



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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA UMF No. 61
VERACRUZ, VERACRUZ

COHESION Y ADAPTABILIDAD EN FAMILIAS CON NIÑOS CON Y
SIN TRASTORNOS DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVAD

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MAYTE HERNANDEZ VALDES

VERACRUZ, VER.

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).

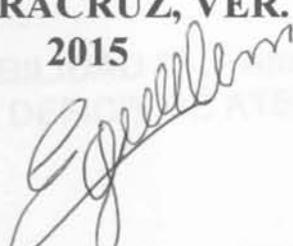
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ASESOR:


DR. RAFAEL RODRIGUEZ CASTELLANOS

DRA. ANA SILVIA SABIDO SIGLER

**H. VERACRUZ, VER.
2015**


**DRA. EDITH GUILLEN SALOMON
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA UMF NO 61 I.M.S.S
VERACRUZ, VER.**


**DRA. OBDULIA TEXON FERNANDEZ
PROFESOR TITULAR DE CURSO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR MODALIDAD SEMIPRESENCIAL
PARA MEDICOS GENERALES UMF No 61 I.M.S.S
VERACRUZ, VER.**

**COHESION Y ADAPTABILIDAD EN FAMILIAS CON NIÑOS CON Y
SIN TRASTORNOS DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVAD**

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

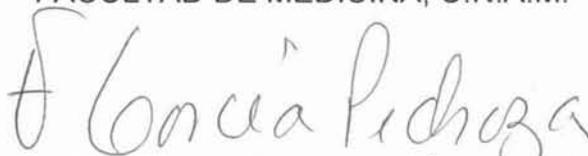
PRESENTA

DRA. MAYTE HERNANDEZ VALDES

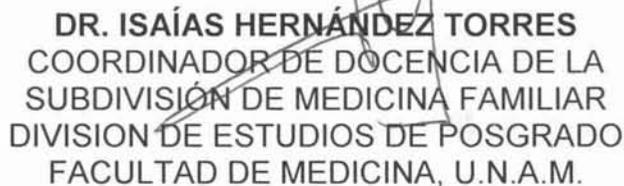
AUTORIZACIONES



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



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



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

A G R A D E C I M I E N T O S

A DIOS:

Por la vida que me ha prestado, por permitirme lograr todas mis metas, logros, anhelos y objetivos planteados a lo largo de mi vida y por convertirme en el ser humano que soy ahora.

A MI MADRE:

Que en paz descanse y que no solo me dio la vida si no que logró hacer de mí una persona de éxito y triunfadora, por sus sacrificios, sus lágrimas, sus consejos y su perseverancia para que yo terminara mi carrera, por ser mi motor y mi musa inspiradora a lo largo de toda mi carrera, ¡Te amo Mamacita Linda!

A MI ESPOSO:

Por su Amor Incondicional, acompañarme y apoyarme en todo Momento en el término de mi carrera. ¡Te amo amor mío!

A MIS HIJOS:

Por ser mi motivación para terminar mi carrera los amo bebes hermosos.

A MIS HERMANOS:

Por su apoyo y por estar siempre conmigo en los momentos más difíciles.

A MIS MAESTROS Y ASESORES DE TESIS:

Por el tiempo y la paciencia que me brindaron para la realización de este trabajo a cada uno de ellos mil “Gracias”.

INDICE

RESUMEN	5
MARCO TEORICO	6-15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
JUSTIFICACION	17
OBJETIVO GENERAL	18
OBJETIVOS ESPECIFICOS	18
HIPOTESIS	19
MATERIAL Y METODOS	19-20
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	21
MUESTRA	22
INSTRUMENTO	23
VARIABLES	24
TABLA DE VARIABLES	25-26
DESCRIPCION DEL ESTUDIO	27-28
ANALISIS ESTADISTICO	28-29
CONSIDERACIONES ETICAS	30
RESULTADOS PREELIMINARES GRAFICOS	31-44
ESCALA DE OLSON	45-47
RESULTADOS DEFINITIVOS	48-49
RESULTADOS	50-51
DISCUSION	52-55
CONCLUSIONES	56
BIBLIOGRAFIA	57-62
CALIFICACION	63-64
ANEXOS	65-69

RESUMEN:

Título: Cohesión y adaptabilidad en familias con niños con y sin trastornos de déficit de atención e hiperactividad.

Introducción: El trastorno del déficit de atención con hiperactividad se define como un “patrón persistente de desatención y/o hiperactividad “con una -- duración mínima de 6 meses o más observado en niños y niñas con un grado de desarrollo similar, algunos de los síntomas se presentan antes de los 7 años de vida aunque la mayoría de los niños son diagnosticados cuando sus síntomas son obvios.⁽¹⁾

En el CIE -10 se conoce como trastorno hipercinetico (Déficit de atención e hiperactividad).⁽²⁾

Objetivo: Determinar la cohesión y adaptabilidad en familias de niños con y sin trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Metodología: Se aplicaron una encuesta y un instrumento para medir la cohesión y la adaptabilidad en las familias con hijos con TDAH y con hijos sin TDAH que - acudieron a la consulta de Medicina familiar de UMF No 61 en edad comprendidas de 1 a 7 años.

Resultados: En el presente estudio del grupo de familias encuestadas encontraron más casos de trastorno de déficit de atención e hiperactividad en niñas que niños siendo encuestadas más madres que padres, predominado las familias de clase media seguidas las familias de clase baja y un número menor de familias de clase alta.

En las familias encuestadas de los dos grupos tanto de niños con trastorno y niños sin trastorno predominaron familiar de ambos grupos de:
caóticas-separadas con un 39% , Rígidamente Amalgamadas con 26% seguidas de flexiblemente-deslindada en 13%, Estructurada conectada un 13% y por ultimo con Rigidamente-conectada 9%.

MARCO TEORICO.

El trastorno de déficit de atención (TDAH), indica que la base fisiológica es una disminución en el mantenimiento de la atención, los niños con estos trastornos son inquietos, se mueven constantemente, son irritables y rebeldes en general no pueden mantenerse en una tarea por tiempo prolongado su aprendizaje es deficiente y no se relaciona con la inteligencia del niño la mayoría de ellos tiene una inteligencia normal o superior, el tDAH se debe muy probablemente a una alteración de los neurotransmisores la mayoría de niños con déficit de atención requieren ayuda Para realizar sus tareas escolares son muy demandantes y los padres sienten que invierten mucho tiempo en ellos los padres asocian los síntomas presentados por sus hijos con una educación inadecuada generando sentimientos de culpa, por lo que se requiere educar a los padres en el manejo de sus hijos y en el conocimiento preciso del padecimiento para que los tratamientos se apliquen sean eficaces. ⁽³⁾

La descripción clínica de este trastorno se asocia inicialmente al daño perinatal y a secuelas de encefalitis denominada:

Daño orgánico cerebral mínimo, probablemente se verificó que la conducta no se relacionaba con el daño estructural del cerebro sin compromiso intelectual de manera que se le llamo: disfunción cerebral mínima, orientando la hipótesis

lógica a una alteración de algunas funciones cerebrales, las conductas de hiperactividad Impulsividad e inatención logran validez congruente considerando la entidad Nosológica en la clasificación internacional de la O.M.S (CIE-10) trastorno Hiperquinetico y en la A.P. A. Asociación Americana de Psiquiatría. ⁽⁴⁾

Como Trastorno por déficit de atención con tres subtipos como son:

1.-Subtipo de Déficit de Atención:

Es más frecuente en niñas y escolares mayores, se asocian a problemas de aprendizaje y problemas psiquiátricos “internalizados” que se refiere a síntomas ansiosos y depresivos.

2.-Subtipo Hiperactivo e Impulsivo:

Es más frecuente en niños preescolares y se asocia a problemas conductuales precoces constituyen Aproximadamente al 15% del total del síndrome de déficit de atención y la mayoría evoluciona hacia el subtipo combinado.

3.-Subtipo Combinado:

Es el más frecuente de los subtipos (al rededor del 60%) y se asocia a problemas de y problemas psiquiátricos “externalizados”, denominación que corresponde a conductas oposicionistas desafiantes y disóciales. En los escolares, son más frecuentes los subtipos inatento y mixto, observándose insuficiencias en la velocidad de procesamiento de la información y en la capacidad de focalizar la atención, en los adolescentes la hiperactividad es reemplazada por una Sensación de inquietud interna, persistiendo La Inatención hasta finalizar la tarea.

DEFINICION:

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad, se define como un “patrón persistente de desatención y/o hiperactividad”, con una duración mínima de 6 meses, se ha observado más frecuentemente en niños que en niñas con un grado de desarrollo similar, algunos de los síntomas se presentan antes de los 7 años de vida, aunque la mayoría de los niños son diagnosticados cuando sus síntomas son obvios durante varios años, por lo menos debe de existir el deterioro en dos ámbitos que interfieren con el funcionamiento apropiado de la actividad social académica o laboral esto es de acuerdo a la cuarta edición del Manual de

Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). En el CIE-10 se conoce como trastorno hipercinetico (Déficit de Atención e hiperactividad). ⁽⁵⁾

EPIDEMIOLOGIA:

La prevalencia de este trastorno se sitúa en torno de 3-10% de la población infantil en cuanto a sexo está probado que los niños son más propensos que las niñas en cifras que varían de 2 a 1 hasta 9 a 1 las niñas presentan con más frecuencia problemas de falta de atención, dificultades para aprender y síntomas ansiosos y afectivos, que sintomatología de impulsividad o agresividad, la prevalencia varía en función de los métodos de estudio y criterios asociados, se estima que más del 80 %, de los niños que presentan el trastorno continuaran padeciendo en la adolescencia y entre el 30 % y el 65% lo presentaran también en la edad adulta. ⁽⁶⁾

FAMILIA

Aunque los factores psicosociales no se consideran actualmente como causa principal el estudio de los problemas familiares que se presentan en niños con dicha patología ha revelado importante papel en el desarrollo de los síntomas en la aparición de comorbilidad conductual, (trastornos oposicionista, desafiante y trastorno disocial) de igual modo, los factores psicosociales determinan un riesgo psicopatológico general que un riesgo para patologías mentales concreto. ⁽⁷⁾

Algunos investigadores encuentran asociación positiva entre el TDAH y el índice de clase social baja, familia amplia, criminalidad paterna, trastorno mental materno acogimiento no familiar del niño, estos factores tienden a aparecer como predictores universales de adaptabilidad y conflictos familiares y salud pública. ⁽⁸⁾

ANTECEDENTES:

El (TDAH) es una entidad conocida de manera universal. Los últimos estudios realizados desde hace 20 años en Estados Unidos, indican que la frecuencia varía de manera notable y se sitúa entre el 2% y 18%. se considera que la frecuencia es de 5%, pero en países con cultura similares a la nuestra como España o Colombia reportan cifras del 14% y 18 %, explorando las cifras Internacionales de 5% de la población escolar suponemos que habiendo en México 33 millones de niños menores de 14 años enfrentaríamos un problema que afecta aún poco más de un millón y medio de niños considerando que al menos la mitad de ellos continuaran con manifestaciones en la adolescencia y en la edad adulta tendríamos casi dos millones y medio de personas con dichas manifestaciones. ⁽⁹⁾

La Dirección General de Servicios de Salud Mental de la Secretaria de Salud Mental (Cecosam), reporta que uno de cada tres niños que solicitan atención, lo hacen por un Trastorno identificado como tdah siendo un poco menor la demanda entre adultos. En el hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N Navarro” constituye la primera causa De solicitud de atención en la consulta externa, dentro de los factores asociados se encuentran en orden de mayor a menor grado. ⁽¹⁰⁾

- 1.-Factores Genéticos
- 2.-Pre o Peri natales
- 3.-Tóxicos
- 4.-Psicosociales
- 5.-De estructura o función cerebral anormal

ANTECEDENTES GENETICOS:

Dado que el tdah, ha sido reconocido como un problema con un fuerte contenido genético más del 60% de los pacientes tienen clara historia familiar, factor Principal de riesgo por descendencia familiar, este trastorno es altamente heredable identificado un 0.75 % por lo que sin duda es significativa la relación de la genética el medio ambiente, se hacen también más complejas la alternativa etiológicas sobre los gemelos monocigotos y dicigotos son indicadores de importancia de estos factores y las investigaciones que se han realizado en base a los genes, en el momento actual los genes que se han venido refiriendo de manera consistente como genes comprometidos, en la etiología del tdah, son el transportador de dopamina (DAT1) y El gen receptor de dopamina (DRD4).⁽¹¹⁾

El primero estaría involucrado en el aumento de la recaptura y el segundo en la hipo-sensibilidad de los receptores a este neurotransmisor otros genes candidatos son el que codifica la enzima Cate Cola-metil-transferasa (COMT) que están involucradas en el recambio de dopamina y norepinefrina y el gen receptor de andrógeno (AR) que están ligados al cromosoma X, probablemente cualquier alteración deriva del polimorfismo de uno de estos genes o de varios de ellos requiere un complemento del medio ambiental para que se desarrolle el Trastorno. ⁽¹²⁾

FACTORES BIOLÓGICOS AMBIENTALES:

Otros factores de riesgo incluyen alteraciones ocurridas durante el embarazo lesiones perinatales o secuelas de enfermedades cerebrales agudas en la infancia algunos estudios postulan la posibilidad de secuelas de infecciones virales basados en cierto agrupamiento estacional del nacimiento de los niños con TDAH, recientemente las investigaciones han puesto en evidencia que el fumar durante el embarazo constituye un factor de riesgo para que el producto desarrollo tdah no se conoce con exactitud la influencia que estos factores tienen en la etiología de tdah, pero es un hecho que las madres de niños con

trastorno de déficit de atención e hiperactividad, comparadas con madres en control Tiene una mayor frecuencia de complicaciones en el embarazo como:

Toxemia y trabajo de parto muy prolongados, igualmente existen estudios que descubren un aumento en complicaciones menos severas como variaciones de peso, náuseas excesivas, sangrados menores, enfermedades durante el embarazo o dificultades en el parto, al estudiar los niños con tdah se encontró que estos tenían antecedentes de dificultades perinatales a diferencia con niños con depresión ansiedad o trastornos de conducta. ⁽¹³⁾

Por lo que la comorbilidad de tdah con otros trastornos mentales es alta lo que dificulta la correcta interpretación de estos hallazgos.

Se han llevado a cabo otros estudios que determinan que la mujer embarazada que consume drogas de consumo ilícito, fumaron o ingirieron alcohol tiene mayor probabilidad de que el producto de esos embarazos este afectado por trastornos de atención, problemas cognitivos o en general aprendizaje, otros estudios apoyan que la exposición al plomo aun con niveles sanguíneos que pudieran considerarse no tóxicos favorecen la presentación de problemas de atención o de aprendizaje. ⁽¹⁴⁾.

