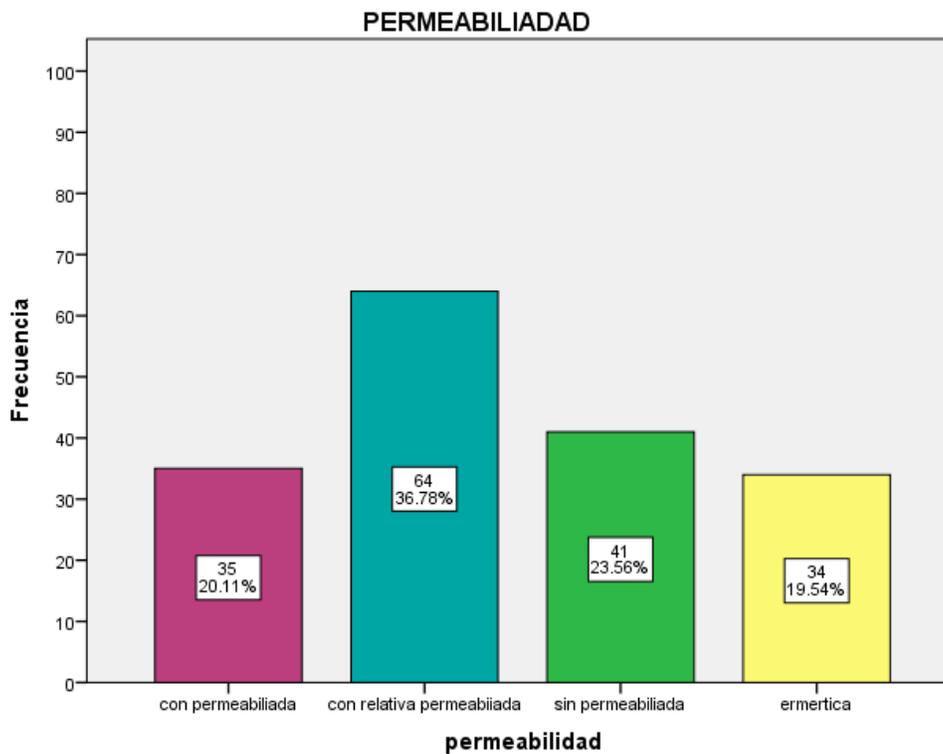
PERMEABILIDAD

TABLA 12. PERMEABILIDAD DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES CON TDAH

	Frecuencia	Porcentaje
con permeabilidad	35	20.1
con relativa permeabilidad	64	36.8
sin permeabilidad	41	23.6
emética	34	19.5
Total	174	100.0

Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

GRAFICO 12 PERMEABILIDAD DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES CON TDAH



Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

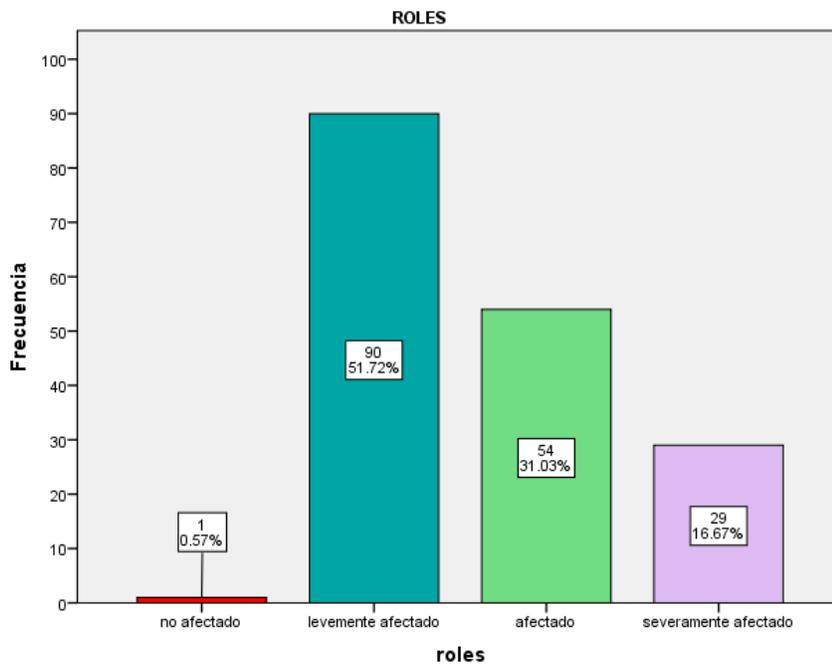
ROLES

TABLA 13. ROLES DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES CON TDAH