FACTORES PSICOSOCIALES:

Ningún estudio hasta la fecha ha logrado establecer que factores psicosociales (únicos o múltiples) son causa directa de tdah, sin embargo la adversidad psicosocial involucra diversos elementos como: pobreza, abuso, abandono, enfermedad mental en los padres, influyen sobre la severidad en los síntomas sobre todo en aquellos que existen comorbilidad con ansiedad, depresión o trastornos de conducta por lo que estos se asocian como consecuencia del cuadro clínico que presentan los pacientes con tdah. ⁽¹⁵⁾

Como médico familiar el papel que me corresponde, es realizar una acción anticipatoria y detectar los factores de riesgo para este padecimiento, estar alerta para que desde que entra un niño con este trastorno al consultorio independientemente del motivo de la consulta que se encuentra demandando se debe realizar un protocolo de estudio oportuno que incluye un manejo interdisciplinario con un programa de rehabilitación para que el niño se integre a su núcleo familiar y se acepte su enfermedad ya que en la familia el niño juega un roll importante para que exista una buena interacción familiar considero que es conveniente que este tipo de niños sea diagnosticado oportunamente, reforzando desde las etapas iniciales la detección de su padecimiento y organizar con los padres de familia e instituciones de salud un grupo de autoayuda. ⁽¹⁶⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el desarrollo de mis actividades en la consulta externa de medicina familiar pude observar que el niño en control con TDAH en varias ocasiones va acompañado de otro familiar y no de sus padres para el seguimiento del mismo y me nació el interés de saber cómo estaría la cohesión y la adaptabilidad familiar de estos niños con déficit de atención e hiperactividad ya que algunos no habían sido detectados con dicho trastorno, encontrándose en la edad promedio de 1 a 7 años e inclusive pertenecían a familias de clase alta y con padres profesionales del área de la salud, en mi consultorio existe registro de niños con este padecimiento y en los que de estos la cuarta parte no había sido llevados por su padres a una primera consulta para iniciar su protocolo de problema integral.

En base a lo anterior relatado elaboré la siguiente pregunta de investigación.

¿Las familias con hijos con TDAH serán más afectadas en cohesión y adaptabilidad familiar en comparación con aquellas familias con hijos sin TDAH?

JUSTIFICACION:

En la Unidad de Medicina Familiar No 61 del IMSS se tiene registrado niños con trastorno del déficit de atención, la vulnerabilidad de este padecimiento hace susceptible a los niños en edades entre 1 y 7 años de presentar dicho padecimiento la factibilidad de nuestro trabajo de investigación se vio representada con los recursos para su realización , se tiene disponible el universo de trabajo que son los niños con diagnóstico de TDAH del cual tomamos la muestra para nuestra investigación, contamos con la información disponible en el expediente electrónico, la asistencia de los niños y de sus familiares a la consulta externa de medicina familiar, el recurso humano del personal paramédico y Médicos Familiares y no familiares en especial del servicio de Paidosiquiatria que hicieron posible el presente trabajo.

La utilidad de los resultados del presente trabajo se verá reflejada en beneficio de los pacientes con trastornos de déficit de atención por lo siguiente:

1. al detectar oportunamente al niño desde que llega a la consulta de medicina familiar independientemente de que acuda por otro motivo de consulta.
2. realizar el abordaje clínico e integral del niño a protocolizar para que en forma oportuna reciba las atenciones necesarias del equipo multidisciplinario del equipo de salud.

3. Fomentar en los padres de niños con TDAH el conocimiento sobre la enfermedad proponiendo la organización de un grupo de autoayuda específico.

4. Reforzar las funciones familiares de comunicación afecto cuidado sexualidad reproducción y estatus así como el concepto de cómo la familia acepta la enfermedad del niño con trastornos del déficit de atención.

OBJETIVO GENERAL

Determinar cómo se encuentra la cohesión y adaptabilidad en familias con hijos con y sin trastorno del déficit de atención e hiperactividad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1.-Identificar la cohesión de las familias con hijos con y sin TDAH.

2.- Identificar la adaptabilidad de las familias con hijos con y sin TDAH.

3.- Determinar las características sociodemográficas de las familias con hijos con y sin TDAH.

4.- Identificar la Tipología Familiar de las Familias con hijos con y sin TDAH.

5.-Comparar las Familias con hijos con y sin TDAH.

HIPÓTESIS:

Alternativa: La cohesión y la Adaptabilidad en Familias con hijos que cuenten con TDAH en la Consulta Externa de la UMF No 61 es igual en comparación con una familia con hijos sin TDAH. .

Nula: La cohesión y la Adaptabilidad en Familias con hijos que cuenten con TDAH en la Consulta Externa de la UMF No 61 es deteriorada en comparación con una familia con hijos sin TDAH.

MATERIAL Y METODOS.

En el presente trabajo se seleccionaron con una muestra por conveniencia de 140 familias con niños entre 1 a 7 años con trastornos de déficit de atención que acudieron al consultorio 8 vespertino de la UMF No 61 del IMSS de y la Unidad de Medicina Familiar No 68 en Paidosiquiatria en control de déficit de atención e hiperactividad en la Ciudad y puerto de Veracruz.

Se aplicó en los padres una encuesta (anexo) y el instrumento Fases III para evaluar la cohesión y la adaptabilidad de sus familias.⁽¹⁷⁾

TIPO DE ESTUDIO:

Transversal, observacional, Descriptivo, comparativo.

POBLACION, LUGAR, TIEMPO DEL ESTUDIO:

Familias con hijos cuyas edades comprendieran entre 1 y 7 años, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Veracruz, ver de 12 de mayo del 2014 a 12 de mayo del 2015.

TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA:

Se realizó una muestra por conveniencia, en familias de la Unidad de Medicina Familiar número 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Veracruz quedando repartida en 70 familias en cuyo seno existía un niño con trastorno del déficit de atención y 70 familias con niños en cuyo seno no existía el trastorno, quedándonos una muestra de 140 niños en edades comprendida entre 1 y 7 años.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1.- Familias con hijos de 1 a 7 años
- 2.- Familias con antecedentes de hijos con trastorno del déficit de atención e Hiperactividad así como de aquellas que no padecen el trastorno.
- 3.-Familias que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Familias con baja de vigencia de derechos derecho habientes del I. M. S. S.
2. Familias cuyos hijos no pertenezcan al grupo de edad estudiado.
3. Familias adscritos a otras unidades de medicina familiar
4. Familias que no acepten participar en el estudio
5. Familias que presenten padecimientos en comorbilidad a TDAH.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Cuestionarios incompletos
2. pacientes que no se encontraran registrados en el expediente electrónico.
3. familia con baja de vigencia de derechos del I.M.S.S

UNIVERSO:

El estudio se realizó en las familias con hijos de 1 a 7 años con y sin TDAH y que acudieron a los consultorios UMF No 61.

MUESTRA:

Obtenida por conveniencia de los niños que fueron atendidos por el servicio de Paidosiquiatria

70 Familias de niños comprendido entre las edad de 1 y 7 años que presentaron trastornos de déficit de atención e hiperactividad.

70 Familias de niños comprendido entre las edad de 1 y 7 años que no presentaron trastornos de déficit de atención e hiperactividad.

ESCALA DE MEDICIÓN:

Se aplicaron las encuestas a los padres de hijos con TDAH, ya sea citado en la consulta externa, con discreción, veracidad posible y de acuerdo a las consideraciones éticas respectivas.

INSTRUMENTO:

- 1.-Entrevista a los padres con hijos con y sin trastornos del déficit de atención e hiperactividad para el llenado de la hoja de consentimiento informado.
- 2.-Se aplicó el cuestionario de FASE III y una encuesta a los padres con niños con y sin Trastorno del déficit de atención e hiperactividad diagnosticados y a los que a un no habían sido diagnosticado.
- 3.- El tiempo será el necesario para contestar las preguntas de los cuestionarios
- 4.-Los recursos serán la disponibilidad de las familias en cuento a tiempo lápiz y papel.
- 5.- Recolección de datos de las encuestas realizadas.

VARIABLES:

Independiente:

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad es causante de alteraciones de cohesión y adaptabilidad de la familia del paciente.

Dependiente:

La cohesión y la adaptabilidad de la familia y el paciente esta relacionando con el Déficit de atención e hiperactividad.

TABLA DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICION
EDAD (Padres)	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Respuesta a Cuestionario de identificación	1 20 a 30 años 2 31 a 40 años 3 41 y más años	De Intervalo
EDAD (Hijos)	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Respuesta a Cuestionario de identificación	1 a 7 años	De Razón
SEXO (Padres)	Conjunto de características biológicas que definen al espectro de los seres humanos como hombres y mujeres	Respuesta a Cuestionario de identificación	Masculino Femenino	Nominal
SEXO (Hijos)	Conjunto de características biológicas que definen al espectro de los seres humanos como hombres y mujeres	Respuesta a Cuestionario de identificación	Masculino Femenino	Nominal
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Respuesta al interrogatorio	1 Soltero 2 Casado 3 Separado 4 Unión libre 5 Viudo	Nominal
Cohesión familiar	Es la interacción e integración de la	Respuesta a Cuestionario de	1 Aglutinada 2 Conectada	Nominal

	familia para resolver determinados problemas	identificación	3 Separada 4 Desligada	
Adaptabilidad familiar	Es la capacidad que tienen los integrantes del grupo familiar de adaptación para enfrentarse a las diferentes crisis familiares	Respuesta a Cuestionario de identificación	1 Caótica 2 Flexible 3 Estructurada 4 Rígida	Nominal
Nivel socioeconómico	Valoración cuantitativa y objetiva de los medios de subsistencia de un grupo social	Respuesta a Cuestionario de identificación	1 Nivel bajo 2 Nivel medio 3 Nivel alto	Ordinal

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.

Se aplicó consentimiento informado, encuesta y un cuestionario anexo a las familias en listadas que acudieron a la consulta de medicina familiar de UMF No 61, con hijos en edad comprendidas de 1 a 7 años, en los casos que no acudieron a su cita se investigó su domicilio y se visitó a estas familias para aplicarles sus cuestionarios con previa autorización de las mismas, invitándolas a participar en el estudio. Se les dio información sobre las preguntas y se les habló del estudio para que respondieran con la mayor veracidad y confiabilidad de estas y para poder llevar a cabo un buen resultado.

PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN:

Primeramente se realizó una revisión en la forma de registro institucional 4.30.6 (registro de consulta externa diaria) de los casos canalizados al servicio de Paidosiquiatria, se llevó a cabo una búsqueda documental de su domicilio en su expediente electrónico, se seleccionaron los casos en control pertenecientes a la unidad de medicina familiar de No 61 de los diferentes consultorios se excluyeron los casos de niños con tdah que se encontraban en comorbilidad con otros padecimientos y solo se seleccionaron los casos exclusivamente con diagnóstico

de tdah, obteniendo el tamaño de muestra de 70 familias con hijos con trastorno de déficit de atención y 70 familias con hijos sin el trastorno, cuyos padres se les aplicó el fases III y cuestionario anexo que explora la edad , sexo , estado civil, parentesco, escolaridad, ocupación, ingresos económicos, tipo de vivienda, zona de vivienda.

Se realizó una base de datos en Excel para concentrar los datos recabados de las familias con niños con y sin trastorno del déficit de atención para su mejor manejo para su posterior análisis.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Una vez realizado el concentrado de la información en la base de Excel se realizó un análisis preliminar de las variables investigadas, obteniendo estadísticas descriptivas y comparativas, representadas en tablas y gráficos de pastel así como en graficas de barras.

Se aplicó Chi-cuadrada para ver relación entre las variables, edad, cohesión y adaptabilidad y nivel socioeconómico y así poder observar los cambios significativos entre ellas.

Como segunda etapa se dio a la tarea de comparar los resultados en dos grupos principales, aquellas familias que contaban con hijos con trastorno del déficit de atención y aquellas familias que no contaban con hijos con trastorno.

Los resultados se presentaron en gráficos de barras comparativos así como en el modelo circunflejo de Olson.

.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El presente trabajo de investigación se realizó de acuerdo a la ley general de salud se identificó como sin riesgo para la investigación en seres humanos. (21)

Este proyecto se registró en el comité local de investigación y los resultados se manejaron de manera confidencial.

Con apego a la declaración de Helsinki relativa a la investigación en seres vivos la cual menciona que la investigación médica tiene el deber de proteger la vida la salud la intimidad y la dignidad del ser humano. (25)

De acuerdo a la ley general de salud vigente en nuestro país y expresado en el capítulo único del título quinto referente a la investigación en salud se considera un estudio sin riesgo.

Así mismo se cumplieron las disposiciones contenidas en el código de ética del Médico familiar cabe señalar que se le informó a cada paciente, en qué consistía la presente investigación y se documentó el consentimiento informado en cada uno de los encuestados. (31)

RESULTADOS PREELIMINARES

DATOS GENERALES

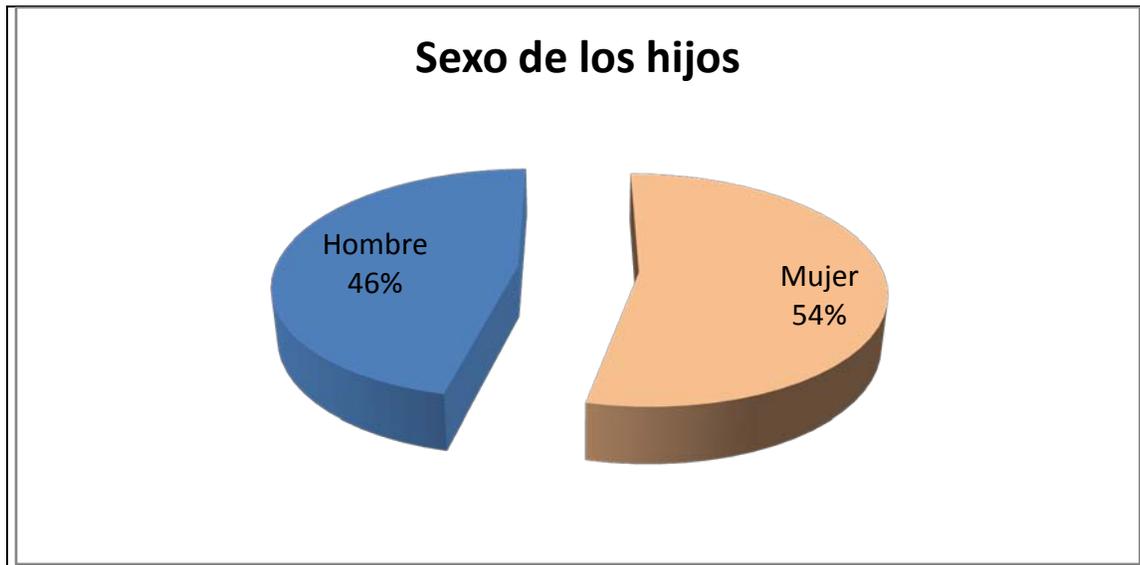


Figura No 1 Sexo de niños. Fuente: Encuestas de TDAH 140 Familias.