	Frecuencia	Porcentaje
no afectado	1	.6
levemente afectado	90	51.7
afectado	54	31.0
severamente afectado	29	16.7
Total	174	100.0

Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

GRAFICO 13 TABLA 13. ROLES DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES CON TDAH



Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

Dentro de los datos anteriores, podemos observar que la cohesión, armonía, adaptabilidad, y roles, son parámetros que se encuentran con una afección de leve a moderada, destacando, que en donde se encuentra una mayor afectación es la comunicación.

La afectividad, uno de los parámetros menos alterado.

RELACIÓN ENTRE LA INTEGRACION Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

TABLA 14. RELACIÓN ENTRE LA INTEGRACION Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

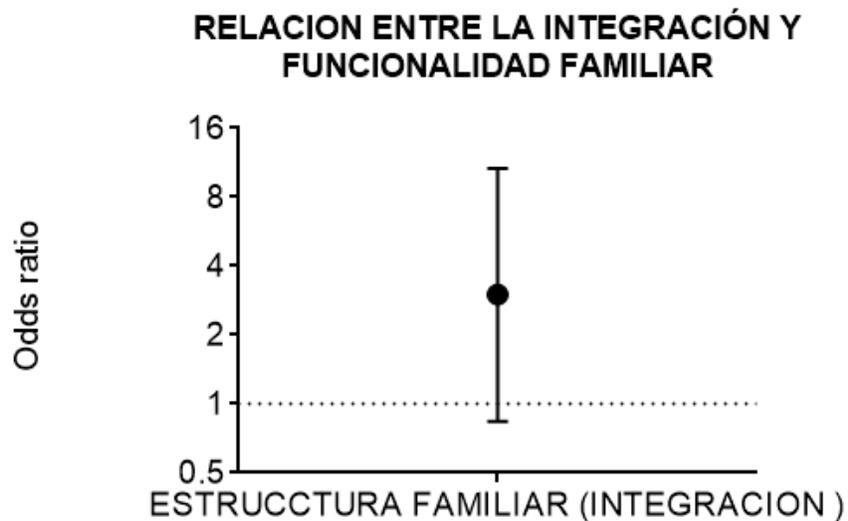
		INTEGRACION*FUNCIONALIDAD FAMILIAR		Total
		NO FUNCIONAL	FUNCIONAL	
INTEGRACION	NO NUCLEAR	51	3	54
	NUCLEAR	102	18	120
Total		153	21	174

Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

$$OR = \frac{axd}{bxc} = \frac{918}{306} = 3.0 \quad IC \ 95\% \ (0.84-10.66)$$

$$Probabilidad = \frac{RM}{RM+1} = \frac{3}{3+1} = 0.75 \times 100 = 75\%$$

GRAFICO 14. FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ACUERDO A LA ESTRUCTURA FAMILIAR.



Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

De las familias estudiadas, de acuerdo a su integración, podemos observar, que existe tres veces mayor riesgo de disfunción familiar en las familias no nucleares, (que cuentan únicamente con padre, o madre, u otro integrante a cargo de los niños) que en las familias nucleares (donde se encuentran ambos padres).

RELACION ENTRE EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE TDAH Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

TABLA 15. RELACION ENTRE EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE TDAH Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

TRATAMIENTO*FUNCIONALIDAD FAMILIAR				
		FUNCIONALIDAD FAMILIAR		Total
		NO FUNCIONAL	FUNCIONA L	
TRATAMIENT O	SIN TRATAMIENTO	58	6	64
	CON TRATAMIENTO	95	15	110
Total		153	21	174