En la Figura No 1.- Se muestra que la población de niños estudiada es parcialmente parecida pues el 46% son niños y el 54% son mujeres.

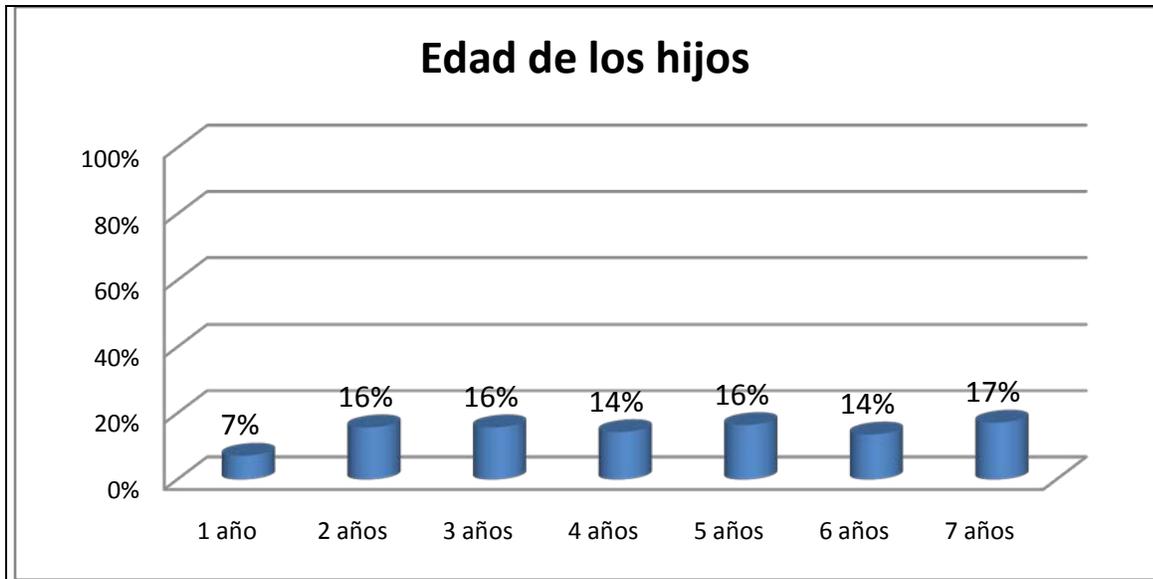


Figura No 2 : Edad delos niños Fuente: Encuestas de TDAH de 140 familias

En la Figura 2.-Se muestra las edades de los niños y están se encuentran muy parecidas pues tiene porcentajes entre el 16% y 17%, mientras que los de un año solo tienen 7% es decir solamente 10 niños.

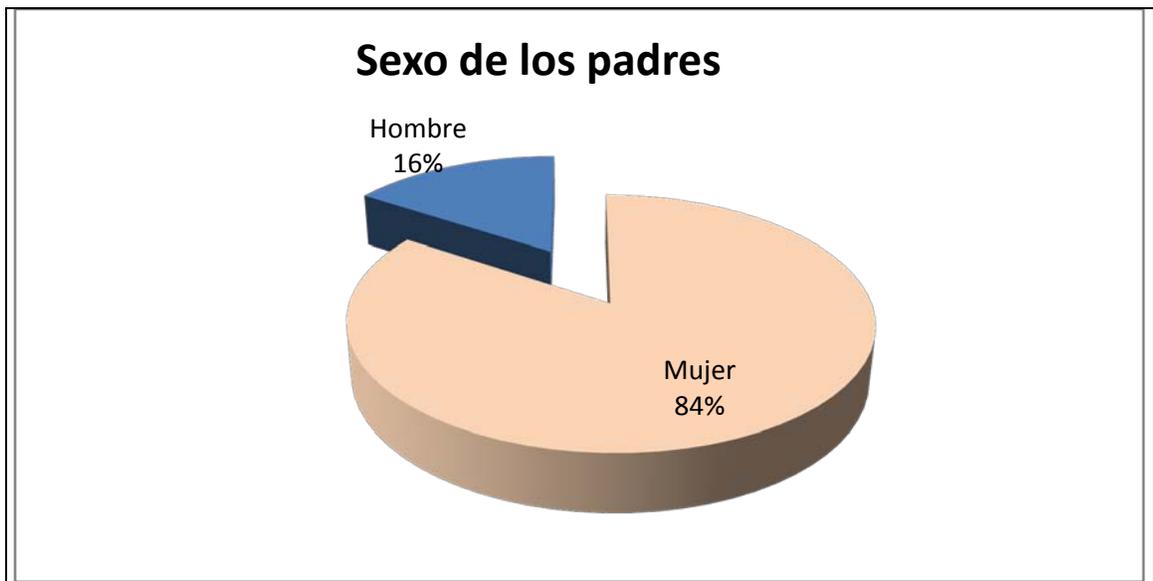


Figura No 3 Sexo de padres Fuente : Encuestas de TDAH de 140 familias

En la figura No 3.- se Muestra el sexo de los padres en los que el resultado fueron un mayor número de Mujeres encuestadas con el 84% y hombres con el 16%.

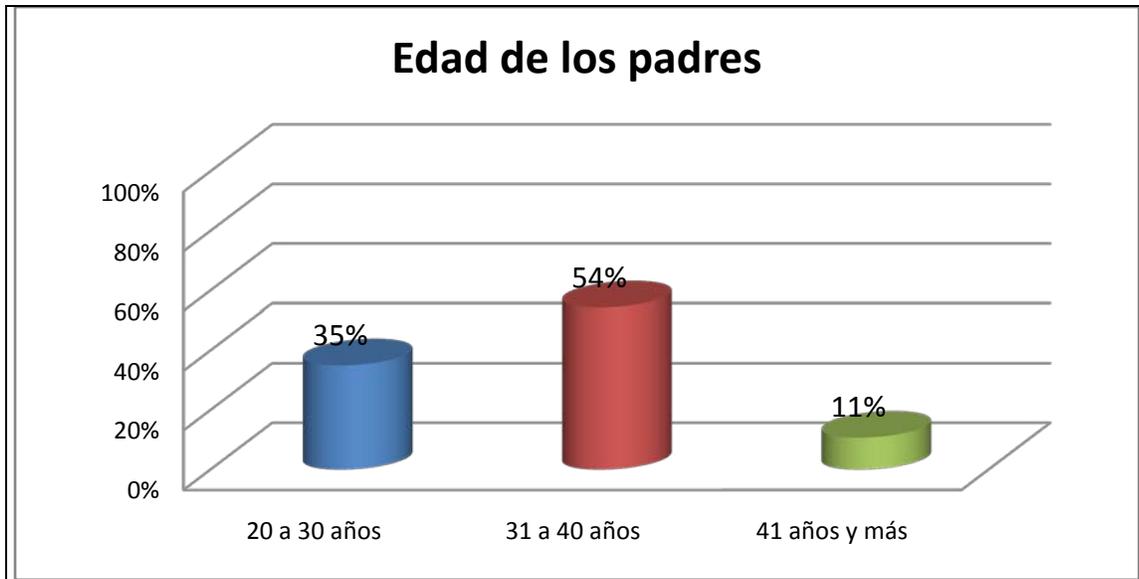


Figura No 4.- Edad de los padres Fuente: Encuesta de TDAH en 140 familias.

En la Figura 4.- Se presentaron mayor numero en cuanto a edad de los padres de 31 a 40 años con un 54%, seguidas de las edades comprendidas de 20 a 30 años con un 35% y de 41 y más años con un 11%.

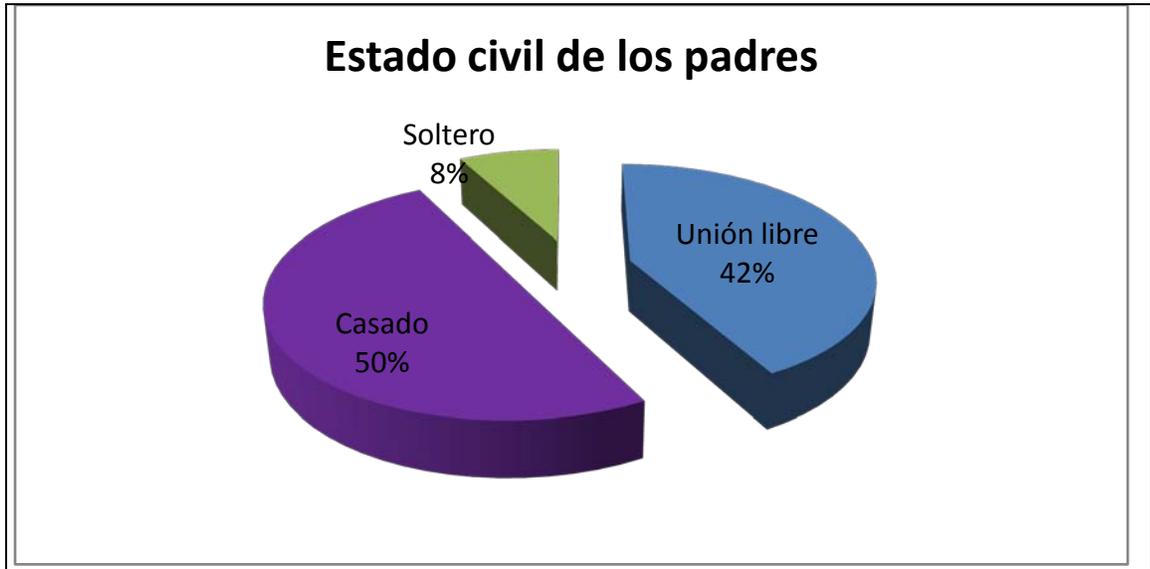


Figura No 5 Estado Civil Fuente: Encuestas de TDAH de 140 familias.

En la Figura No 5.- Muestra que predominaron más los casos de Casados con el 50% seguidos de Unión Libre con el 42% y Solteros con el 8% solamente.



Figura No 6. Ocupación de los padres Fuente: Cuestionario Anexo a encuestas de TADH de las 140 familias.

En la figura No 6.- Muestra un mayor número de familias encuestadas que se dedican a labores del hogar con el 59% seguidas de obreros con el 27% y un menor porcentaje en empleados con el 14%.

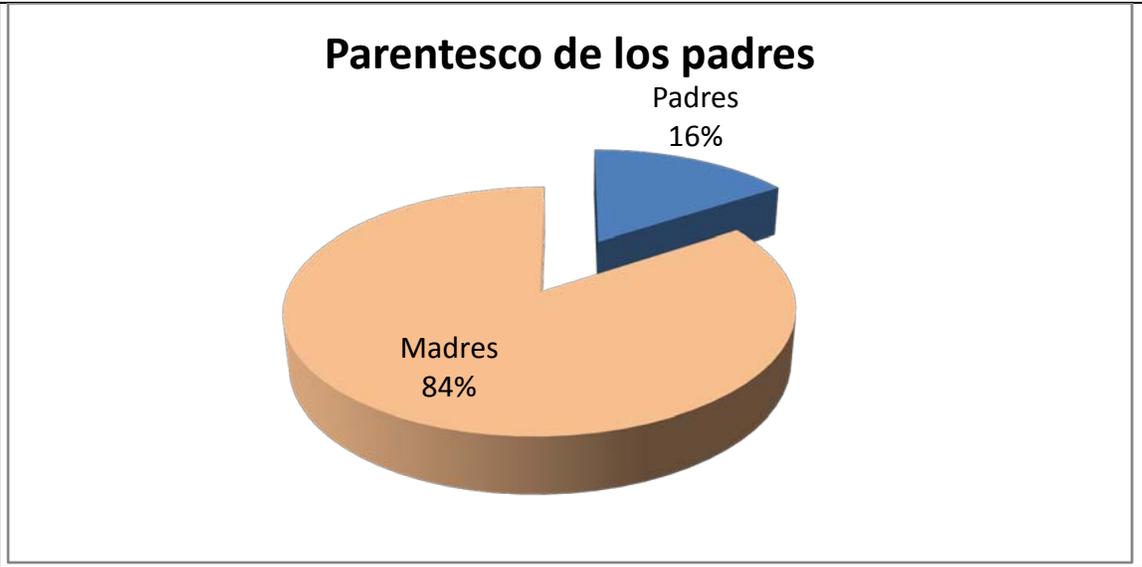


Figura No 7 Parentesco de los Padres Fuente : Encuestas de TDAH de 140 familias

En la Figura 7.- Se encontró un mayor porcentaje de Madres encuestadas con el 84% y Padres con el 16%.

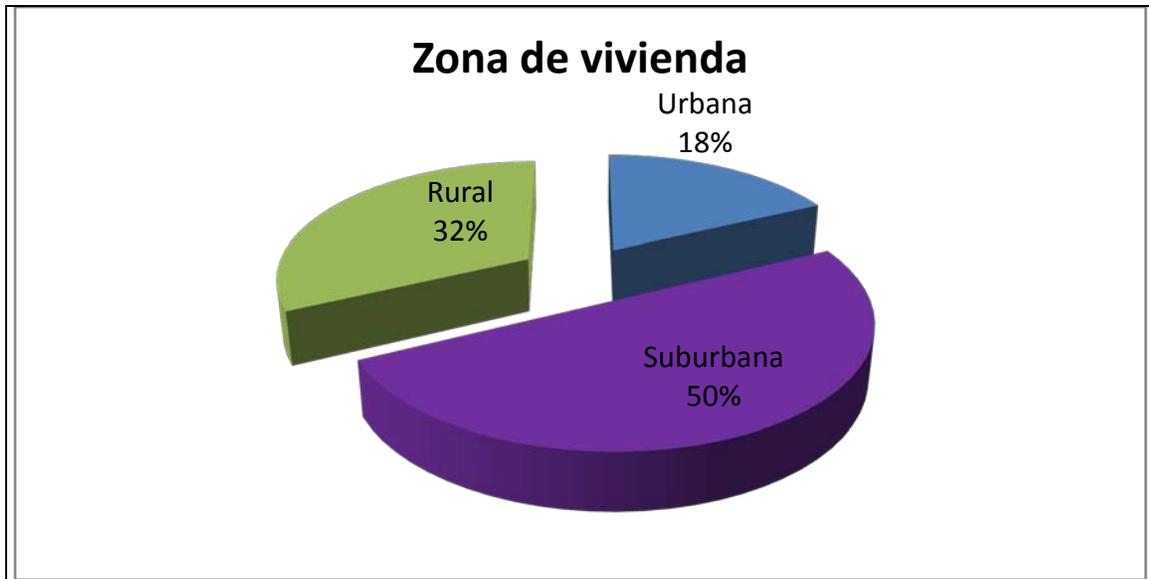


Figura No 8: Zona de Vivienda Fuente: cuestionario anexo a las 140 familias encuestas.

En la figura No 8.- Muestra el porcentaje de Familias encuestadas en donde se encontró mayor porcentaje en familias en zona Suburbana con el 50% seguidas de Zona rural con el 32% y Un porcentaje bajo en Zona Urbana con el 18%.

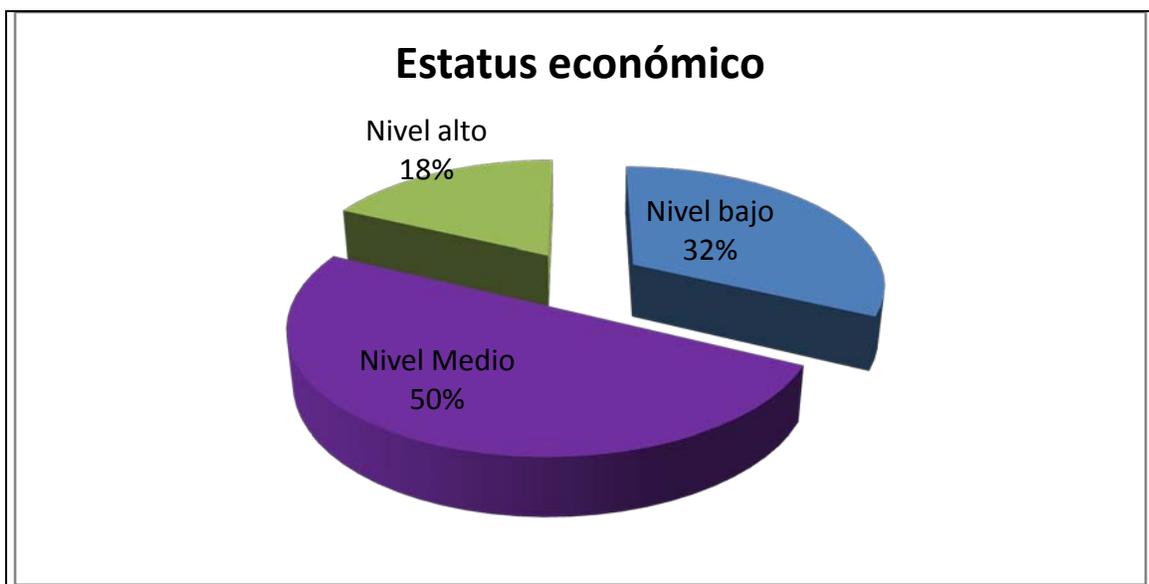


Figura No 9: Estatus económico: Fuente: Cuestionario anexo a Encuestas de 140 Familias.

Figura No 9.- Muestra el porcentaje de Estatus económico de las familias donde predominaron en número de % mayor las familias de Nivel medio con un 50% seguidas de las familias de nivel bajo con un 32% y nivel alto con un porcentaje menor con el 18%.

Resultados del faces III

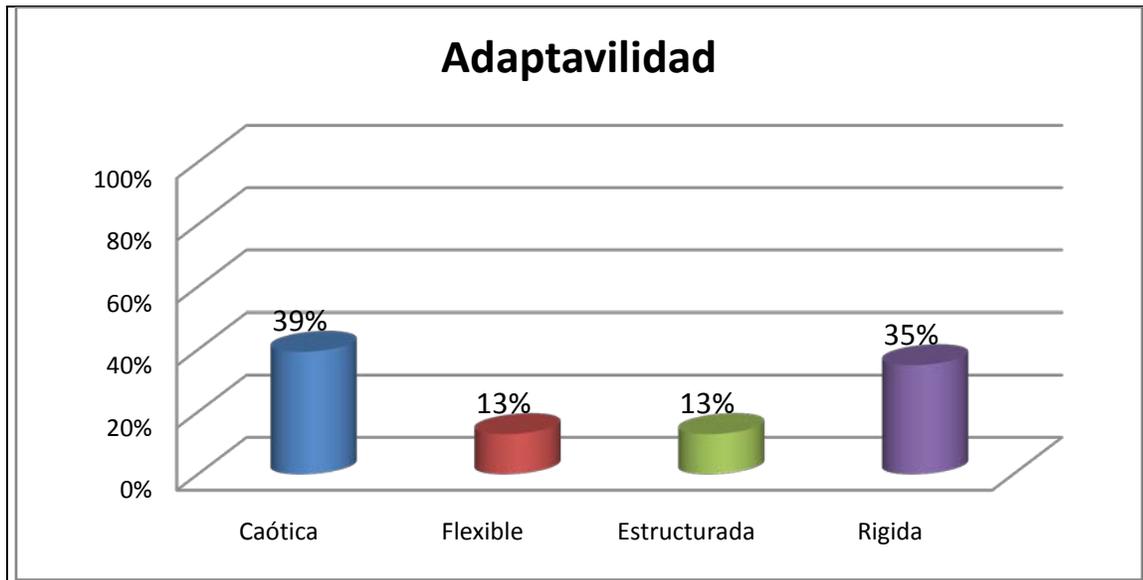


Figura No 10: Adaptabilidad Familiar en General. Fuente : Modelo Circunflejo de Olson

En la Figura 10.- Se muestra la Adaptabilidad en global de las familias encuestadas donde se muestra que el mayor porcentaje lo obtuvieron las familias Caóticas con el 39%, seguida de las Rígidas con un 35% y en igual porcentaje con el 13% las familias Flexibles y las familias Estructuradas.

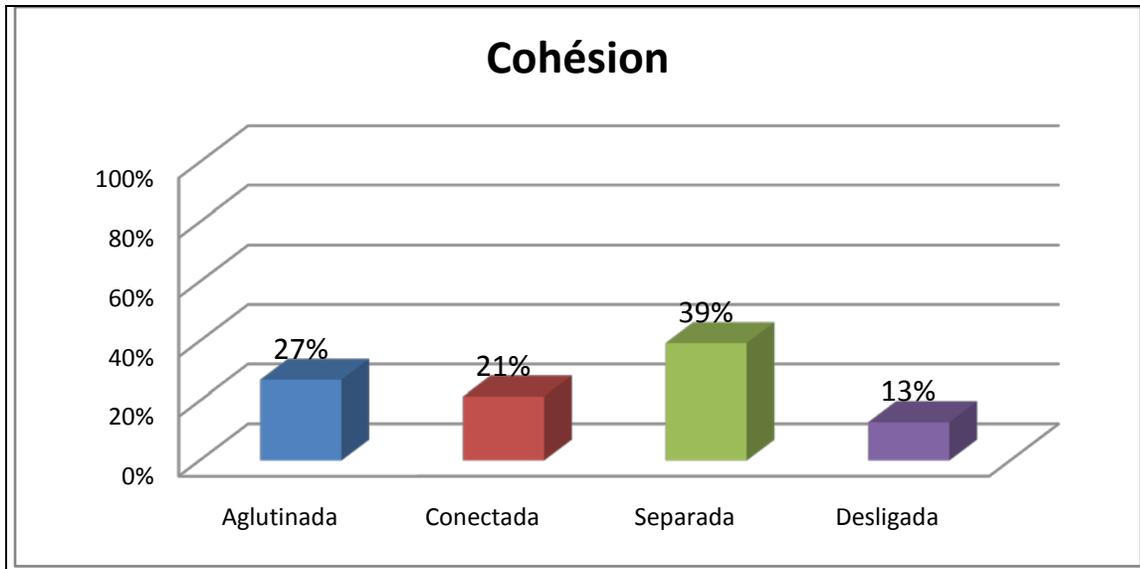


Figura No 11 Cohesión Familiar General de las Familias Fuente: Modelo Circunflejo de Olson.

En la Figura No 11.- Se Muestran en General la cohesión de las familias encuestadas con un mayor porcentaje en familias Separadas con el 39%, seguidas de las familias Aglutinadas con el 27% ; familias Conectadas con un 21% y un porcentaje menor en las familias desligadas con un 13%.

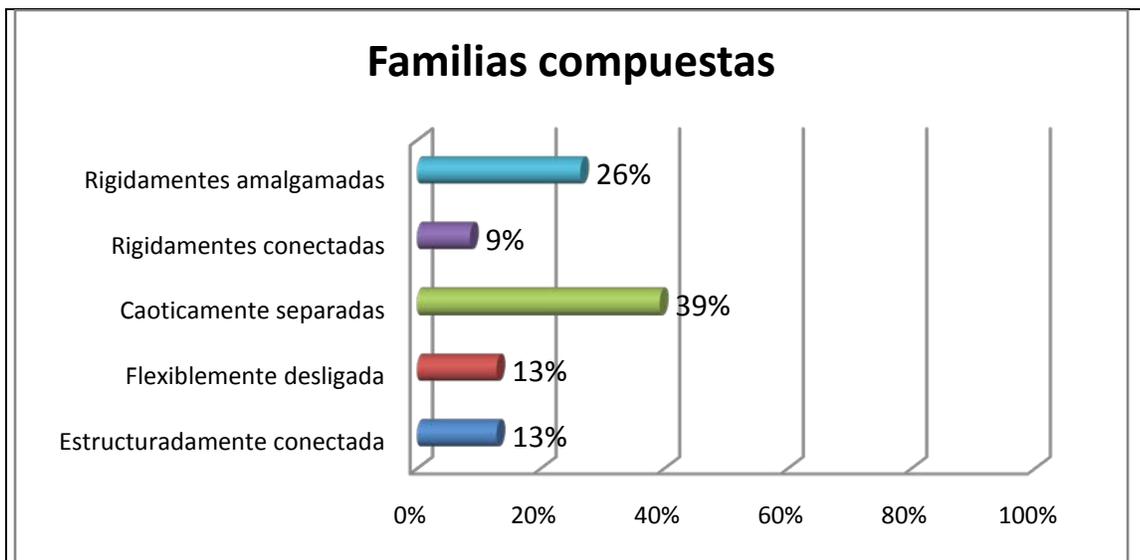


Figura No 12 Familias Compuestas en General Fuente: Fase III y Modelo circunflejo de Olson.

En la Figura 12.- Muestra las familias compuestas en General con un porcentaje mayor en las familias Caóticamente-separadas con un 39% seguidas de las familias Rígidamente-amalgamadas y en igual porcentaje las familias Flexibles-deslindadas, y Estructuralmente-Conectadas con un 13% y con un porcentaje menor las familias Rígidamente-conectadas con el 9%.

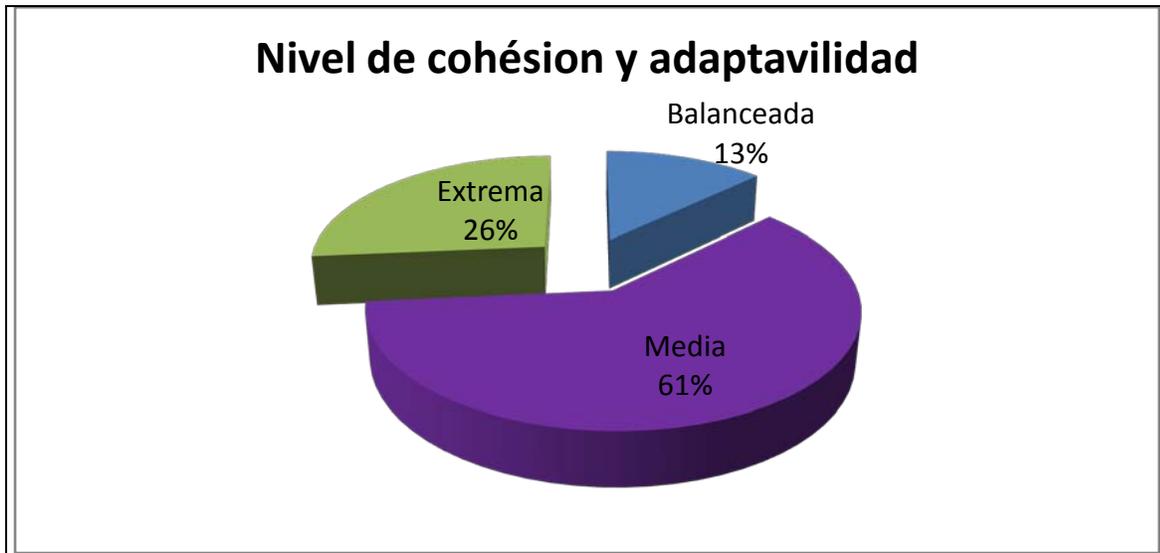


Figura No 13 Nivel de Cohesión y Adaptabilidad en General Fuente: Modelo Circunflejo de Olson.

En la Figura No 13.- Muestra el Nivel de Cohesión y Adaptabilidad General de las familias encuestadas donde se obtuvieron en mayor porcentaje las Familias con una nivel de cohesión y adaptabilidad Media un 61% seguidas Extremas 26% y balanceadas con un 13%

RESULTADOS COMPARATIVOS

DATOS GENERALES.