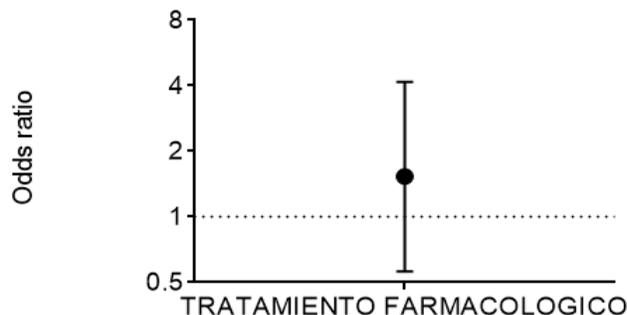
Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

$$OR = \frac{axd}{bxc} = \frac{870}{570} = 1.53 \quad IC \ 95\% \ (0.56-4.16)$$

$$Probabilidad = \frac{RM}{RM+1} = \frac{1.53}{1.53+1} = 0.60 \times 100 = 60\%$$

GRAFICO 15. RELACION ENTRE EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE TDAH Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

RELACION ENTRE EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE TDAH Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR



Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

De acuerdo a los niños que no cuentan con tratamiento farmacológico, existe 1.5 veces mayor posibilidad de tener una disfunción familiar, que en las familiar de los niños que tienen medicamento farmacológico.

RELACION ENTRE LA AFECTIVIDAD Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

TABLA 16. RELACION ENTRE LA AFECTIVIDAD Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

		AFECTO*FUNCIONALIDAD FAMILIAR		
		FUNCIONALIDAD FAMILIAR		Total
		NO FUNCIONAL	FUNCIONAL	
AFECT O	AFECTIVIDAD ALTERADA	61	5	66
	AFECTIVIDAD NORMAL	92	16	108
	Total	153	21	174

Fuente: encuesta

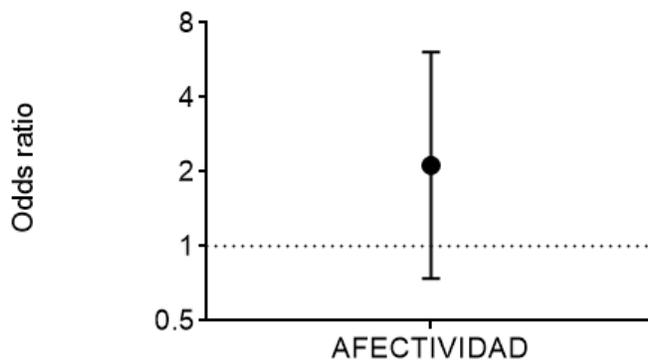
valoración de la
funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

$$OR = \frac{axd}{bxc} = \frac{976}{460} = 2.12 \quad IC \ 95\% \ (0.74 - 6.09)$$

$$Probabilidad = \frac{RM}{RM+1} = \frac{2.12}{2.12+1} = 0.67 \times 100 = 67\%$$

GRAFICO 16. RELACION ENTRE LA AFECTIVIDAD Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

RELACION ENTRE LA AFECTIVIDAD Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR



Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

De acuerdo a las familias estudiadas, existe 2.1 veces mayor posibilidad de tener una familia disfuncional, cuando el afecto se encuentra disminuido, que en una familia en donde el afecto está presente y se demuestra.

RELACION ENTRE LA COMUNICACIÓN Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

TALBA 17. RELACION ENTRE LA COMUNICACIÓN Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

		COMUNICACION*FUNCIONALIDAD FAMILIAR		
		FUNCIONALIDAD FAMILIAR		Total
		NO FUNCIONAL	FUNCIONAL	
COMUNICACION	SIN COMUNICACION	120	11	131
	CON COMUNICACION	33	10	43
Total		153	21	174

Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

$$OR = \frac{axd}{bxc} = \frac{1200}{363} = 3.31 \quad IC \ 95\% \ (1.29 - 8.45)$$

$$Probabilidad = \frac{RM}{RM+1} = \frac{3.31}{3.31+1} = 0.76 \times 100 = 76\%$$

GRAFICO 17. RELACION ENTRE LA COMUNICACIÓN Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR



Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

Cuando la comunicación en las familias se encuentra alterada, o ausente, existe 3.3 veces mayor riesgo de disfunción, que en una familia en donde si hay comunicación.