Gráficos comparativos:

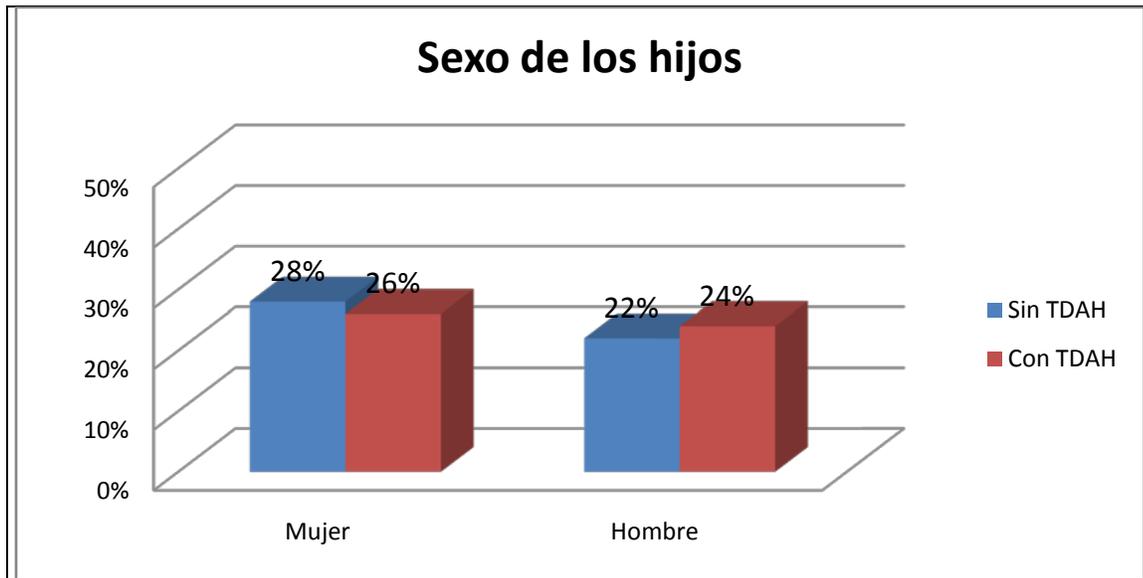


Figura No 14: Sexo de los Hijos Fuente: Encuestas de 140 Familias con hijos con y sin TDAH.

En la figura No 14.- muestra el sexo de los hijos encuestados con y sin TDAH de los cuales se obtuvieron mayor número de Mujeres con un 28% sin TDAH y 26% con TDAH en el caso de hombres fue menor el porcentaje y se obtuvieron 22% sin TDAH y 24% con TDAH.

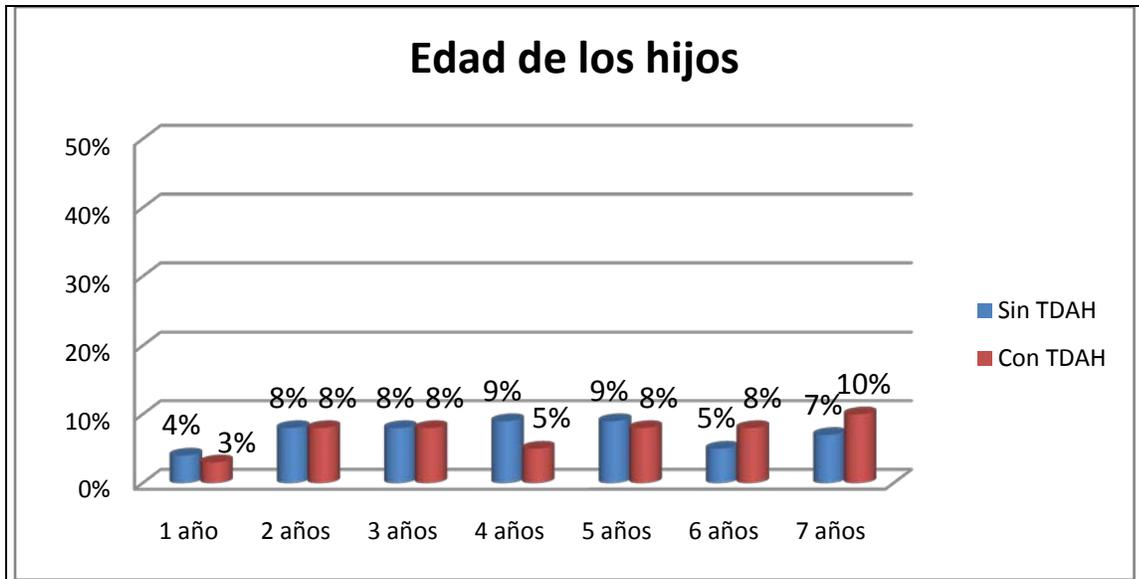


Figura No 15 Edad de los hijos Fuente: Encuestas de 140 familias con hijos con y sin TDAH.

La Figura 15.- muestra el porcentaje de las edades de los hijos (as) con tdah y los hijos (as) sin tdah mostrando que se encontraron un porcentaje igual de entre 8% y 9% de 2 a 6 años y con **mayor porcentaje en edades de 7 años con un 7 % sin TDAH y un 10% con TDAH y con un porcentaje menor de 1 años con 4% sin TDAH y 3% con TDAH.**

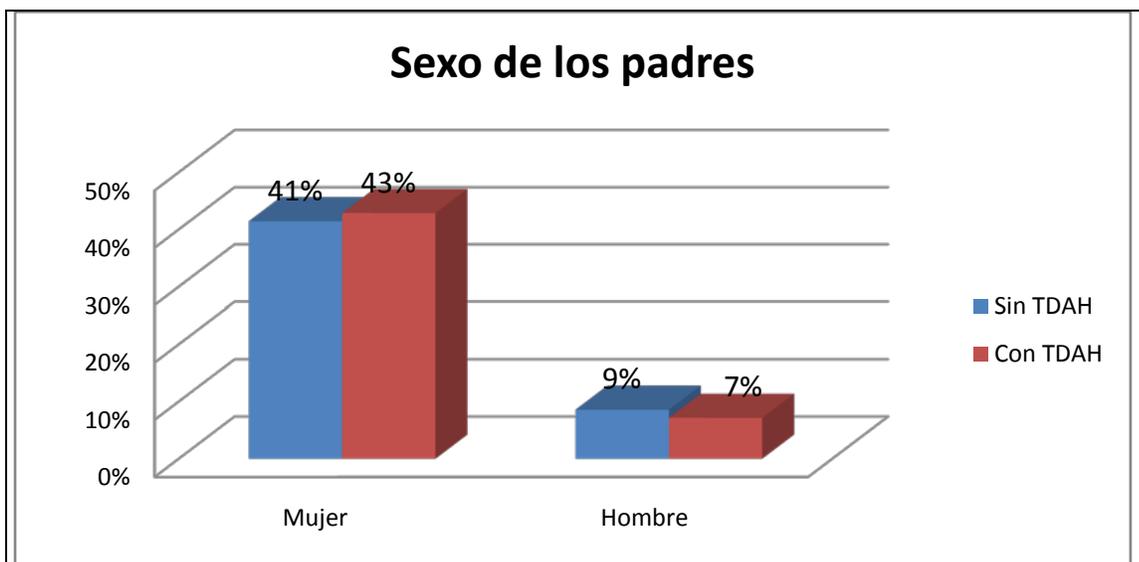


Figura No 16 Sexo de los Padres Fuente : Encuestas de 140 familias con hijos con y sin Hijos con TDAH

La Figura No 16 .- Muestra el número mayor de las Mujeres encuestadas con hijos sin TDAH con un porcentaje del 41% y con hijos con TDAH con un 43% a diferencia de los hombres encuestados con un porcentaje menor con hijos sin TDAH con un 9% y con hijos con TDAH 7%.

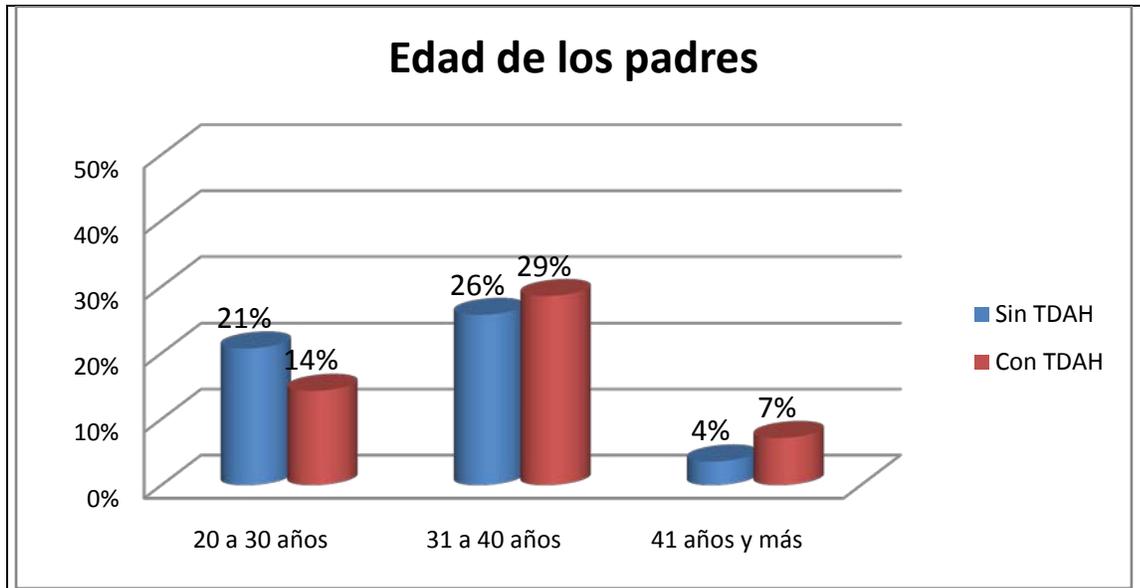


Figura No 17 Edad de los padres Fuente: cuestionario anexo a Encuestas de familias con hijos con y sin TDAH.

La figura 17.- Muestra el porcentaje de edades de los padres encuestados con hijos con y sin TDAH donde el porcentaje mayor fue 31-40 con hijos sin TDAH 26% y Con TDAH 29%, Seguidas de la edad comprendida de 20 a 30 años con un porcentaje de 21% con hijos sin TDAH y 14% con hijos con TDAH en un número menor de porcentaje de 41 años a mas con hijos sin TDAH 4% y con hijos con TDAH con el 7%.

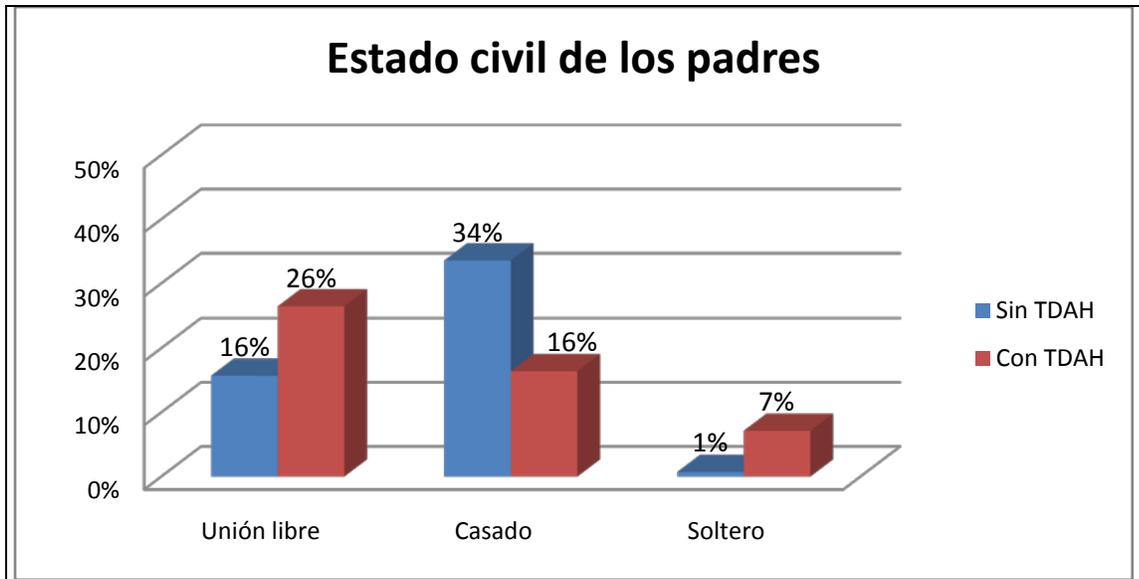


Figura No 18 Estado Civil de los padres Fuente : Cuestionario Anexo a Encuestas de 140 familias con hijos con y sin TDAH

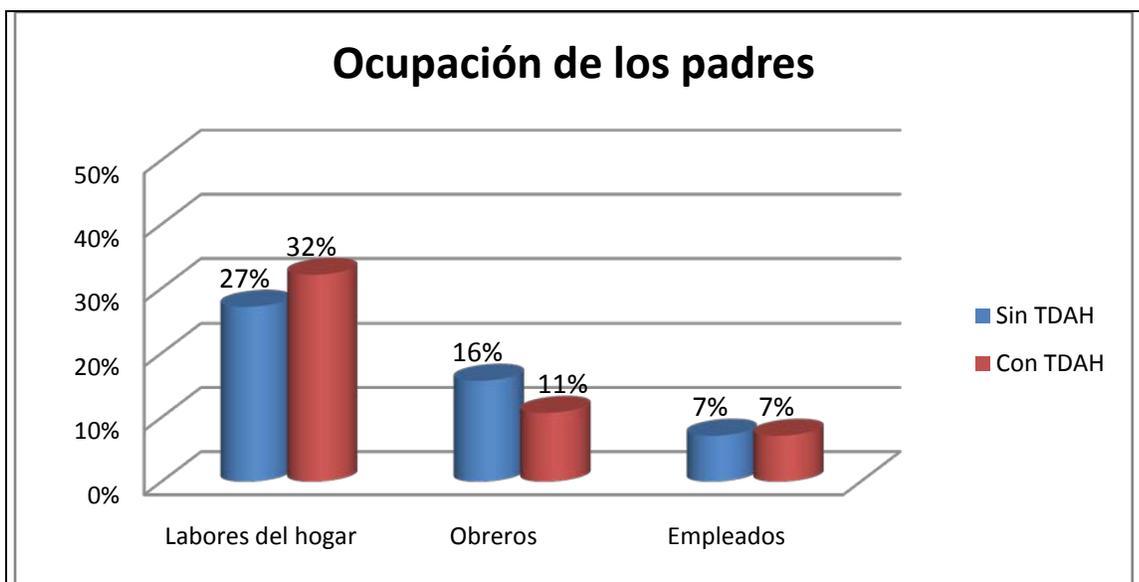


Figura No 19 Ocupación de los padres Fuente: Cuestionario anexo a encuestas de 140 Familias con hijos con y sin TDAH.

Figura 19.- Muestra el porcentaje de padres de Familia que se dedican a labores del hogar con mayor porcentaje en hijos sin TDAH con un 27% y 32% seguidos de la clase Obrera con un 16%

con hijos sin TDAH y 11% con hijos con TDAH encontrando en igual porcentaje en **Empleados con un 7% ambos casos (con y sin TDAH).**

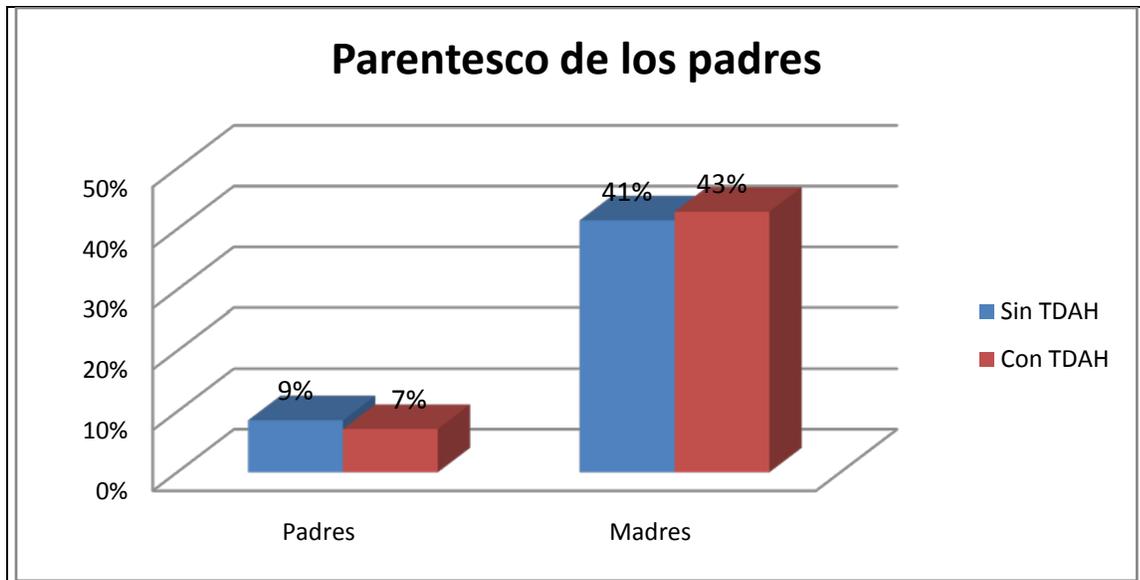


Figura No 20 Parentesco de los Padres Fuente Encuestas de 140 familias con hijos con y sin TDAH.

Figura 20.- Muestra el porcentaje mayor en el número de madres con hijos sin TDAH con un 41% y madres con hijos con TDAH con un 43% siendo estas casi similares en cuanto a porcentaje en lo que respecta al porcentaje de Padres el número fue menor con un 9% en padres con hijos sin TDAH en comparación con un 7% con hijos con TDAH.

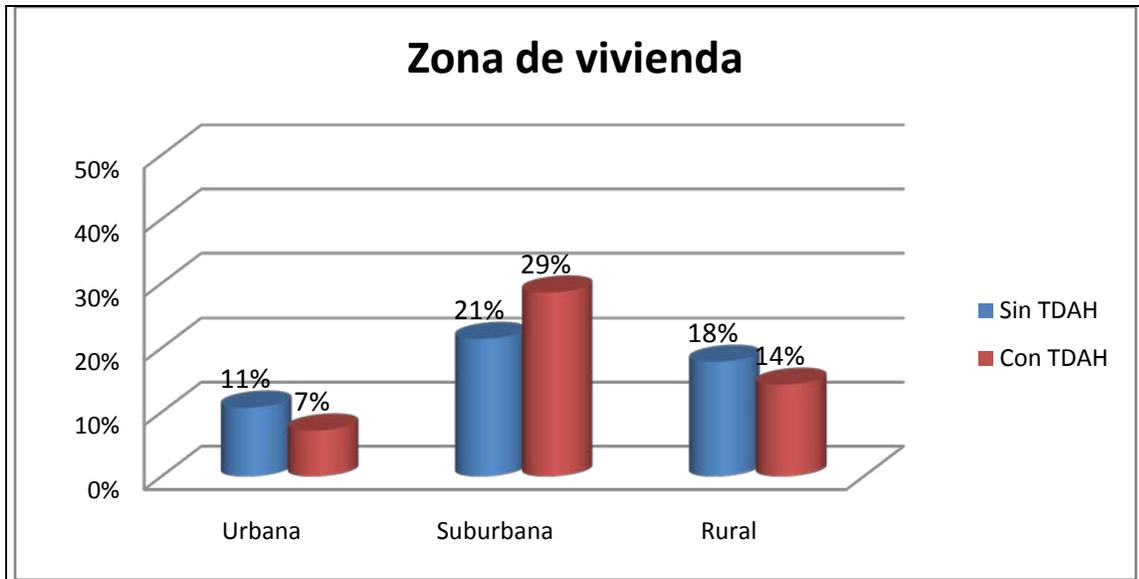


Figura No 21 Zona de Vivienda Fuente: Cuestionario anexo a encuestas de 140 familias con hijos con y sin TDAH.

Figura 21. Muestra los porcentajes obtenidos de las familias con hijos con y sin TDAH donde se encuentra mayor numero en las familias de zona Suburbana con 21% en familias con hijos sin TDAH y 29% en Familias con hijos con TDAH, seguidas de la zona rural sin TDAH 18% y con TDAH 14% y en número menor zona Urbana sin TDAH 11% y /% con TDAH.

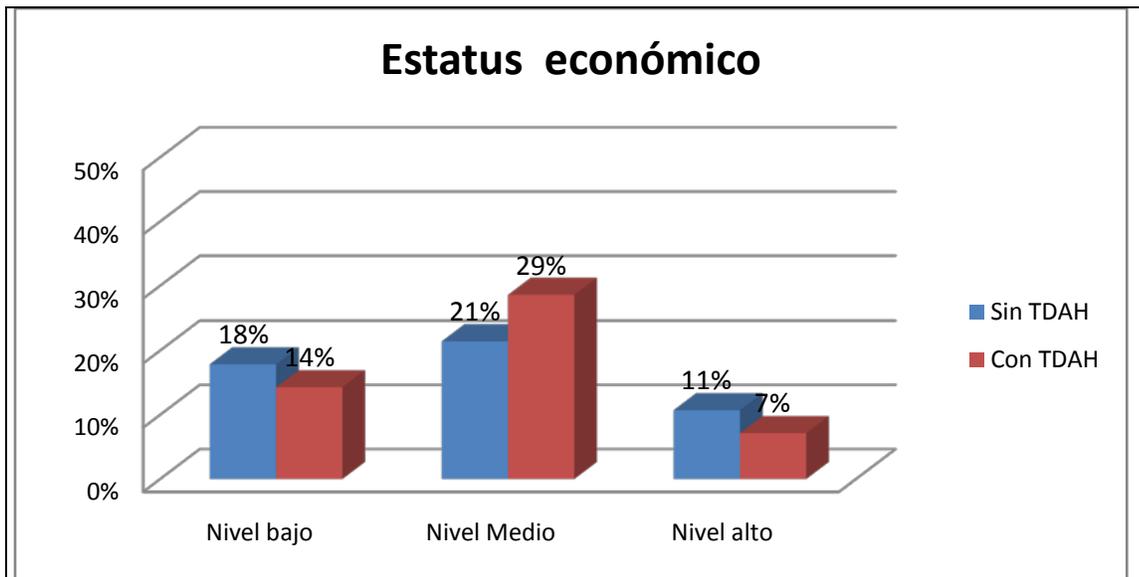


Figura No 22 Estatus Económico Fuente: Cuestionario anexo a Encuestas de 140 Familias con hijos con y sin TDAH.

En la Figura No 22.- Nos muestra el Estatus Económico de las familias con hijos con y sin TDAH donde predominaron en mayor porcentaje las familias de Nivel medio con un 21% con hijos sin TDAH y 29% con hijos con TDAH seguidas de las familias de nivel bajo con un 18% con hijos sin TDAH y 14% con hijos con TDAH por ultimo fueron las de nivel alto con un porcentaje menor del 11% en familias con hijos sin TDAH y 7% con hijos con TDAH.

Faces III comparativo

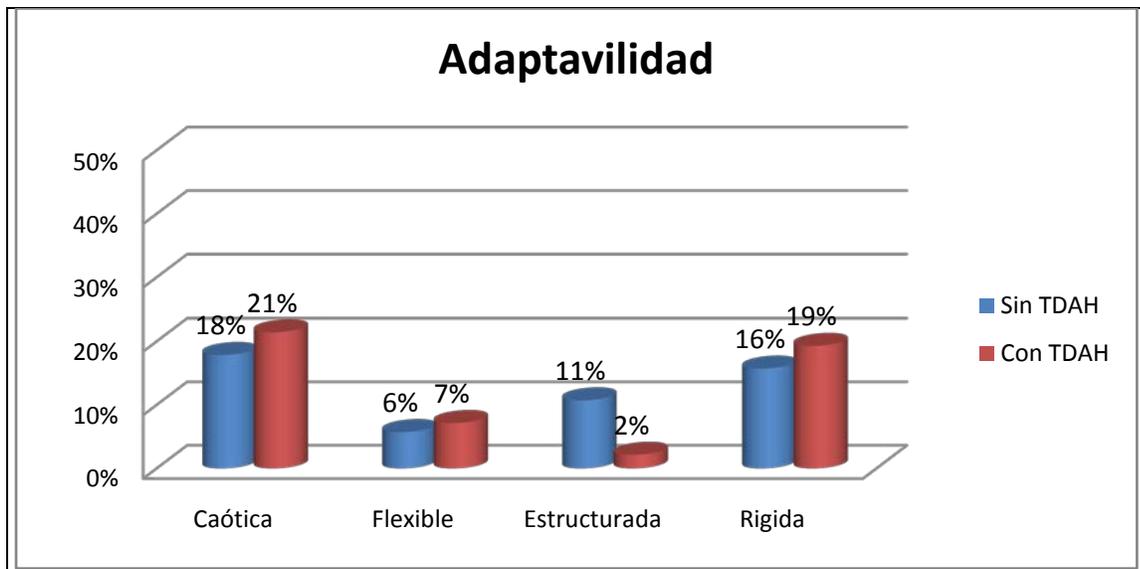


Figura No 23 Adaptabilidad de familias con hijos con y sin TDAH Fuente : Fase III

La Figura 23.- Muestra la Adaptabilidad de las familias encuestadas en forma comparativa con hijos con y sin TDAH en esta grafica se encuentran en mayor porcentaje las familias Caóticas donde se obtuvo un 18% en Familias con hijos sin TDAH y 21% en familias con hijos con TDAH, seguidas de las familias Rígidas con un porcentaje de 16% con hijos sin TDAH y 19% con hijos con TDAH en un número menor de porcentaje fueron las familias Estructuradas con hijos sin TDAH 11% y un mínimo del 2% con hijos con TDAH y las familias flexibles obtuvieron 6% con Hijos sin TDAH y 7% con hijos con TDAH siendo estas últimas casi parecidas en cuanto a su porcentaje.

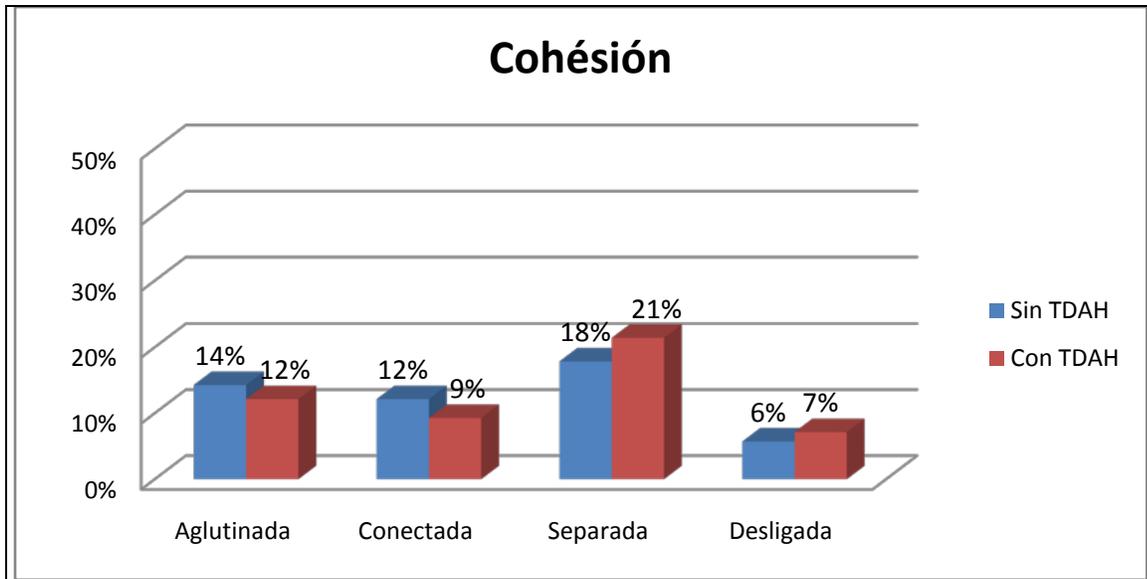


Figura No 24 Cohesión de Familias Fuente : Fase III

Figura 24.- Nos muestra la cohesión de las familias encuestadas en forma comparativa con hijos con y sin TDAH donde se obtuvieron mayor porcentaje las familias separadas con un 18% con hijos sin TDAH y 21% con hijos con TDAH, seguidas de las familias Aglutinadas con 14% con hijos sin TDAH y 12% con hijos con TDAH , familias Conectadas con 12% con hijos sin TDAH y 9% con hijos con TDAH y en menor porcentaje las familias Desligadas con un porcentaje casi igual del 6% con hijos sin TDAH y 7% con hijos con TDAH.