RELACIÓN ENTRE LA PERMEABILIDAD Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

TABLA 18. RELACIÓN ENTRE LA PERMEABILIDAD Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

PERMEABILIDAD*FUNCIONALIDAD FAMILIAR				
		FUNCIONALIDAD FAMILIAR		Total
		NO FUNCIONAL	FUNCIONAL	
PERMEABILIDAD	NO PERMEABLE	123	16	139
	CON PERMEABILIDAD	30	5	35
Total		153	21	174

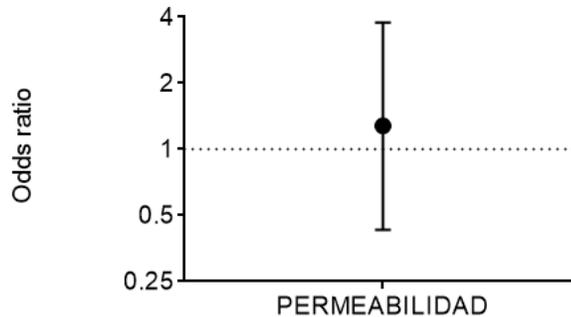
Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

$$OR = \frac{axd}{bxc} = \frac{615}{480} = 1.28 \quad IC \ 95\% \ (0.43 - 3.78)$$

$$Probabilidad = \frac{RM}{RM+1} = \frac{1.28}{1.28+1} = 0.56 \times 100 = 56\%$$

GRAFICO 18. RELACIÓN ENTRE LA PERMEABILIDAD Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

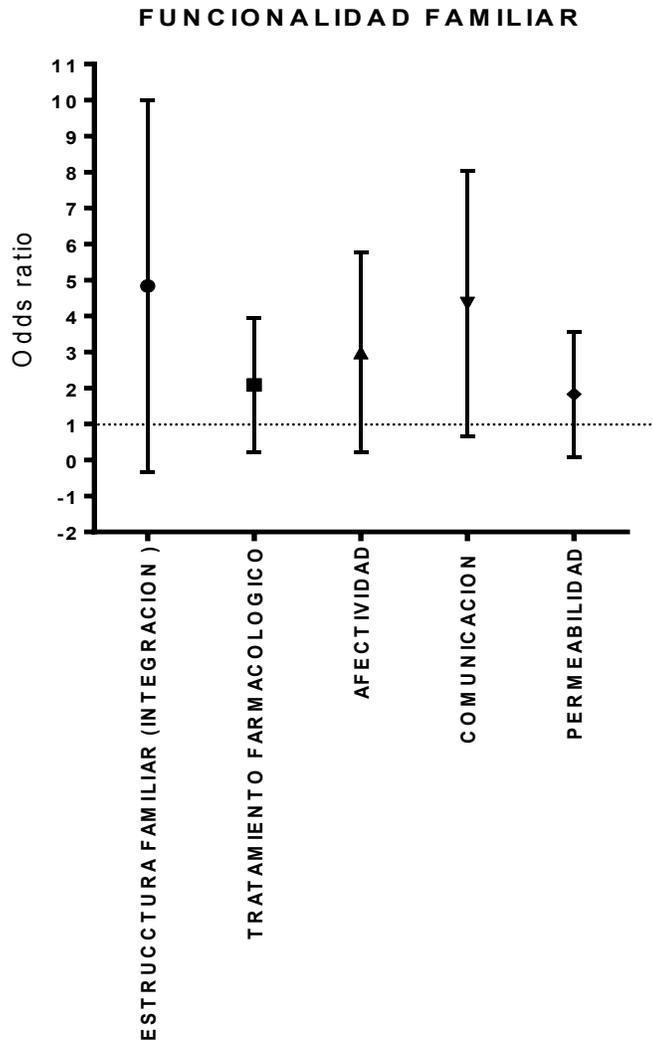
RELACION ENTRE LA PERMEABILIDAD Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR



Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

Cuando existe poca o nula permeabilidad en las familias, el riesgo de encontrar una disfunción es 1.2 veces mayor, que en las familias donde si existe permeabilidad.

GRAFICO. 19 RELACION ENTRE LA INTEGRACION FAMILIAR, TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, AFECTIVIDAD, COMUNICACIÓN, PERMEABILIDAD Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.



Fuente: encuesta valoración de la funcionalidad familiar en pacientes con TDAH, 2014

la funcionalidad familiar en los pacientes con TDAH depende de muchos factores, como la estructura familiar, el uso o no de tratamiento farmacológico, la afectividad, la comunicación y la permeabilidad de dichas familias, cuando estos factores están alterados, encontramos que existe un riesgo que va del 1.28 al 3.31 veces mayor de disfunción.

DISCUSIÓN

De la población estudiada, se observó, una mayor prevalencia con el 15.5% e en niños de 5 años, sin embargo, el rango de edad, en donde se presentó un mayor número de casos fue el escolar entre 6 y 10 años, con un promedio de 8.4 años. Si bien, no existen estudios epidemiológicos en México respecto al trastorno por déficit de atención.

A nivel Latinoamérica si se cuenta con datos al respecto, de acuerdo al Scandar R y cols, en el “estudio epidemiológico preliminar del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en preescolares” así como pineda y cols. En “Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana” refieren la mayor prevalencia en pacientes menores de 6 años.

Se destaca, la presencia de trastorno de déficit de atención e hiperactividad, en la población masculina, con un 64.3% en comparación de un 35.6% de niñas con dicho padecimiento. De acuerdo a la literatura, existe una de mayor prevalencia de TDAH en niños varones que en el sexo femenino. De acuerdo Algoritmo de Tratamiento Multimodal para preescolares Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad publicado en el 2009, se encontró por medio de la versión corta de la escala de Conners, una prevalencia de TDAH de 5.8%, para los niños y de 1.5% para las niñas preescolares. [21,22](#)

La “guía clínica para TDAH” del Instituto Nacional De Psiquiatría Ramón De La Fuente, En la actualidad se tiene el conocimiento que de cada 100 niños en edad escolar, de 3 a 5 presentan TDAH, mientras que en la adolescencia se reportan diferencias por sexo, ya que de 100 hombres adolescentes de 1 a 6 lo presentan, y de 100 mujeres adolescentes de 1 a 2 lo presentan. Siendo más frecuente en los

hombres que en las mujeres, con diferencias que van de 3 a 5 hombres por 1 mujer.¹

En cuanto a la estructura familiar, en dichas familias, pudimos encontrar, que el 68.9% de ellas, son familias nucleares, y el 31.1% son familias no nucleares, la cohesión familiar, se observó, que el 71.3% de las familias tienen alguna alteración El 74.7% con armonía afectada. Se Encontró al 62.1% de las familias con afectividad conservada. El resto, con la misma con algún tipo de disrupción. La adaptabilidad con un 74,8%, Los roles familiares, alterados en su mayoría, resaltando el 16.7% con una alteración severa.

De acuerdo a la funcionalidad familiar, podemos mencionar que el 87.9% tiene una familia con algún tipo de disfunción familiar. Pudiendo ser esta, leve, moderada o severa.

El impacto negativo Más concretamente, con diferencias significativas entre las percepciones de los padres de niños con TDAH con un impacto en la vida social, así como un impacto en la relación matrimonial en la convivencia entre iguales y hermanos. La dificultad de vivir con el hijo y la influencia negativa que ejerce éste Sobre la familia. (M.J. Presentación-Herrero: “Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados”)

según Johnston y cols en “Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research” las demandas y la naturaleza intrusiva de los niños con TDAH provocan reacciones negativas de los otros miembros de la familia y exagera las influencias disruptivas sobre la relación familiar y sobre el funcionamiento psicológico de los padres.encontrado más estrés y conflicto en los ambientes familiares de niños con TDAH mayor percepción de incompetencia como padres y menos confianza en su autoridad.²³

La comunicación en estas familias, afectada en su mayoría en diferentes niveles, con un 34.5% levemente, 16.7% moderadamente y un 24.1% severamente.

Llamando la atención, que en ninguna bibliografía consultada, así como en registros estadísticos, se habla de la comunicación en las familias con TDAH, la cual puede ser clave para la disfunción de estas familias.

CONCLUSIONES:

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una condición neuropsiquiátrica con etiología multifactorial y de inicio en la infancia, caracterizado por la dificultad para poner atención, hiperactividad y/o impulsividad que puede persistir hasta la edad adulta,

Durante este estudio, se observó que la función familiar está ligada a factores sociodemográficos de los pacientes con TDAH, como la estructura de la familia, la comunicación y la permeabilidad familiar.

De acuerdo con la funcionalidad familiar, podemos mencionar que el 12.1% de la población estudiada, tiene una familia funcional, y que el 87.9% tiene una familia con algún tipo de disfunción.