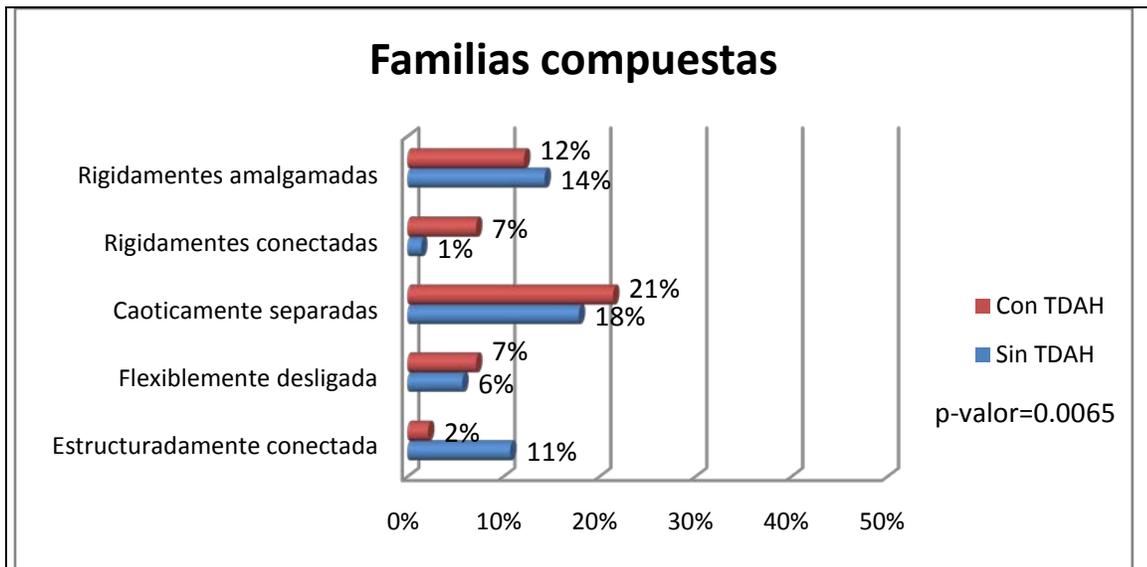


Figura No 25 Familias Compuestas fuente Fase III

La Figura 25. - Muestra la comparación y los porcentajes de las familias compuestas con un mayor porcentaje en las familias Caóticas-Separadas con hijos sin TDAH 21% y con hijos con TDAH 18% seguidas de las familias Rígidamente –Amalgamadas con hijos sin TDAH 14% y con hijos con TDAH 12% seguidas de las familias Estructuralmente- Conectadas con hijos sin TDAH 11% y con hijos con TDAH 2% así como las familias Flexibles-Desligadas con un 6% con hijos sin TDAH y 7% con hijos con TDAH con un porcentaje menor las familias Rígidamente- Conectadas con un porcentaje de 1% con hijos con TDAH y con hijos con TDAH 7% .

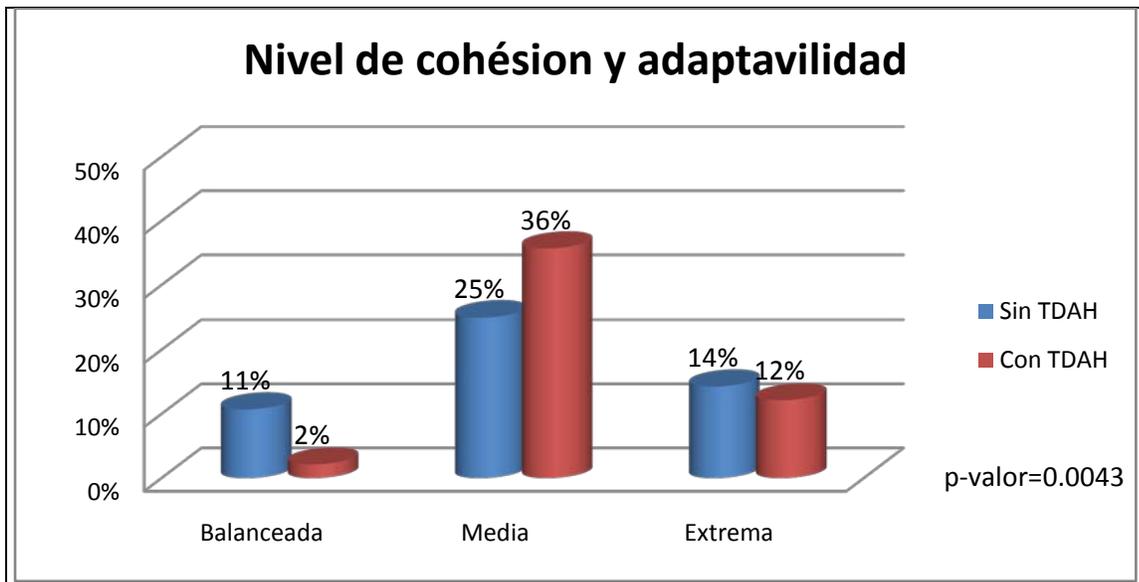


Figura No 26 Nivel de Cohesión y Adaptabilidad en forma comparativa en familias con hijos con y sin TDAH Fuente Chi Cuadrada.

Ejemplo en la figura No 26.-las familias estructuralmente conectadas hay más en familias con niños sin el TDAH con 11% que con familias con niños con TDAH con tan solo 2%. Se aplicó una prueba Chi-cuadrada para ver dependencia entre las variables y el valor de p-valor es significativo pues es menor a 0.05 por lo cual las variables son dependientes lo que nos dice que posiblemente que en las familias que no presentan niños con TDAH se espera que sean más estructuralmente conectadas.

ESCALA DE OLSON

MODELO CIRCUNFLEJO DE OLSON PACIENTES EN GENERAL

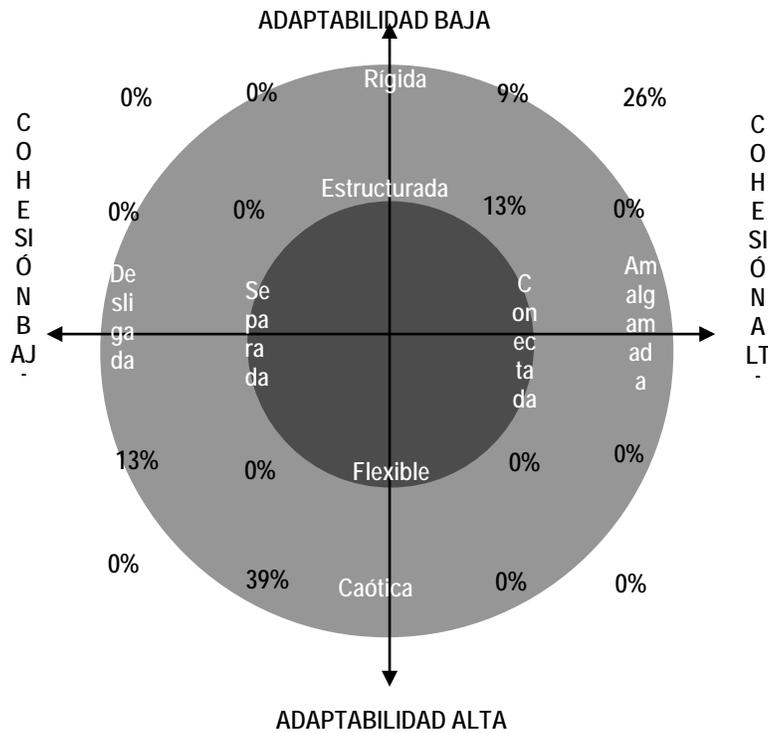


Figura No 27.- El Modelo circunflejo de Olson Nos muestra cómo se distribuyen las familias en su nivel de Adaptabilidad y Nivel de Cohesión las más cercanas al centroide se esperan que se encuentren mejor entre ellas, por lo que podemos decir que solo el 13% de las familias se encuentran bien y 9% y 26% y 39% que suman 74% se encuentran bajas en Adaptabilidad y cohesión pues están alejas del centroide.

MODELO CIRCUNFLEJO DE OLSON PACIENTES CON TRANSTORNO TDAH

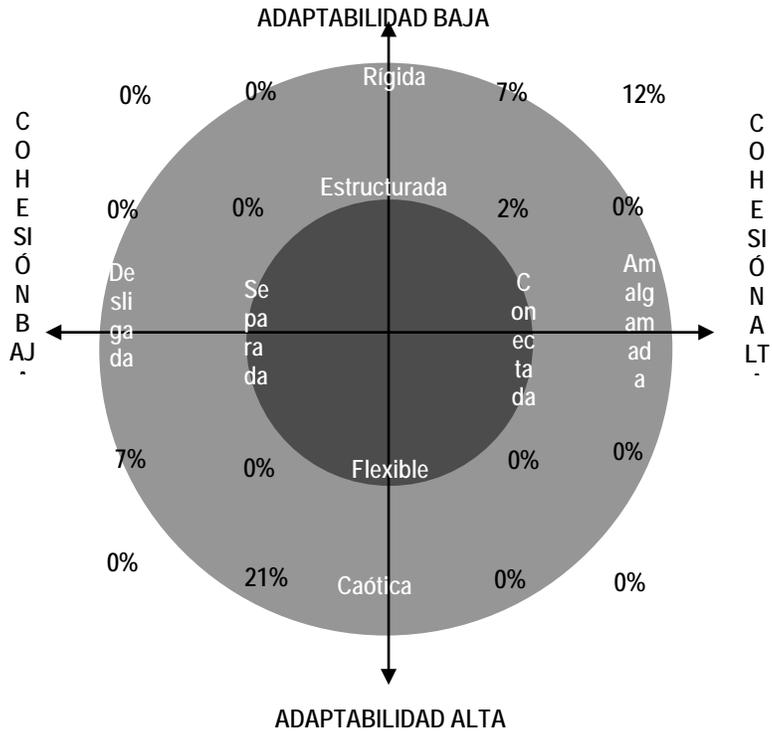


Figura No 28.- En esta figura Muestra el Modelo Circunflejo de Olson que los pacientes con TDAH el 2% de las familias se encuentran bien y comparadas con el 21 %, 12%, 7% y 7% suman 47% se encuentran bajas en adaptabilidad y cohesión pues están alejadas del Centroide.

MODELO CIRCUNFLEJO DE OLSON PACIENTES SIN TRANSTORNO

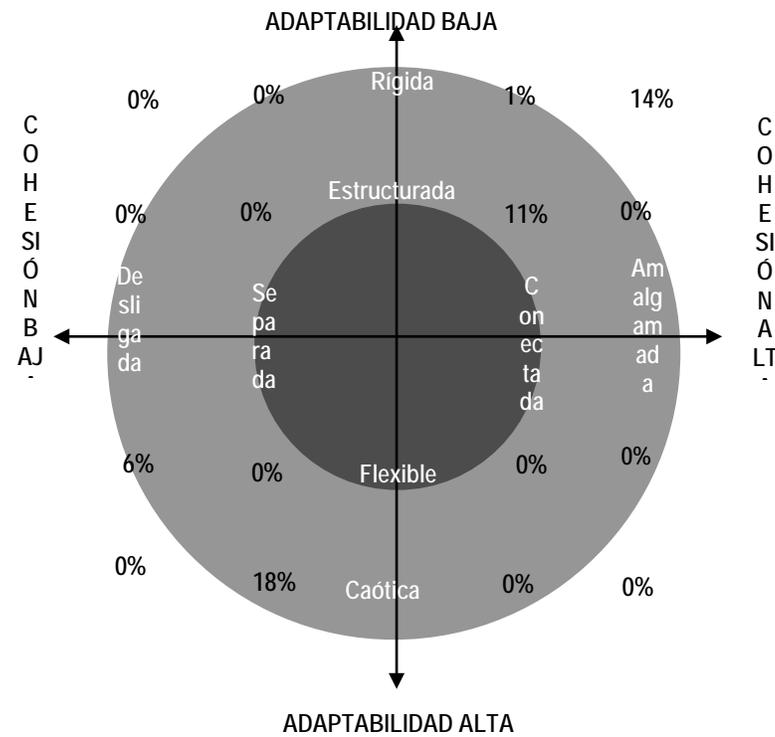


Figura No 29.- En esta Figura, nos muestra Según el Modelo Circunflejo de Olson , que el 11% de las familias con hijos sin TDAH se encuentran bien y que el 18%,14%,6%,y 1% que suman el 39% Se encuentran bajas en Adaptabilidad y Cohesión ya que se encuentran alejadas del centroide.

RESULTADOS:

De nuestros casos tomados en control para la realización de las encuestas en total fueron 140 familias de las cuales obtuvimos 75 niñas con el (54%) y 65 niños con el (46%) donde predominaron más niñas que niños de los cuales del sexo femenino el 28% no presentan tdah y 26 % presentan TDAH. Con respecto a las edades de los niños en este trabajo se encontraron más casos en las edades de 7 años con 10% en los casos de TDAH y 7% sin TDAH y siendo menor en porcentaje de la edad de 1 año fueron sin TDAH 4% y con TDAH, 3% en las edades 2,3,4,5,6, se encuentran con porcentajes similares entre 8 y 9 % .

de los padres encuestados Prevalcieron más mujeres siendo estas madres con 118 con el 84% siendo 41 % con hijos sin TDAH y 43% con hijos con TDAH padres con 22 casos con el 16% , en lo que respecta a la edad de los padres se observaron un número mayor de casos entre las edades de 31 a 40 años siendo 76 casos con 26% con hijos sin TDAH Y 29% con hijos con TDAH y en un porcentaje menor en las edades de 20 a 30 años con el 35% y de 41 a más con el 11% . En cuanto al estado Civil de los padres 50% de la población estudiada, fueron casados de los cuales 34% fueron con hijos sin TDAH y 16% con Hijos con TDAH, Unión libre alcanzó el 42% con padres con 16% con hijos sin TDAH y 26% con hijos con TDAH, de casos de los solteros con el 8% con 1% sin hijos con TDAH y 7% con Hijos con TDAH. En cuanto a Ocupación predominaron más los padres dedicados a Labores del hogar fueron el 59%, Obreros 27%, Empleados 14% con 7%. En cuanto a la Zona de vivienda se encontraron en este estudio un 50% de la Zona Suburbana y un 32% Zona Rural con un mínimo de 18% zona Urbana.

En cuanto al Estatus económico de nivel Medio encontramos 50% seguidas del nivel bajo con un 32% y Nivel alto con el 18%

En cuanto a resultados de cohesión y adaptabilidad familiar encontramos un mayor número de familias caótica –separadas con 55 casos 39% y en segundo lugar familias, rígidas- amalgamadas con 37 casos 26%. Seguidas de las Flexibles-deslindadas 18 casos 13% y estructuralmente conectadas con 18 casos también con el 13% de los cuales 15 casos con hijos no presentaron TDAH y 3 casos con hijos si presentaron TDAH las familias rígidamente conectadas con 12 casos 9%. Por lo que el nivel de cohesión y adaptabilidad en global de las familias con y sin hijos con tdah fueron Media con el 61%, Extrema con el 26% y Balanceada con el 13%.

De los cuales el grupo mayor de familias con hijos y sin hijos con tdah, se encontraron en nivel medio fueron 70 50% de los casos seguidas de nivel bajo que fueron 45 (32%) de los casos y nivel alto con 25 familias con (18%) de los casos.

En la Familia estructurada- conectada no presenta TDAH debido a que hay **15** casos que no presentan TDAH y **3** casos que presentan TDAH. D esto se debe a que este tipo de familias son integradas en su núcleo y llevan una buena relación entre ellos, por lo cual se lleva un mejor control si se presentara un caso como se presentó en la figura 25.

Las familias Estructuralmente conectadas fueron mejor en las familias con hijos Sin TDAH con un 11% con respecto a las familias con hijos que presentan TDAH con el 2%.

DISCUSIÓN:

En este trabajo se comparó la cohesión y la adaptabilidad de las familias con hijos con trastornos del déficit de atención y de las familias que tienen hijos sin este padecimiento, así también variables de las familias como son: Edo civil de los padres, nivel socioeconómico, Sexo, tanto de padres e hijos Cohesión y adaptabilidad de las familias, encontrando en este trabajo que los niños presentan más el padecimiento que las niñas.

El instrumento de medición y escala de evaluación (FASE III), utilizado para determinar la cohesión y adaptabilidad familiar, es uno de los estudios más confiables para llevar a cabo este tipo de evaluación. ⁽³²⁾.

Por lo que se encontró el modelo circunflejo de Olson que representan como están repartidas las familias de manera en general con mayor Adaptabilidad, las familias Estructuras con el 13% seguidas de las rígidas 9% y caóticas 39% seguidas de las deslindadas 13% y Amalgamadas 26%. Siendo mejores o balanceadas aquellas que se encuentren lo más cercanas al centroide, mientras aquellas familias que se encuentren peor o Extremas, aquellas que se encuentren más alejadas o a la periferia.

En este estudio se encontró que las familias con los que padecen TDAH y aquellos que no se encuentran muy parecidas entre ellas, destacando que en el modelo se tiene más porcentaje de familias balanceadas en los niños que no padecen TDAH es decir 11% comparado con el 2% de aquellos que presentan.

Algunos investigadores encuentran asociación positiva entre el TDAH y el índice de clase social baja, familia amplia, criminalidad paterna, trastorno mental materno acogimiento no familiar del niño, estos factores tienden a aparecer como predictores universales de adaptabilidad y conflictos familiares y salud pública. ⁽³³⁾

Ningún estudio hasta la fecha ha logrado establecer que factores psicosociales (únicos o múltiples) son causa directa de tdah, sin embargo la adversidad psicosocial.

Involucra diversos elementos como pobreza, abuso, abandono, enfermedad mental en los padres.

Lo anterior influye sobre la severidad en los síntomas sobre todo en aquellos que existe comorbilidad con ansiedad, depresión o trastornos de conducta, por lo que estos se asocian como consecuencia del cuadro clínico que presentan los pacientes con TDAH.⁽³⁴⁾

En el presente estudio se encontró que del grupo de familias encuestadas se encontraron más casos de TDAH en niñas que en niños, siendo encuestadas más madres que padres, por lo que predomino el grupo de padres dedicados a labores del hogar, predominado las familias de clase media seguidas de las familias de clase baja y un número menor de familias de clase alta.

En las familias encuestadas de los dos grupos tanto de niños con trastornos del déficit de atención así como las familias con hijos sin dicho trastorno, predominó la cohesión y la adaptabilidad familiar con 61% Media, Extrema con el 26% y Balanceada con el 13%, del grupo de Familias compuestas se encontró, Caóticas-Separadas 39%, seguidas de las familias Rígidamente-Amalgamadas 26%,

flexibles-deslindadas 13%, estructuradas-conectadas13%, Rígidamente-Conectadas 9%.

Existen pocos estudios que hablen de la relación de la cohesión y adaptabilidad familiar los estudios que se encuentran hablan sobre el TDAH en comorbilidad con otros padecimientos ejemplo: revista de neurología 2003 comorbilidad del déficit de atención/hiperactividad funcionalidad Familiar por J. Artigas –Pallares.⁽³⁵⁾

Impacto familiar de los niños con tdah subtipo combinado efectos y problemas de conducta, revista de Neurología 2006.⁽³⁶⁾

El año pasado se realizó un estudio piloto en el hospital de Orizaba Ver, con el título de funcionalidad Familiar del niño (a) con diagnóstico de Trastorno del déficit de atención e Hiperactividad donde se obtuvieron los siguientes resultados:

Se encontró que la funcionalidad familiar alta contra la moderada (OR: 0.56; IC 0.02-7.27; p=0.6270) y la funcionalidad familiar alta contra el resto (OR: 1.69; IC 0.23-12.52; p=0.5470), ninguno fue estadísticamente significativo. Concluyendo que La prevalencia encontrada fue mayor a la reportada por la literatura científica, la comparación del riesgo no tuvo significancia estadística.

CONCLUSIONES:

En este estudio la cohesión y adaptabilidad familiar y la relación con TDAH es significativa porque el p-valor es menor a .05, en la familia Estructurada-Conectada no se presentó mayor cohesión y adaptabilidad debido a que hay 15 casos que no presenta tdah y 3 casos que presenta tdah, debido a que este tipo de Familias son integras en su núcleo y llevan una buena relación entre ellos, Por lo cuales lleva un mejor control y manejo con sus hijos con tdah.

El nivel socioeconómico si está en relación con el buen manejo y control en niños con TDAH, debido a que los ingresos económicos y la accesibilidad de sus casas a sus clínicas de adscripción y hospitales son determinantes para un buen control y seguimiento de sus hijos como el conocimiento de padecimiento por parte de los padres ya que de ello depende que la familias se encuentren más involucradas en el bueno control de sus hijos con tdah, en comparación con las familias que no tienen hijos con este padecimiento. Se propone que se difunda información a la población en general derechohabiente sobre los factores de riesgo en trastorno de déficit de atención e hiperactividad para conocer sobre la enfermedad y organizar grupo de autoayuda para identificar oportunamente a los niños con tdah y ofrecerles atención integral con el equipo multidisciplinario de la UMF No 61.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edición. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000.
2. Cruz LE, Ramos A, Gutiérrez MF, Gutiérrez DE, Márquez AV, Ramírez DC, et al. Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares de tres poblaciones del estado de Jalisco. Rev Mex Neuroci, 2010;11(1): 15-19.
3. Pablo Antonio Thalassinós .Trastornos del déficit de Atención de interés Americans Psychiatric association (2009) Diagnostic and Statistical Manual Org Mental Disorders (4th ed.,) Washington, DC Autor.
4. Mentiras hay vida hay esperanza: Cohesión y Adaptabilidad Familiar Enero 2012.
5. Barbaressi WJ, Colligan RC, Weaver AL, Voigt RG, Killian JM, Katusic SK. Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: a prospective study. Pediatrics. 2013; 131:637-44.
6. Merikangas KR, He JP, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. Pediatrics.2010; 125:75-81.

7. Visser SN, Danielson ML, Bitsko RH, Holbrook JR, et al. Trends in the parent-report of the health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003-2011. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014; 53:34-46.

8. Cruz LE, Ramos A, Gutiérrez MF, Gutiérrez DE, Márquez AV, Ramírez DC, et al. Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares de tres poblaciones del estado de Jalisco. *Rev Mex Neuroci*, 2010;11(1): 15-19.

9. Walkup JT, Stassel ML, Rendleman R. Beyond rising rates: Personalized medicine and public health approaches to the diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014; 53:14-6.

10. Sánchez-Reyes A, González-Pedraza A. Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada en los pacientes Diabéticos. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgico* Vol. No 16 Núm. 2 de abril-junio 2011.

11. Rivera LA, Martínez R, Ortiz AB, Ramírez AD, Puente C, Ramírez MA, et al. Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en niños de edad preescolar en San Luis Potosí. *Rev Mex Neuroci* 2009; 5:462-468.

12. Polanczyk G, Silva M, Lessa B, Bierderman J, Rohde L. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatric* 20012:164:6:942-948.
13. Fernández- Mayoralas D.M. Fernández-Jaén .A trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad. *Acta Pediátr.Esp.* 2010; 68859 227-234.
14. Barbaressi WJ, Colligan RC, Weaver AL, Voigt RG, Killian JM, Katusic SK. Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: a prospective study. *Pediatrics.* 2013; 131:637-44.
15. Ruiz M, Saucedo J. El trastorno por déficit de atención a lo largo de la vida. México, DF. Alfile; 2012
16. Enfermedades y Trastornos del déficit de atención e hiperactividad. *El Mundo,* es Agosto 2010.
17. Palacios L, De la Peña F, Valderrama A, Patiño R, Calle SP, Ulloa RS. Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental* 2011, 34:2:149- 155.
18. Ferreira G, Augusto L, Shmitz M. Are family variables associated with ADHD, inattentive type A, case-control study in schools *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2011)20:137-145

19. Barbaressi WJ, Colligan RC, Weaver AL, Voigt RG, Killian JM, Katusic SK. Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: a prospective study. *Pediatrics*. 2013; 131:637-44.
20. Wolraich ML, Mc Keown RE, Visser SN, et al. The prevalence of ADHD: its diagnosis and treatment in four school districts across two states. *J Atten Disord*. 2012: [Epubahead of print].
21. Hiperactividad Infantil. W, Hiperactividad Infantil.com/ 13 de Diciembre 2011.
22. Instituto Nacional de Geografía y Estadística 2010.
23. Ruiz M, Saucedo J. El trastorno por déficit de atención a lo largo de la vida. Mexico, DF. Alfile; 2012.
24. Fletcher, JM 2013. The effects of childhood ADHD on adult labor market outcomes. The National Bureau of Economic Research. Ver p, 73 News 2013.
25. Lichtenstein P, Halldner Zetterqvist J, Sjolander A ET al2012. Medication for attention-deficit/hyperactivity disorder and criminality. *N Eng. J Med*. 2012; 367:2006-14.
26. Ponce- Rosas ER, Gómez clavelina FJ Irigoyen -Coria A, Terán-Trillo M, Landgrave-Ibáñez S, Hernández –Gómez A, Montesinos-Guerrero M, Hernández – Soto M. Análisis de confiabilidad Fase III. *Aten Primaria* 2010; 23:479-484.

27. Chang Z, Lichtenstein P, Asherson PJ, Larsson H 2013. Developmental twin study of attention problems: high heritability throughout development. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70:311-8.
28. Joffre VM, García G, Martínez G. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Un estudio descriptivo en niños mexicanos atendidos en un hospital psiquiátrico. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2011, 64:153-160.
29. Schmidt V, Barreyro J.P., Maglio A.L. Escalera de evaluación del funcionamiento Familiar Fase III: Modelo de dos o tres Factores. *Escritos de Psicología* Vol. 3. No 2, pp 30-36. Abril 2010.
30. Mentiras hay vida hay esperanza: Cohesión y Adaptabilidad Familiar Enero 2012.
31. Norma oficial mexicana nom-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
32. Ponce- Rosas ER, Gómez clavelina FJ Irigoyen -Coria A, Terán-Trillo M, Landgrave-Ibáñez S, Hernández -Gómez A, Montesinos-Guerrero M, Hernández – Soto M. Análisis de confiabilidad Fase III. *Aten Primaria* 2010; 23:479-484.
33. Enfermedades y Trastornos del déficit de atención e hiperactividad. *El Mundo*, es Agosto 2010.

34. Hodgkins P, Eugene L, Shaw M, Caci H, Kahle J, Woods AG, et al. A systematic review of global publication trends regarding long-term outcomes of ADHD. *Frontiers in Psychiatric* 2012:2.

35.-J.Artigas-Pallares, Comorbilidad del déficit de atención/hiperactividad, revista de Neurología 2003; 36:68-0, PMID: 12599106.

36.- M.J. Presentación-Herrero a, R. García-Castellar a, A. Miranda-Casas b, R. Siegenthaler-Hierro a, P. Jara-Jiménez a, Impacto familiar de los niños con tdah subtipo combinado efectos y problemas de conducta, revista de neurología 2006; 42(3):137-143.

CALIFICACIÓN

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

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

COHESIÓN	CALIFICACIÓN
Desligada	10-34
Separada	35-40
Conectada	41-45
Amalgamada	46-50

ADAPTABILIDAD	CALIFICACIÓN
Rígida	10-19
Estructurada	20-24
Flexible	25-28
Caótica	29-50

BALANCEADA	MEDIO	EXTREMO
Flexiblemente separadas Flexiblemente conectadas Estructuralmente separadas Estructuralmente conectadas	Flexiblemente desligadas Flexiblemente amalgamadas Caóticamente separadas Estructuralmente desligadas Estructuralmente amalgamadas Rígidamente separadas. Rígidamente conectadas.	Caóticamente desligadas Caóticamente amalgamadas Rígidamente desligadas Rígidamente amalgamadas.

ANEXOS:

FASE III

1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 ALGUNAS VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
------------	--------------------	-----------------------	----------------------	--------------

Describe a su Familia:

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

Cuestionario Anexo:

1.- nombre:

2.- parentesco con el niño:

3.- estado civil:

4.- edad: sexo:

5.- domicilio

6.- ocupación

7.- ingresos económicos mensuales

8.- estatus económico:

Familia nivel bajo

familia de nivel medio

familia nivel alto

9.- casa habitación:

Madera piso de tierra:

Concreto con teja piso de tierra:

Concreto piso de cemento:

10.- servicios con que cuenta:

11.-zona urbana suburbana rural o campo.

12 .- antecedentes gineco-obtetricios de la madre.

13.-antecedentes heredo- familiares



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION E INVESTIGACION
Y POLITICAS DE SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

Nombre del estudio: COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN FAMILIAS CON NIÑOS CON Y SIN TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Lugar y fecha: Estudio a efectuarse en la UMF número 61

Número de registro _____

Justificación y objetivo del estudio.- Enfermedad crónica la cual de no ser diagnosticada oportunamente ocasiona disfunción familiar

Procedimientos: Ninguno

Posibles riesgos y molestias: Ninguna

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Brindar apoyo, confidencialidad tanto al paciente como a su grupo familiar explicando el padecimiento posibles complicaciones, tratando de explicar mitos entorno a la enfermedad, tratando de evitar así cambios y alteraciones en la dinámica familiar.

Información sobre resultados y alternativas en el tratamiento: No aplica

Participación o retiro: En caso de aceptar se le aplicará el instrumento de evaluación FASESIII

Privacidad y confidencialidad: Absoluta con la elaboración del consentimiento informado

En caso de colección de material biológico (si aplica)

_____ No autorizo que se tome la muestra

_____ Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio

_____ Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y para estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derecho habiente (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio: Conocer la existencia de las alteraciones de la dinámica familiar e iniciar terapia a todo el grupo familiar y brindar desde un inicio apoyo y confidencialidad.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio dirigirse con el investigador responsable: Dra. Mayte Hernández Valdés o a la comisión de ética e investigación la CNIC del IMSS. Teléfono (55) 56276900

Investigador responsable: Dra. Mayte Hernández Valdés

Colaboradores: Dra. Ana Silvia Sabido Sigler, Dr. Rafael Rodríguez Castellanos.

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 4º. Piso Bloque "B" dela unidad de congresos; Colonia Doctores: México DF CP. 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx.

Dra. Mayte Hernández Valdés _____
Nombre y firma del Médico

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo

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.

En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la comisión nacional de investigación científica.