Si bien, los pacientes de este estudio se encuentran diagnosticados, no todos se encuentran en tratamiento farmacológico, encontrando que el 63.2% tiene tratamiento farmacológico, considerando, la existencia de 1.5 veces más riesgo de tener una disfunción, en las familias que no tienen tratamiento farmacológico.

Con respecto a la cohesión familiar, se observó, que el 71.3% de las familias tienen alterada donde el 41.4% se encuentra levemente afectado, el 25.3% con afección presente, y el 4.6% con una severa alteración en la cohesión.

El 25.3% de las familias, presenta una armonía sin afección, el resto con una alteración en la misma, donde el 39.7% es leve, el 19.5% es moderada, y el 15.5% es severa.

La afectividad, afectada severamente en únicamente 0.6% de la población estudiada, siguiendo con el 8.6% con moderada alteración, y con un 28.7% de alteración leve de afectividad. Encontrando al 62.1% de las familias con afectividad conservada.

El 35.1% de las familias se observaron con una adaptabilidad levemente afectada, 25.9% moderadamente afectada y 13.8% severamente afectada, en comparación con las familias en las cuales no está afectada la adaptabilidad (25.3%).

La comunicación en estas familias, afectada en su mayoría en diferentes niveles, con un 34.5% levemente, 16.7% moderadamente y un 24.1% severamente.

La permeabilidad, en donde podemos detallar, que el 36.8% cuenta con permeabilidad relativa, el 23.6% cuenta con una permeabilidad mínima, el 20.1% tienen una buena permeabilidad hacia los comentarios y las sugerencias de terceros, y el 19.5% son familias completamente ermiticas, es decir, no aceptan ningún tipo de comentario, o sugerencia respecto a sus integrantes.

Los roles familiares, alterados en su mayoría, resaltando el 16.7% con una alteración severa de los mismos, el 31% moderadamente, y el 51.7% con alteración leve. Con un 0.6% de familias en donde los roles, no se encuentran con ningún tipo de interrupción.

De acuerdo a la funcionalidad familiar, podemos mencionar que el 12.1% de la población estudiada, tiene una familia funcional, y que el 87.9% tiene una familia con algún tipo de disfunción familiar. Como: el 34.5% con moderada disfunción, el 40.2% con disfunción presente, y el 13.2% con disfunción severa.

con los datos obtenidos, se calculó el riesgo de disfunción familiar, pudiendo mencionar que existe 3 veces mayor posibilidad de tener una familia disfuncional con presencia de una familia no nuclear, es decir la ausencias de ambos padres lo

puede desencadenar. Los niños que no cuentan con tratamiento farmacológico, corren 1.5 veces mayor riesgo de presentar una familia disfuncional; y en las familias don donde el afecto no se demuestra, o el mismo se encuentra alterado, hay 2.1 veces mayos probabilidad de presencia de disfunción que en las que si se ha demostrado.

La comunicación alterada en las familias, puede presentar 3.3 veces mayos posibilidad de riesgo de disfunción familiar, que en las familias en donde la comunicación está presente.

Existe 1.2 veces mayor riesgo de tener una familia disfuncional en las familias con poca permeabilidad, es decir, que no aceptan ningún tipo de opinión, que las familias que si lo hacen.

La funcionalidad familiar en las familias con TDAH de los pacientes derechohabientes de la UMF No.21, se encuentra afectada en 87.9%, si bien en alguno grado (leve, moderado o severo), pudiendo mencionar que la comunicación es uno de los parámetros más afectados, el cual, puede desencadenar disrupción en algún otro parámetro de dicha funcionalidad.

RECOMENDACIONES

Dentro de las recomendaciones que se pueden realizar posteriores a la realización de este estudio:

el trastorno de déficit de atención e hiperactividad esta su diagnosticado por el personal de salud, y sobre diagnosticado por maestros y personal escolar, que sin tener conocimiento del mismo, encasillan al niño, capacitar al personal y utilizar cuestionarios específicos que orienten a los maestros y personal de salud para poder hacer un diagnóstico correcto y oportuno.

El tratamiento en estos pacientes es de suma importancia, no solo de forma farmacología, sino de forma integral, dar asesoría a los padres y familias de este paciente, como personal de salud, podría reducir riesgos.

La comunicación de suma importancia en una relación médico-familia, y mayor aun médico-familia-paciente, enriquecerla, y dar orientación al respecto, detectando en la mayoría de lo posible cuando esta se pueda.

La utilización de escalas de valoración como FF SIL u otras existentes de funcionalidad familiar o de su percepción podría ser aplicada en la consulta externa para este paciente y sus familias, detectando oportunamente alguna alteración.

Crear grupos especiales de ayuda y autoayuda para los pacientes con TDAH y sus familias, podría incrementar las redes de apoyo entre dichas familias y sus pacientes.

Bibliografía

1. Vázquez. Cárdenas y Cols. Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención. *Instituto Nacional De Psiquiatria Juan Ramon De La Fuente*.1992; 1:1-43
2. Biederman J, Brown S. Trastorno por déficit de Atención e hiperactividad. In: Editorial Masson (eds.) DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales. 9th ed. Barcelona; 2010. P128-144
3. Lino Palacios. Algoritmo De Tratamiento Multimodal Para Adolescentes Latinoamericanos Con Trastorno Por Déficit De Atención Con Hiperactividad. *TDAH, Salud Mental México*.2009; 10:25-48
4. Silva Ortiz. Algoritmo De Tratamiento Multimodal Para Adultos Latinoamericanos Con Trastorno Por Déficit De Atención Con Hiperactividad. *TDAH, Salud Mental México*.2009; 11:36-77
5. Poza Díaz. Guía Clínica Trastorno Por Déficit De Atención E Hiperactividad, México. *Revista Del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro*.2012; 1:22-39
6. Palacio y cols. Algoritmo De Tratamiento Multimodal Para Preescolares Latinoamericanos Con Trastorno Por Déficit De Atención Con Hiperactividad. *TDAH, Salud Mental México*.2011; 4:58-67
7. Ulloa Flores. Cuestionario Para Escolares Y Adolescentes Latinoamericanos Con Trastorno Por Déficit De Atención Con Hiperactividad (CEAL-TDAH). Construcción, Descripción Del Instrumento Y Datos Sociodemográficos Y Clínicos De La Muestra. *TDAH, Salud Mental México*.2010; 7:14-27

8. Vázquez, Flores y cols. Guía diagnóstica y Terapéutica Para El Trastorno Por Déficit De Atención E Hiperactividad. *Revista Del Instituto Nacional De Psiquiatría Ramón De La Fuente*.1998; 8:9-45
9. Peña Olvera. Algoritmo De Tratamiento Multimodal Para Escolares Latinoamericanos Con Trastorno Por Déficit De Atención Con Hiperactividad. *TDAH, Salud Mental México*.2009; 12:23-41
10. Ruiz García. Trastorno Por Déficit De Atención Con Hiperactividad. Actualidades Diagnósticas Y Terapéuticas. *Revista de la Academia Mexicana De Pediatría*.2013; 7:12-21
11. L. Kaplan h, j sadoca. trastornos por déficit de atención. In: panamericana (eds.) Sinopsis de psiquiatría. 4th ed. Colombia: 2001. P1358-1367
12. Huerta G JJ. *La Familia En El Proceso Salud Enfermedad*. 2nd ed. México. Alfil; 2005
13. Bernal Hernández. Familia, Escuela Y Niños Con TDAH. Relaciones Funcionales. Hiperactivos. *Estrategias Y Técnicas*.2008; 1:1-37
14. Gómez Clavelina. Una Nueva Propuesta Para La Interpretación De la Familia (Versión En Español). *Revista de la Facultad de medicina UNAM*, .2010; 12:18-25
15. García Méndez. Construcción De Una Escala De Funcionamiento Familiar. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*.2006; 3:40-47
16. González García. Un Enfoque Para La Evaluación Del Funcionamiento Familiar. *Consejo Directivo De La REMO*.2008; 3:29-36

17. Herrera Santi. La familia funcional y disfuncional, Un indicador de salud. *Revisita Cupana de Medicine General Integral*.2007;7:19-31
18. Iván W. Miller, Chryistine E, Ryan, Duane S, Bishop and Natan B. Epstein. the mc master approach to families: theory, assessment, treatment and research. The asociación fer familia terapia: 2000. *Jornal of familia terapia 2000*.2012; 28:46-55
19. Clara Martha González García y Silvia Isabel González García. Un Enfoque para la Evaluación Del Funcionamiento Familiar. *Salud y Familia*, .Octubre 2012; Vol. VI, No.15:11-23
20. Velazco Rodríguez. *Muestreo Y Tamaño De Muestra Una Guía Práctica Para Personal De Salud Que Realiza Investigación*. 1st ed. Torreón Coahuila. E-Libro.Net; 2002
21. Pineda DA, Lopera F, Henao GC, Palacio JD, Castellanos FX. *Confirmación de la Alta prevalencia Del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. 2014, de Rev. Neurología 2001.* <http://www.revneurolog.com/3203/k03pág.pdf>. (Accessed Agosto 2014).
22. Scandar R, Scandar M. Estudio preliminar de prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en preescolares de la República Argentina. *Psiquiatría Especializada*.2009; 7:33-48
23. Ms. Teresa Ortega, Caridad días. Propuesta de Un Instrumento para la Aplicación del Proceso de Atención en Familias Disfuncionales. *Revista Cubana de Salud*.Julio 1998; 164-8:26-45
24. M.J. Presen-Herrero, García. Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad combinado con problemas de conducta. *Rev. Neural*.2006; 42:137-143

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Valoración De La Funcionalidad Familiar En Pacientes Con TDAH de la Unidad De Medicina Familiar No. 21

Actividades	Marzo 2014	Abril 2014	Mayo 2014	Junio 2014	Julio 2014	Agosto 2014	Sep. 2014	Oct. 2014	Nov. 2014	Dic. 2014	Ene 2015
Planteamiento del problema y marco teórico.	Realizado	Realizado	Realizado								
Hipótesis y variable			Realizado	Realizado							
Objetivos				Realizado							
Calculo de muestra				Realizado							
Hoja de registro					Programado	Realizado					
Presentación ante el comité					Programado	Realizado					
Aplicación de cuestionario						Programado	Programado	Realizado	Realizado		
Análisis de resultados							Programado	Programado	Realizado		
Elaboración de conclusiones									Programado	Realizado	
Publicación										Programado	Realizado
Presentación de trabajo										Programado	Realizado

Realizado 

Programado 



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **“Valoración De La Funcionalidad Familiar En Pacientes Con TDAH de la Unidad De Medicina Familiar No. 21”**

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

México, D.F. 2014

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Valorar la funcionalidad de las familias con pacientes con TDAH en la UMF # 21, Conocer de forma estadística dicha situación, para que el médico familiar lo tenga de conocimiento, y poder desarrollar estrategias para una adecuada intervención y/u orientación a las familias.

Posibles riesgos y molestias:

.ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

.conocer la relación y prevalencia entre el TDAH y la funcionalidad familiar de estos pacientes.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Se harán a través del investigador principal directo al paciente

Participación o retiro:

De manera voluntaria del paciente ingresara al estudio

Privacidad y confidencialidad:

.según los lineamientos éticos establecidos

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 estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Conocer la relación y prevalencia entre el TDAH y la funcionalidad familiar de estos pacientes.

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

Investigador Responsable:

Colaboradores:

Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina. Email: jaamalex@hotmail.com, Teléfono: 57606000 Extensiones 21407 Y 21428.

Dra. Leonor Campos Aragón, email: dra.leonor.campos.aragon@gmail.com Teléfono: 57606000 Extensiones 21407 Y 21428.

Dr. Mario Alberto Campuzano Martínez. Email soymariocm@gmail.com, Teléfono: 57606000 Extensiones 21407 Y 21428

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 de ambos padres o tutores o representante legal

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21
CUESTIONARIO FF SIL.

A continuación le presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que usted clasifique y puntúe su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación, de acuerdo a la siguiente escala.-

Casi nunca (1) Pocas veces (2) A veces (3) Muchas veces (4) Casi siempre (5)

Nº	Indicador	Ptje
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes en la familia	
2	En mi casa predomina la armonía	
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades	
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	
5	Nos expresamos sin insinuaciones, en forma clara y directa	
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes	
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema, los demás ayudan	
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado	
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	
11	Podemos conversar diversos temas sin temor	
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas	
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos	