



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 94

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PRESENCIA DE UN MIEMBRO CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Angélica Esquivel Treviño

Médico Residente de Tercer año en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 IMSS

Matrícula: 99357378

Calle Toltecas 166 Edificio G Departamento 402 Colonia Carola

angelicaet22@yahoo.com.mx

Teléfono: 11623942

TUTOR DE TESIS:

Rodrigo Villaseñor Hidalgo

Médico Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 IMSS

Matrícula: 99366361

Domicilio: Camino Viejo a San Juan de Aragón No. 235

Colonia Ampliación Casas Alemán

Correo electrónico: rodriguin60@hotmail.com

Teléfono: 57672977 Extensión: 21465

Ciudad Universitaria, Ciudad de México 2016



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.

II. AUTORIZACIONES

Dr. Juan Antonio García Bello

Coordinador Delegacional de Investigación en Educación en Salud

Dr. Humberto Pedraza Méndez

Coordinador Delegacional de Educación en Salud

Dr. Ángel Carvajal Suarez del Real

Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 94

Dr. Luis Álvaro Nogales Oseguera

Coordinador Clínico Educación Investigación

Dra. Esther Azcarate García

Profesor del Curso de Especialización en Medicina Familiar en UMF 94 IMSS-UNAM

III. AGRADECIMIENTOS:

Un agradecimiento especial para mi asesor de tesis el Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo y a la Dra. Esther Azcarate García por su apoyo en este camino que elegí y por orientarme en todo momento.

A mi familia que sin ellos no estaría justo en este lugar, ni logrando mis metas, gracias al apoyo de mis padres Alma Treviño García y José de Jesús Esquivel Rodríguez por alentarme a seguir a pesar de tener ganas de tirar la toalla, por darme las armas para continuar y por ayudarme a cuidar a lo más importante de mi vida, mi hijo Leonardo, gracias por ser parte de mi vida y de mi sueño.

Gracias a mi marido Luis Manuel Hernández Manrique por caminar conmigo y vivir esta aventura a pesar de todos los obstáculos que se nos han presentado, gracias por tu apoyo en los momentos difíciles y un especial agradecimiento a mi motor en toda esta aventura, a mi hijo Leonardo Hernández Esquivel que ha tenido que soportar estar lejos de su mamá, que ha entendido que no esté con el todo el tiempo y que me ha dado palabras de apoyo las cuales me han ayudado a seguir y a recordar las cosas importantes que hay en la vida agradezco infinitamente que sea mi hijo, el llegar cansada y ver esa hermosa sonrisa era lo que me alentaba a seguir día a día, te amo con todo mi corazón, gracias por compartir conmigo este sueño mi corazón chiquito.

Y claro cómo olvidar agradecer a mis amigos en este trayecto que me ayudaron a que esto fuera más divertido y se volvieron como mi familia, gracias por haberlos puesto en mi camino, gracias a Nelly Gutiérrez Aguilar, Viridiana Martínez Rosas, Gloria Burgos Guzmán, Claudia Martínez Maldonado, David Narváez Murillo, Isabel Vega Maldonado, Magdalena Pérez Zaragoza, Karla Jiménez, Argelia González Rodríguez, Carmen Vázquez.

Y gracias a Dios por ayudarme a concluir mi meta y darme la fuerza para continuar y ver la vida de manera positiva.

IV. INDICE

I.	Portada	1
II.	Autorizaciones	2
III.	Agradecimientos	3
IV.	Índice	4
V.	Resumen	5
VI.	Marco Teórico	6
VI.I.	Introducción	6
VI.II.	Historiales	6
VI.III.	Antecedentes Históricos	21
VII.	Planteamiento del Problema	22
VIII.	Pregunta de Investigación	22
IX.	Justificación	23
X.	Objetivos del Estudio	23
XI.	Expectativa Empírica	24
XII.	Variables	24
XIII.	Diseño de Estudio	25
XIV.	Procedimiento para Integrar la Muestra	25
XV.	Procedimiento para Recabar los Resultados	25
XVI.	Tamaño de la Muestra	25
XVII.	Programa de Trabajo	26
XVIII.	Criterios de Inclusión	26
XIX.	Criterios de Exclusión	26
XX.	Criterios de Eliminación.....	26
XXI.	Instrumento	26
XXII.	Análisis Estadístico	26
XXIII.	Consideraciones Éticas	27
XXIV.	Recursos	27
XXV.	Resultados	28
XXV.I.	Tablas, cuadros y gráficas	29
XXVI.	Discusión	37
XXVII.	Conclusión	38
XXVIII.	Recomendaciones	39
XXIX.	Bibliografía	40
XXX.	Anexos	42

V. FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PRESENCIA DE UN MIEMBRO CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD

Villaseñor-Hidalgo R ¹ Esquivel-Treviño A ²

Antecedentes: el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una de las primeras causas de consulta por las cuales acuden de los niños a clínicas de psiquiatría, de manera desafortunada en nuestro país se diagnostica de forma tardía, generalmente por falta de información acerca de este padecimiento. Estos niños se tipifican de ser muy inquietos y desobedientes, y por recibir tratamiento tardíamente tienen diversos problemas en cuanto a su desarrollo, lo cual puede originar alteraciones en la dinámica familiar. Los factores familiares no se consideran como la causa original del TDAH, pero se cree que mantienen e incluso amplifican la sintomatología en la evolución de la enfermedad.

Objetivo: determinar la funcionalidad familiar en presencia de un miembro con trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Material y Métodos: es un estudio observacional, descriptivo, prolectivo y transversal en una unidad del primer nivel de atención en familias que tienen a un miembro con TDAH investigando la funcionalidad familiar por medio del instrumento FACES III que evalúa la cohesión y adaptabilidad de las familias. Se utilizará estadística descriptiva y se mostrarán los resultados en cuadros y figuras.

Recursos del estudio: áreas físicas de la unidad médica, los materiales (papelería) y financieros son a cargo del investigador.

Tiempo de desarrollo: 9 meses.

Resultados. De acuerdo a los resultados expresados ante la realización del FACES III y la aplicación del Modelo Circunflejo, observamos que la funcionalidad familiar de las familias participantes fue del 20% para una familia funcional, en tanto que el 80% restante resultaron como familias no funcionales.

Conclusión. Se habla mucho acerca de si la disfunción familiar es un factor predisponente para la presentación del TDAH; a pesar de que nuestro estudio refleja la asociación existente entre estas dos variables, se han publicado otros estudios en los cuales no deja claro si la disfunción observada es causada por tener un niño con TDAH en la familia o los problemas de conducta del niño son causados por la disfunción familiar, de hecho en un estudio realizado por Montiel Nava, menciona que la disfunción familiar es mayor para los padres de niños con TDAH que para los padres de los niños sin el trastorno, por lo que estos mismos resultados son los que nos obligan a pensar a futuro en la realización de más estudios concluyentes.

Palabras clave: trastorno de déficit de atención e hiperactividad, funcionalidad familiar.

1. Médico Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 94 "Aragón" IMSS.

2. Residente de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 94 "Aragón" IMSS.

VI. MARCO TEÓRICO

VI.I. INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un padecimiento que en los últimos años ha adquirido relevancia, ya que se presenta hasta en la mitad de los niños que acuden a consulta en clínicas de psiquiatría.

Se sabe que el TDAH inicia desde la infancia y desafortunadamente en nuestro país se diagnostica en la mayoría de los casos de manera tardía, ya que es poca la información que se difunde acerca de este padecimiento.

Para la mayoría, tanto padres, familiares y maestros es solo un niño muy inquieto y desobediente, que al ser diagnosticado y tratado tardíamente le ocasionan problemas en cuanto a su desarrollo, sobre todo en las actividades académicas al ingresar a la escuela, ya que en muchas ocasiones no cuentan con las habilidades para comunicarse y convivir con sus compañeros y maestros de clase, se vuelven niños problemáticos, y esto a su vez provoca alteraciones dentro del ámbito familiar, lo que puede generar una disfunción familiar. En la mayoría de los casos el padre culpa a la madre de no educar a su hijo de manera adecuada, por otra parte, la madre lo culpa a él de no involucrarse en las actividades del menor, situación que se torna un círculo vicioso.

Es evidente que la familia ante la enfermedad modifica su dinámica, y en casos donde un miembro tiene TDAH es importante indagar la funcionalidad para identificar alguna alteración, lo cual puede ser un área de oportunidad para mejorar la evolución de todos los miembros.

VI.II. ANTECEDENTES

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno crónico del desarrollo que afecta aproximadamente a un 3-5% de los niños en edad escolar ¹. Aunque por el momento se desconocen sus causas, los estudios de genética realizados han proporcionado información sobre el importante papel que desempeñan los genes en el origen del trastorno ^{2,3}. Sin embargo, 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 actúan como un conjunto.

Numerosas investigaciones señalan que el contexto familiar tiene un papel fundamental en el curso del TDAH. Para los casos en que existe disfunción familiar, es una situación que puede constituir un factor de riesgo que interactúa con la predisposición del niño, y exacerbar la presentación de los síntomas y su continuidad ⁴. 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.

Se ha observado 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. Esto sugiere 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.^{5,6}

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, en comparación con los padres de niños sin TDAH.⁷

Tener un hijo con este trastorno genera sentimientos de ineficacia personal, estrés, frustración, enojo y rechazo, que afectan negativamente a la interacción que mantienen con sus hijos. 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.^{8,9}

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 trastorno¹⁰.

La conducta 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, entre otros). Asimismo, este incremento del estrés se asocia con frecuencia a respuestas negativas de los padres, que pueden empeorar la conducta del niño, incrementar los problemas psicológicos en los padres e incluso perjudicar las relaciones matrimoniales y familiares.

El lugar donde se recoge el mayor impacto del TDAH de los hijos es en la familia, esto se debe a que los comportamientos disfuncionales del menor afectan directamente al clima familiar.

Convivir con un menor con TDAH que manifiesta problemas de comportamiento y de rendimiento escolar no es una tarea sencilla, y ésta se complica aún más cuando alcanza la adolescencia.

Sin la ayuda de un profesional que ayude a los padres a enfocar y encaminar el caso y dotarles de estrategias de solución para el sistema familiar en el hogar, la situación puede llegar a deteriorar gravemente el vínculo afectivo de sus miembros, sobre todo de la pareja, es decir, el subsistema conyugal.¹¹

Familia

Aunque el término familia se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica y mayoritaria de la cultura de occidente. Conserva aún la responsabilidad de proveer miembros nuevos y funcionales a la sociedad, tras otorgarles el apoyo emocional y físico necesario. Por otra parte, la familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas y representa el fundamento lógico de todo desarrollo cultural.

Sin embargo, la naturaleza en la evolución de la familia en nuestra sociedad actual plantea la necesidad de un enfoque más amplio, definiendo entonces a la familia como un grupo social, organizado como sistema abierto, constituido por un número variable de miembros que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad.

Este grupo de individuos es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique, asimismo, es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso de salud-enfermedad.

Todas las funciones familiares están en la base de la salud del individuo y del grupo como un todo, en tanto garantizan el crecimiento, el desarrollo normal y el equilibrio emocional que sirven de apoyo para poder afrontar los problemas y crisis de vida.

La aparición de alguna enfermedad (aguda, crónica o terminal) puede representar una amenaza para la familia, por poder impactar tanto en la manera de funcionar como en su composición, por lo que se considera una crisis, en la que se debe restablecer la organización y adaptarse a esta nueva situación, de manera que la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando, al generar cambios en las interacciones familiares, los cuales no siguen un patrón específico por estar determinadas por diversas características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar, entre otros.¹²

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.

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.¹³

La atención familiar requiere un esfuerzo de investigación y valoración de la familia que permita intervenciones planificadas. La exploración familiar se dirige a identificar y valorar tanto el impacto que el problema del paciente tiene en la vida de los otros miembros del sistema familiar como las influencias que van a tener las relaciones entre ellos en el surgimiento y curso del problema.

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

Cuando la familia entra en crisis, todos sus miembros participan en ella, ya que no se percibe al principal sujeto implicado como un ser ajeno al sistema, y lo que se espera es una tendencia a mantener el equilibrio dentro del núcleo familiar. Cuando la crisis es a consecuencia de una enfermedad en algún miembro de la familia, este responde con base a las condiciones familiares que

se le presentan, y su tarea primordial es evitar el conflicto familiar desviando la atención a través de la enfermedad.¹⁴

La función familiar se integra por las tareas que les corresponden realizar a los integrantes de la familia como un todo. El cumplimiento de este elemento permite la interacción con otros sistemas sociales, y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional. Esto hace que la evaluación del grado de funcionalidad de un sistema familiar sea compleja, y no existen en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta, solamente se miden aspectos parciales de su función.

La evolución de la función familiar es relevante para la medicina familiar por ofrecer características específicas del núcleo familiar y que hacen la diferencia de lo que puede realizarse por otras disciplinas científicas para comprender el proceso de salud-enfermedad, por lo que tiene el propósito fundamental de comprender en forma integral el contexto en que se producen los problemas de cada paciente que acude a consulta y permite reorientar su tratamiento hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos de la visión biopsicosocial, una característica esencial de la atención en medicina familiar.

Con base en estos elementos se puede considerar que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones corresponde al estudio de la dinámica familiar.

Existen diversos instrumentos que pueden dimensionar el tipo de funcionalidad familiar, un instrumento de amplia utilidad que se enfoca en la evaluación de la cohesión y adaptabilidad de la familia es el FACES III, en el cual se efectúan 20 preguntas, asignando un valor del número 1 al 5, en donde 1 es nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre y 5 es siempre.

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

Con base a la cohesión, podemos discernir si una familia es no relacionada (10-34 puntos), semirrelacionada (35-40 puntos), relacionada (41-45 puntos) o aglutinada (45-50 puntos); respecto a la adaptabilidad, se puede obtener una familia rígida (10-19 puntos), familia estructurada (20-24 puntos), flexible (25-28 puntos) o caótica (29-50 puntos).

Estos elementos se posicionan en una tabla, donde las variables de adaptabilidad se encuentran en eje Y, y las de cohesión en el eje X, obteniendo una evaluación global de acuerdo a la intersección entre X y Y, integrando a la familia en balanceada, de rango medio y en extrema.

Este modelo propone que las dimensiones de adaptabilidad y cohesión presenten cuatro posibles grados o niveles, de los cuales los intermedios son normales o "balanceados", mientras que los más altos o los más bajos son "extremos".

Una familia funcional sujeta a eventos críticos, tanto normativos (esperados) como paranormativos (no esperados), es capaz de desplazarse dentro del modelo sin modificar sus niveles de cohesión y adaptabilidad. Este modelo representa una de las más ampliamente usadas y debatidas técnicas de evaluación del funcionamiento de la familia.¹⁵

Los elementos de este modelo son aspectos que determinan el clima familiar, el cual 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, a su vez, describen el clima familiar en tres dimensiones que contienen una serie de áreas relacionadas íntimamente con el mismo: la dimensión de relación, en la que se observa la forma en la que los miembros de la familia se relacionan entre sí, de acuerdo a la cohesión y a la expresividad de sus integrantes, así como también, el grado de conflicto de los miembros que la componen, otra es la dimensión de crecimiento personal, la cual expresa el funcionamiento de la familia y su permisividad para ayudar a sus miembros, a desarrollarse como seres humanos únicos, desde el punto de vista de la independencia, la orientación hacia el logro, la orientación hacia las actividades intelectuales y culturales, la orientación hacia las actividades recreativas y el énfasis que hace la familia sobre los aspectos religiosos, y por último, la dimensión de mantenimiento del sistema, esta dimensión abarca los aspectos de control y organización de la familia que le permite funcionar como un todo organizado.

De manera que un ambiente caótico frente a otro estructurado y estable puede exacerbar o aminorar, respectivamente, la expresión de los síntomas del TDAH.

El ambiente familiar es una entidad formativa en el desarrollo de cualquier niño, la cual provee factores protectores y a la vez actúa como una de las fuentes de estrés. Ha sido establecido que la calidad de las relaciones familiares y los patrones de interacción podrían estar relacionados con el desarrollo y curso de diversos patrones de psicopatología de la niñez. Existe un número de informes que demuestra que los trastornos de la conducta (como el trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y trastornos por déficit de atención e hiperactividad) son más comunes en las familias disfuncionales y en ambientes con niveles elevados de adversidad crónica.

Por su parte, el TDAH ha sido definido como un trastorno del autocontrol, caracterizado clínicamente por dificultades en el rango de atención, exceso de actividad motora y deficiencias en el control de los impulsos, las cuales son una de las principales razones por la que los padres llevan a sus niños a los servicios de salud mental; está asociado a alteraciones significativas en el funcionamiento social y en ajuste de tanto los niños como sus padres, afectando la cantidad y calidad de interacciones en las cuales un niño hiperactivo se involucra.

La crianza de un niño que es excesivamente inquieto, con falta de atención e impulsividad manifiesta ofrece numerosos retos, y los padres de niños con TDAH usualmente reportan altos niveles de frustración en sus intentos de manejar y controlar su conducta, siendo la gravedad de las dificultades de los niños un factor importante de la situación estresante. La disfuncionalidad familiar es más frecuente identificada en los padres de niños con TDAH en comparación con los que no tienen un miembro con este padecimiento, asimismo, esta consistentemente asociada con las alteraciones conductuales, con la gravedad del TDAH y con la persistencia de los síntomas del TDAH en los niños. Los padres de niños con TDAH son tres veces más propensos a separarse o divorciarse que padres de niños sin TDAH (54% vs. 15%) y suelen estar más aislados. Lo que no está claro de estos estudios es si la disfunción observada es causada por tener un niño con TDAH en la familia o los problemas de conducta del niño son causados por la disfunción familiar.¹⁶

El impacto psicosocial del TDAH se refiere a aquellos rasgos asociados al trastorno y al nivel de funcionamiento del individuo en la vida escolar, familiar y con los pares, y la presencia de otros problemas que coexisten con el TDAH.

Además de los síntomas principales, los niños y adultos con TDAH suelen mostrar baja tolerancia a la frustración, crisis explosivas, actitudes mandonas, obstinadas y demandantes, cambios emocionales bruscos, pobre autoestima y rechazo de los que les rodean. Se les considera flojos, irresponsables y culpables de conductas que no están bajo su control. Los niños hiperactivos obtienen calificaciones más bajas, reprueban más y sufren más problemas de aprendizaje que sus compañeros del mismo grado escolar, sobre todo cuando no reciben los apoyos oportunos.

Los problemas en el funcionamiento de los pacientes con TDAH se manifiestan en forma diversa en cada etapa de la vida. Se ha visto que a los niños en etapa preescolar se les da más órdenes y se les critica y castiga más que a sus pares. Estos niños tienden a ser más agresivos, destructivos y dominantes, de manera que cuando se emplean castigos duros y críticas constantes sin promover al trato positivo, estos niños pueden empeorar su comportamiento y desarrollar más problemas. En la etapa escolar, debido a su dificultad para mantener la atención, presentan problemas de aprendizaje y bajo rendimiento a pesar de contar con inteligencia normal.

Esto se complica cuando por su hiperactividad e impulsividad trastornan el ambiente del salón de clases, lo cual irrita a los maestros y compañeros, situación que genera suspensiones, expulsiones y deserción escolar, y como consecuencia puede haber baja autoestima y sufrimiento en la relación entre padres e hijos. En la adolescencia, además de los problemas en la escuela, pueden ocurrir otros relacionados con la impulsividad y la búsqueda de satisfacciones inmediatas. Por eso tienden a desarrollar una vida sexual precoz con riesgo de embarazo y enfermedades, a experimentar con drogas y a exponerse a experiencias que ponen en peligro su vida y a presentar conductas autoagresivas cuando se sienten frustrados.

Los adultos con TDAH tienden a ser menos estables en sus relaciones interpersonales, lo cual propicia cambios de pareja y de trabajo. Sus accidentes de tránsito son más frecuentes que en la población general. Esto también afecta la dinámica familiar y tiene repercusión en la crianza de los hijos.

A veces hay más de un miembro en la familia con TDAH, lo cual puede aumentar las complicaciones. En la crianza de los niños con TDAH, los progenitores tienen que hacer un esfuerzo extra para controlar su enojo y no aplicar castigos excesivos o terminar con algún tipo de maltrato.

En las mujeres este trastorno puede pasar desapercibido y recibir menor atención, el empleo de medicamentos es fundamental para disminuir las conductas negativas, pero también se requiere de orientación a los padres y maestros, y a veces otras medidas de tipo psicoterapéutico para disminuir el impacto psicosocial. Los progenitores que son capaces de dar apoyo, estabilidad, estimulación educativa y esperanza, pueden ayudar a los niños con TDAH a compensar sus dificultades.^{16,17,18}

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 años, con base a las modificaciones demográficas, económicas, sociales y culturales.

La familia sigue teniendo un gran valor en si 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 los hijos, de tal manera que existen variables de crianza esenciales como una disciplina consistente y respetuosa, es decir, un control externo de la conducta del niño a lo largo de todo su desarrollo.¹⁹

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.

Una 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 evolucionar de manera compleja, sumando efectos negativos derivados de diferentes facetas de la enfermedad.

La familia puede representar un factor protector para posibles dificultades de aprendizaje en el niño, pero también puede ser un factor de interferencia, de manera que 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 labores o 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 y fracasos en diversos aspectos.

El rendimiento escolar, junto con la opinión de los padres y adultos allegados, constituyen los factores más decisivos en la conformación de la autoestima del niño, por lo que 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.¹⁹

La comunicación permanente con la escuela 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 que 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 y fomenta la autonomía, constituye una base a partir de la cual el niño, y más tarde el adolescente y el adulto joven, se aventura para realizar exploraciones del ambiente cada vez más amplias. La inestabilidad en la familia, causará, consecuentemente, inhibición en todos los procesos involucrados en el buen rendimiento escolar.

En los adolescentes una relación cercana y positiva con adultos allegados, representa un factor predictor 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 de menor edad desconozcan que le sucede al integrante con TDAH; por lo tanto, perciben las relaciones padre-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.

Es relevante considerar la comunicación como el recurso más importante que tienen 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 y posibles estrategias ameritan una adecuada comunicación, determinando el 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 lo tanto, también a través del lenguaje del padre, los hijos se orientan y seleccionan aquello que hay que observar de sí mismos y de los demás; en este sentido, es importante interpretar y dar significado a las situaciones y condiciones cotidianas.
- 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.

Una comunicación adecuada es el recurso indispensable y elemental para establecer cualquier tipo de aprendizaje, enseñanza y habilidad, la cual permite determinar las normas familiares y las estrategias que se quieran utilizar, sin importar la edad de los hijos, el número de miembros de familia, las condiciones específicas de pareja o las relaciones particulares que se establecen en cada sistema.

Asimismo, resulta significativo observar en los hijos los recursos, habilidades, actitudes, conductas y hábitos que presentan, de manera que algún aspecto nocivo y susceptible de modificar se trabaje 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 con TDAH, de manera que el contexto familiar tiene un papel fundamental en este tipo de pacientes.

El funcionamiento 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.

Debido a la alta prevalencia del TDAH en niños, la naturaleza crónica de este trastorno, las diversas consecuencias de los niños y el grado en el cual el trastorno está caracterizado por interacciones negativas entre padres y niños, es fundamental conocer el tipo funcionalidad del ambiente familiar ante esta condición clínica.

La primera dificultad que se vive como padres de un menor con TDAH es ponerse de acuerdo en que reciba tratamiento el menor, y hacer conciencia que dicha terapia busca aumentar el grado de la autonomía, aprender a gestionar las emociones negativas (especialmente la frustración), interiorizar y esforzarse por cumplir las reglas de convivencia y aumentar el esfuerzo sobre las tareas difíciles. Todos estos objetivos terapéuticos requieren de la implicación activa de los padres para su logro, pero por encima de todo; de la colaboración y acuerdo mutuo entre ambos, ya que existen casos donde los padres tienen distintas posturas sobre la naturaleza del problema, el reparto de tareas y horarios, entre otros factores.

Con frecuencia es la madre quien pasa más tiempo con el menor, y es quien se involucra en mayor medida en conseguir los objetivos (hacer la tarea, las horas de la comidas, contacto con el centro escolar, citas médicas), soportando más tensión emocional, pero al tiempo, es capaz de valorar de manera positiva los logros alcanzados tras el esfuerzo. Por el contrario, los padres tienden a convivir menos con los hijos durante el día (a menudo, por motivos de trabajo) y desarrollan una visión más sesgada de la realidad; a veces minimizando los problemas, y otras, magnificándolos.

Otra dificultad con la que se enfrentan los padres es plantearse el continuar o desistir en la atención y la terapia que recibe del menor, ya que las implicaciones personales y la concepción del problema aumenta a medida que las dificultades diarias y las riñas de pareja también lo hacen, como consecuencia de los conflictos diarios por el incumplimiento de las normas y límites, la toma de decisiones en cuanto a que posturas adoptar, la excesiva necesidad de supervisión de las acciones del menor y las expectativas no cumplidas; por otra parte, existen casos en que esta situación se ve aún más agravada por la aparición de patologías psiquiátricas en los padres (como cuadros depresivos o ansiosos) o debido al diagnóstico o presencia de síntomas de TDAH en un progenitor.

Formar y mantener una buena relación con la pareja es una gran labor, sobre todo cuando se tiene un hijo con TDAH, equilibrar sus necesidades con la atención que merece la relación de pareja es imprescindible para superar esta crisis, así como nunca perder la objetividad en cuanto al tratamiento, a partir de ahí, es posible centrarse en ayudar al niño y al otro cónyuge.²⁰

Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad

El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un padecimiento del desarrollo con inicio en la infancia, de predominio en la edad preescolar y que en la mayoría de los casos persiste en la adolescencia y en la vida adulta, se va a caracterizar por la siguiente triada sintomatológica: inatención, hiperactividad e impulsividad, elementos que desencadenan un deterioro en el funcionamiento familiar, académico, social o laboral.

El TDAH es uno de los problemas clínicos actuales más importantes en la población pediátrica en materia de salud mental, y representa un motivo de consulta muy frecuente en la especialidad de

psiquiatría infantil. Los estudios sobre la prevalencia varían según los países: Alemania (9.6%), Suecia (3.7%), España (6%) y Colombia (17%); en México se calcula que existen al menos un millón y medio de niños con este trastorno. Existe un predominio en los varones en una relación 4:1 en muestras comunitarias y de 9:1 en ambientes clínicos. Las edades de máxima prevalencia se encuentran entre los 6 y 9 años de edad pero otros resultados consideran que esto puede extenderse hasta los 12 años.

Según el predominio de los síntomas se han descrito tres variedades clínicas que son:

- Hiperactiva-impulsiva
- Inatenta
- Mixta o combinada

En función al grado de expresión de las manifestaciones, puede ser:

- Leve
- Moderado
- Severo

La variación de las tasas de prevalencia del TDAH en todo el mundo en niños en edad escolar puede atribuirse a las diferencias metodológicas en los criterios utilizados para definir este trastorno.

Es una entidad que tiene causas multifactoriales, ya que influyen diversas variables y es importante saber que ningún factor por si solo explica el origen del trastorno, algunos factores que intervienen son:

- Factores neuroquímicos: alteraciones químicas a nivel cerebral, algunos estudios muestran que ciertos neurotransmisores son deficientes, en especial se han identificado 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: las vivencias que producen estrés psicológico, la pérdida del equilibrio familiar, factores inductores de ansiedad, familias con falta de reglas, límites inconsistentes o falta de acuerdo entre los padres.

Las bases biológicas son las más estudiadas, la etiología neurobiológica ha sugerido la existencia de anomalía en las conexiones fronto-estriales. El metabolismo de la actividad adrenergica se encuentra disminuida en la corteza cerebral (noradrenergica) y sobre el estriado (dopaminergicas). Las anomalías en la resonancia magnética nuclear encontradas con más consistencias son la asimetría del núcleo caudado, disminución del tamaño del cuerpo calloso y lóbulo frontal, tamaño pequeño de los ganglios basales y cerebelos, asimismo, las anomalías en la tomografía por emisión de positrones más frecuentemente encontradas son los cambios en el funcionamiento de la glucosa en la corteza pre-frontal y el estriado.

Las investigaciones en genética clínica y genética molecular en los últimos años han identificado una fuerte influencia de los genes en el desarrollo del TDAH. Los estudios con gemelos han determinado que los síntomas son altamente heredables, los estudios de familia reportan fuerte asociación del TDAH en familiares directos.

Múltiples estudios genéticos moleculares han descubierto genes específicos para el TDAH, se menciona una mutación del receptor beta del cromosoma 3, la mutación en el gen transportador de dopamina (DTA1) en el cromosoma 5 y la mutación del gen receptor de dopamina (DRD4) en el cromosoma 11. En este sentido, se documentan anomalías cromosómicas como las aneuploidias cromosómicas (las más comunes en los seres humanos) y se estima que ocurren en 1:400 de los individuos. La adición de cromosoma X extra o cromosomas Y conducen a diferencias en el desarrollo neurológico, con un mayor riesgo para retraso en el desarrollo, evidenciándose problemas de lenguaje, problemas de aprendizaje, discapacidades cognitivas, disfunción ejecutiva y del comportamiento y trastornos psicológicos.

El trastorno funcional, es decir, las alteraciones clínicas, se llevan a cabo por problemas bioquímicos en proyecciones de conexión entre los lóbulos frontales y los núcleos basales, que afectan tanto al transporte como a la receptación de la dopamina y en menor grado, de la serotonina y de la norepinefrina. Ello ocurre tanto en los sujetos en los que el trastorno tiene origen genético como en los de causa adquirida.

Clínicamente se expresa de diferentes maneras según la edad y el género, sin embargo, existe una tendencia a englobar las alteraciones clínicas en la falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad. Durante el primer año, los niños suelen dormir mal, estar con los ojos muy abiertos y algunos comienzan a andar excesivamente pronto (entre los 6-10 meses), aunque la mayoría camina sin ayuda algo tarde. Posteriormente estos niños muestran hipotonía, pies planos valgus y miedo a dormir solos (no permiten que se apague la luz y quieren acostarse con los padres).

Durante los seis primeros años de vida la característica que mejor define a estos niños es su concepto vital de que el mundo se circunscribe a ellos, y los demás son el entorno que les tiene que servir, mostrándose torpes para la motricidad fina, inquietos, caprichosos, entrometidos, acaparadores, egoístas y con poca capacidad de frustración.

En la edad escolar se muestran dispersos, infantiles, inmaduros, mienten y pueden sustraer dinero en casa, se levantan del pupitre muchas veces, interrumpen a otros niños y a profesores, les cuesta aprender a leer y escribir, tienen dificultades especialmente para las matemáticas y la lengua, presentan fracaso escolar con mucha frecuencia, muestran su falta de habilidad motriz tanto en el manejo del lápiz y cuchara como en los deportes de habilidad.

En épocas prepuberales siguen presentando las alteraciones descritas, además, muestran sus tendencias al machismo, exhibicionismo y ausencia de sentido del ridículo, generando expulsión del colegio por su bajo rendimiento y por su comportamiento conflictivo.

Durante la pubertad y vida adulta joven pueden comenzar o continuar los grandes problemas, tales como fracaso escolar y laboral, drogadicción (cerca del 70% de adictos tienen esta entidad), conflictos de convivencia en casa, en el trabajo y en la sociedad, formación de colectivos de apoyo mutuo (pandillerismo), exacerbación del machismo y del aspecto estafalario en los hombres y de los signos de inmadurez en las mujeres, datos que demuestran una excesiva preocupación por su apariencia externa.

Aunque la expresión del cuadro clínico es básicamente la misma en varones y en mujeres, hecho que se va poniendo más en evidencia a medida que las mujeres se van liberando de cualidades que siempre se consideraron como consustanciales con la feminidad, sin embargo, todavía parece predominar la hiperactividad, conflictividad escolar, familiar, laboral y social en el varón, mientras que

en la mujer suele predominar el déficit de atención, la excesiva preocupación por su apariencia externa, con gran coquetería y la necesidad de ser admiradas, mostrándose tímidas fuera de casa e impositivas y poco colaboradoras dentro de ella. ^{21,22}

Los síntomas de los trastornos de atención según el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría en su cuarta edición (DSM IV) son:

Hiperactividad

- No prestan atención suficiente a detalles incurren en errores frecuentes.
- Dificultades para mantener la atención en tareas escolares o juegos.
- Parecen no escuchar cuando se les habla directamente.
- No siguen instrucciones y no finalizan las tareas.
- Tienen dificultades para organizar tareas y actividades.
- Evitan dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- Extravían objetos necesarios para tareas o actividades.
- Se distraen fácilmente por estímulos irrelevantes.
- Son descuidados en las actividades diarias.

Inatención

- Mueven en exceso manos y pies y se mueven constantemente en su silla.
- Abandonan su asiento en clase cuando se espera que permanezcan sentados.
- Corren o saltan excesivamente en situaciones en que es inadecuado.
- Tienen dificultades para jugar tranquilamente.
- Parecen estar “en marcha”, como si tuvieran “un motor”.
- Hablan en exceso.

Impulsividad

- Tienen dificultades para guardar turno en juegos u otras actividades.
- Interrumpen o se inmiscuyen en las actividades de otros.
- Precipitan respuestas antes de haber sido completadas.

En la evaluación diagnóstica del TDAH se deben valorar múltiples aspectos, el primer paso debe ser el diagnóstico clínico del trastorno, el siguiente paso debe incluir el abordaje etiológico, finalmente excluir patologías que puedan aportar una sintomatología similar. La principal controversia acerca de cómo diagnosticar el TDAH se ve en las diferencias entre los criterios de diagnóstico para el trastorno, tal como se definen por el DSM IV y los criterios diagnósticos establecidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE 10), ambas clasificaciones incluyen a los niños que muestran los niveles de desarrollo inadecuado, la falta de atención, hiperactividad e impulsividad que se inician en la infancia y provocan un deterioro en el rendimiento escolar, funcionamiento intelectual, habilidades sociales y la conducción para el trabajo. En la actualidad el diagnóstico del TDAH se basa en los criterios clínicos establecidos en el DSM IV-TR. ²³

Los criterios de diagnóstico para este padecimiento deben de cumplir con seis o más de los siguientes síntomas de desatención o de hiperactividad-impulsividad y deben de persistir por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Desatención

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos y obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- A menudo evita, le disgusta o es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- A menudo es descuidado en las actividades diarias.

Hiperactividad

- A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividad de ocio.
- A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- A menudo habla en exceso.
- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (se entromete en conversaciones o juegos).

Las alteraciones inducidas por los síntomas se pueden presentar en dos o más ambientes, deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

Respecto al tratamiento del TDAH, es una condición que requiere permanente gestión y seguimiento. La experiencia en el tratamiento dicta que la educación y el asesoramiento personal del paciente, la familia y la escuela son valiosos y necesarios elementos. La evidencia medica actual establece que el tratamiento médico para este padecimiento debe ser multimodal: farmacológico y psicosocial.^{24,25}

El mejor tratamiento es aquel que contempla un manejo integral, no solo de los síntomas del TDAH sino de la comorbilidad presente en los ámbitos social, escolar y familiar. En la estrategia terapéutica se debe tener en cuenta los siguientes factores:

- Expectativa de los padres.
- El sistema educativo en que se encuentra el niño.

- La habilidad de los padres para instrumentar reglas y normas.
- La intensidad de los síntomas en diferentes ambientes.
- La presencia de factores emocionales que pudieran relacionarse temporalmente con los síntomas.
- La disposición de los padres y los maestros para instrumentar medidas de apoyo.

Se ha propuesto que en el tratamiento del TDAH debe otorgarse al paciente y su familia con un programa individualizado y clínicamente apropiado, contemplado los siguientes 6 soportes:

1. Recursos de la comunidad (escuelas).
2. Sistemas de salud y organizaciones (seguridad social).
3. Sistemas clínicos de información basados en el seguimiento.
4. Apoyo a las decisiones, es decir, a la aplicación de lineamientos basados en evidencias, tales como los establecidos en la Academia Americana de Pediatría.
5. Coordinación de estrategias de tratamiento por equipo multidisciplinario de profesionales.
6. Autogestión de la familia y del individuo que son los que deben implementar las intervenciones de tratamiento; en general se debe caracterizar como un modelo de atención continua.

Un tratamiento efectivo para el TDAH debe estar compuesto por 2 pilares fundamentales, el farmacológico y el psicoterapéutico, en este sentido, el abordaje integral asegura un desarrollo adecuado del paciente, el cual incluye:

1. Manejo escolar.
2. Medidas sociales.
3. Apoyo individual y familiar.
4. Terapias de aprendizaje.
5. Tratamiento médico.
6. Apoyo de habilidades físicas y de coordinación.
7. Terapias especiales.

Manejo escolar: los sistemas de apoyo más frecuentes de las escuelas en el área metropolitana son:

- Grupos de apoyo: grupos de psicólogos y pedagogos que se transportan a las escuelas para dar apoyo a los niños identificados con TDAH o problemas específicos del aprendizaje. Este sistema domina en las escuelas del sector público.
- Grupos paralelos: de menos de 15 niños (todos con TDAH o trastornos del aprendizaje e inteligencia normal), en los cuales un pedagogo con experiencia y una auxiliar brindan un programa que cumple con los requisitos básicos de la SEP, además de algunos conocimientos de idiomas extranjeros o religión. Frecuentemente están incluidos en escuelas con grupos regulares y mayor exigencia académica.
- Grupos de inserción: es un sistema frecuente en escuelas bilingües con sistemas de ingreso muy restrictivos. Los alumnos candidatos al ingreso son evaluados minuciosamente y son seleccionados en base en sus habilidades, aquellos identificados como portadores de TDAH son incluidos en grupos regulares con una frecuencia constante de uno o dos por grupo, de tal forma que una maestra capacitada pueda manejarlo con medidas rutinarias.
- Apoyo y descarte: probablemente la mayoría de las escuelas consideradas de alto rendimiento practican este sistema, consiste en detectar fallas en el aprendizaje, bajo rendimiento escolar o problemas del comportamiento a través de una evaluación superficial

realizada por la psicóloga escolar, quien envía a los pequeños con un grupo de profesionales externos para que decida las tareas a realizar.

- Talleres de apoyo o tutorías: corresponden a grupos de niños que acuden después o dentro de sus actividades escolares regulares a aclarar dudas o reforzar alguna materia de forma personalizada.
- Educación especial: si bien es cierto que una minoría de niños con TDAH (frecuentemente aquellos asociados a trastornos de aprendizaje y/o una inteligencia normal baja o limítrofe) pueden requerir de educación especializada y personalizada para desarrollar su potencial, es inadmisibles que este grupo de niños conviva en la escuela con niños que padecen de verdaderas enfermedades o trastornos graves del comportamiento o el intelecto.
- No inclusión: algunas escuelas privadas reconocen su incapacidad para adaptarse a las necesidades de los niños de TDAH y prefieren no aceptarlos en sus planteles, ante la posibilidad de afectar la dinámica de los grupos.

La mayoría de los niños portadores de TDAH se beneficiarán de un apoyo escolar personalizado, con maestros auxiliares en las tareas escolares regulares y talleres específicos, por otra parte, solo la minoría requerirá de un cambio escolar.

El equipo ideal que asegure buenos resultados dentro de la escuela es aquel que contenga profesores (educadores, maestros, psicólogos) que entiendan la problemática del pequeño y estén dispuestos a adaptarse a las necesidades particulares de cada niño, manteniendo la comunicación con la familia y el resto de profesionales involucrados en el tratamiento.²⁶

Manejo social y familiar: una tercera parte de los niños con TDAH presentan dificultad en el desarrollo de habilidades sociales, sobre todo en procesos adaptativos con padres, maestros y compañeros, lo cual incrementa aún más su problemática escolar. Este fenómeno es particularmente frecuente en mujeres adolescentes y en varones preescolares. Las conductas retadoras y oposicionistas a las obligaciones habituales, hacen que sean etiquetados como violentos y agresivos. Aquí las intervenciones familiares son de gran ayuda para dar apoyo a la instrumentación de normas y disciplina por parte de los padres, mejorando sus relaciones ambientales.

Los pequeños de 4 a 7 años de edad muestran pocas habilidades para relacionarse socialmente, lo cual motiva rupturas de disciplina. Para ellos han sido diseñados “cursos de entrenamiento en habilidades sociales” que refuerzan en la práctica diaria forma de comportamiento esperado y facilitan su inclusión en grupos sociales (familia, escuela y actividades de recreación). Otro grupo de niños, frecuentemente impositivos y violentos, puede requerir de “técnicas de modificación conductual o cognitivo-conductual” con la finalidad de proporcionar a los padres una herramienta práctica para el manejo de la conducta.

Terapias de aprendizaje: al menos 60% de los niños portadores de TDAH presentan dificultades para cumplir con el rendimiento promedio esperado. La terapia de aprendizaje, basado en ejercitación de las áreas identificadas como menos desarrolladas, solo podrá resolver el problema en un número limitado de niños, se estima entre el 20 y 25%. En estas circunstancias se hace prioritario, además de una evaluación extensa precisa de pruebas psicométricas, el utilizar un medicamento de apoyo, evitando con ello una desmotivación de la familia y cansancio innecesario del niño.

Se ha probado con evidencia sólida la eficacia de los medicamentos estimulantes para ayudar a manejar los síntomas como la dextroanfetamina, metanfetamina, metilfenidato y pemolina.

Aproximadamente 70% de los pacientes muestra mejoría cuando son tratados con metilfenidato u otras anfetaminas.

Dado que los medicamentos estimulantes son sustancias controladas con potencial adictivo, se habían planteado preocupaciones acerca de que los niños con TDAH son propensos al abuso y a la adicción cuando se usa durante muchos años, sin embargo, las investigaciones han documentado que en los sujetos que no reciben tratamiento farmacológico estimulante tienen un aumento significativo en el riesgo de presentar adicción a drogas.

Respecto al metilfenidato, ha mostrado una efectividad significativa al mejorar la capacidad de atención, reducir la impulsividad y disminuir notoriamente la hiperactividad motora, aunque su uso ha sido cuestionado por sus efectos secundarios y riesgo de dependencia, distintas investigaciones han confirmado su indicación en este trastorno. Los antidepresivos también han demostrado ser eficaces en el tratamiento de esta patología, con la ventaja adicional de cubrir la comorbilidad depresiva. La atomoxetina, un potente inhibidor presináptico del transportador de norepinefrina, ha sido recientemente aprobado por la Food and Drug Administration de los Estados Unidos de Norteamérica (FDA) para el tratamiento de esta patología.

En relación a la psicoterapia, las técnicas cognitivo-conductuales y la terapia sistémica tendrían efectos en la baja autoestima, en el control de la impulsividad, en el aprendizaje de destrezas para resolver problemas y disponer de nuevos repertorios para enfrentar conflictos en las relaciones interpersonales, mejorando la calidad de vida del paciente. El tratamiento en conjunto de terapia conductual y metilfenidato es más efectivo que cada uno por separado.

VI.III. ANTECEDENTES HISTORICOS

En un estudio que se enfocó a determinar las condiciones de los integrantes de la familias con niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, resultó que 89% de los padres experimentan estrés, 64% les incomoda el comportamiento de su hijo, 68% el costo psicoeducativo del hijo es superior, 50% tienen enfrentamientos de pareja y 44% refieren que obstaculiza la participación de sus hermanos en actividades.²⁷

Otro estudio documento cambios significativos en los padres cuando existía conocimiento sobre la naturaleza del trastorno, sobre todo en las atribuciones y expectativas que tienen sobre su hijo, indicando que el asesoramiento a padres se revela eficaz para entender la patología y producir cambios positivos.²⁸

En el trabajo titulado Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad y Funcionalidad familiar en niños y adolescentes, se encontró que no hay una relación significativa en cuanto a la disfunción familiar con el TDAH, ya que se presentaba una disfunción familiar tuviera o no TDAH en los pacientes estudiados mediante la escala FF-SIL, siendo que el 48% pertenecían a una familia con disfunción y el 16% a una funcional.²⁹

Otra investigación realizada en España en el 2006 en la cual se analizó el impacto social y familiar con la presencia de TDAH y los efectos de los problemas de conducta, se obtuvo que las relaciones familiares y sociales están fuertemente comprometidas.³⁰

VII. 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 padecimiento tiene un gran impacto en la sociedad en términos de costo económico, estrés familiar, problemas académicos y vocacionales, así como una importante disminución de la autoestima del paciente.

La etiología no está completamente aclarada, sin embargo, es 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 su alta prevalencia con un inicio en etapas precoces de la infancia, además, es un proceso incapacitante y crónico, puede afectar las diferentes esferas del comportamiento (familiar, escolar y social) y tiene una elevada comorbilidad.

Los portadores de TDAH al contar con una familia, es un factor que puede representar una protección para posibles dificultades de aprendizaje y desarrollo en el niño, pero también puede ser un factor de interferencia. El impacto que produce en las familias, y principalmente en los padres, es que el sistema experimenta estrés y elevada conflictividad en las interacciones padres-hijos.

Tener un hijo con TDAH exhibe sentimientos de ineficacia personal, estrés, frustración, enojo y rechazo, que afectan negativamente a la interacción que mantienen con la familia, 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 y recreativas. Los niveles de estrés aumentan hasta un 43% cuando presentaban también conductas agresivas y opositoras-desafiantes.

Además, 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% en comparación a un 15%).

Debido a lo anterior, es importante examinar cómo funciona la familia ante esta condición clínica, así como destacar la posición privilegiada que ocupan el pediatra y el médico de atención primaria para poder actuar sobre este padecimiento.

VIII. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el tipo de funcionalidad familiar que tienen las familias con un miembro con TDAH?

IX. JUSTIFICACIÓN

La incidencia promedio mundial del TDAH es del 5%, en Latinoamérica existen al menos 36 millones de personas con TDAH y únicamente alrededor del 10% reciben un tratamiento multidisciplinario adecuado.

El TDAH es uno de los problemas de salud mental más frecuente en la población pediátrica, se estima su prevalencia en la población abierta entre el 3 y 4%, la más elevada corresponde al grupo de niños entre los 6 y 9 años, que es del 8%; la prevalencia en la población adolescente según el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente puede ser del 40%.

Las alteraciones en el aprendizaje y la conducta de niños en edades preescolar y escolar son cada vez más reconocidas, asimismo, el TDAH incrementa el riesgo para desarrollar accidentes, fracaso escolar, problemas de autoestima y se relaciona con mayor consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilícitas, inestabilidad laboral y fracaso marital. Por otra parte, estos pacientes poseen un riesgo incrementado de tener una pobre educación, ingresos económicos bajos, menores oportunidades de empleo, así como problemas en la interacción social.

Debido a su prevalencia, persistencia, deterioro funcional y naturaleza de su tratamiento, afecta no solo al enfermo sino a su familia, al sistema de salud, a la educación y a la sociedad en su conjunto. Se estima que 78% de los niños a quienes se les diagnostico este trastorno, puede persistir en la adolescencia, lo cual interfiere en el aprovechamiento escolar, la autoestima y las relaciones familiares.

Es indispensable asegurar la atención médica del niño, el adolescente o adulto con TDAH con o sin comorbilidad y ofrecer un tratamiento interdisciplinario con medidas de tipo psicosocial, educativas y farmacológicas; las cuales en conjunto constituyen la piedra angular del mismo.

El médico familiar es quien otorga la orientación temprana, oportuna y científica a sus pacientes y familiares, es el profesional de la salud en el primer nivel de atención que integra este tipo de enfermedades, por lo que el indagar el funcionamiento de la familia permite analizar las alternativas para la evolución y el seguimiento de este tipo de casos, evitando perder tiempo valioso y posibilitar revertir la problemática de una manera más efectiva.

X. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo General

- Determinar el tipo de funcionamiento familiar en presencia de un miembro con TDAH mediante el instrumento FACES III.

Objetivos Específicos

- Identificar el grado de cohesión en familias con presencia de un miembro con TDAH de la UMF 94 de la Ciudad de México.

- Identificar el grado de adaptabilidad en familias con presencia de un miembro con TDAH de la UMF 94 de la Ciudad de México.
- Describir los factores socio-demográficos de los pacientes con TDAH en la UMF 94 del IMSS.

XI. EXPECTATIVA EMPÍRICA

Las familias que tienen un miembro con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad son en su mayoría disfuncionales.

XII. VARIABLES

Variables Descriptoras

Género: es la clasificación fenotípica y genotípica de una persona teniendo en cuenta sus características anatómicas y cromosómicas³¹, para fines del estudio es el tipo de fenotípico de acuerdo a sus características físicas, obtenido mediante lo que refiera el participante con la categoría de masculino o femenino, es una variable de tipo cualitativa dicotómica en escala de medición nominal.

Escolaridad: es el nivel académico, tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza para obtener un grado académico³², para fines del estudio es el último grado escolar que cursó el individuo, obtenido mediante lo que refiera el participante con las categorías de analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria, carrera técnica, licenciatura, maestría y doctorado, es una variable de tipo cualitativa policotómica en escala de medición ordinal.

Edad: se define como el tiempo de vida transcurrido de un individuo a partir de su nacimiento expresado en años³³, para fines del estudio son los años cumplidos hasta la fecha del estudio, obtenido mediante lo que refiera el participante, es una variable de tipo cuantitativa discreta en escala de medición de razón.

Variable de estudio

Función familiar: es la operatividad que deriva de la interacción de los elementos que integran a la unidad social, la cual está constituida por el grupo de personas unidas por vínculos consanguíneos, afectivos o cohabitacionales y que cubren las necesidades en el ser humano para su desarrollo integral¹², para fines del estudio es la situación de la familia que deriva de la interacción entre sus miembros, se medirá mediante el instrumento FACES III, el cual categoriza a las familias en caóticas, flexibles, estructuradas, rígidas, disgregada, semirrelacionada, relacionada o aglutinada, es una variable cualitativa policotómica en una escala de medición nominal.

XIII. DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio observacional, descriptivo, transversal y prolectivo.

Universo de Estudio

Pacientes con diagnóstico de TDAH.

Población de Estudio

Pacientes con diagnóstico de TDAH derechohabientes del IMSS.

Muestra de Estudio

Pacientes con diagnóstico de TDAH derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF 94.

XIV. PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

Se acudirá al área de informática médica y archivo clínico (ARIMAC) para obtener la lista de todos los pacientes con diagnóstico de TDAH en la Unidad de Medicina Familiar número 94, posteriormente se utilizará el Sistema de Información en Medicina Familiar (SIMF) de la unidad para identificar la fecha, hora y consultorio en que acudirán a recibir atención médica, esto por medio del número de seguridad social, para poder entrevistar al paciente y sus familiares e informar acerca del trabajo de investigación (el objetivo, los alcances y el instrumento que se utilizará), el tipo de participación que tendrían y en caso de aceptar ingresar bajo información, se procede al llenado del consentimiento informado (**Anexo 1**), posteriormente se recabarán los datos sociodemográficos y se les aplicará el instrumento, se calificará para determinar el tipo de familia y se realizará una retroalimentación del hallazgo de funcionalidad familiar.

XV. PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LOS RESULTADOS

Una vez recabados los datos sociodemográficos y calificados los instrumentos de todos los participantes, se vaciarán cada uno de los datos en el programa Excel en una tabla diseñada para cuantificar los hallazgos que se obtuvieron de acuerdo al puntaje obtenido y posteriormente se realizaran las gráficas de los mismos.

XVI. TAMAÑO DE LA MUESTRA

No se determinó el tamaño de la muestra, debido a que se incluirá a la totalidad de los pacientes con diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad de la Unidad de Medicina Familiar número 94.

XVII. PROGRAMA DE TRABAJO

Se seleccionó el tema de la tesis por afinidad y problemática planteada, posteriormente se estructuró el marco teórico, se eligió el instrumento y se diseñó el trabajo con el asesor, después se realizó una prueba piloto y se presentará el trabajo al comité local de investigación para su autorización y registro, una vez autorizado, se recolectará la información, se vaciará en una base de datos para su análisis y se elaborará el escrito médico.

(Anexo 2)

XVIII. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Familias que tengan a un miembro con TDAH adscritos a la UMF No. 94 que acepten participar bajo consentimiento informado.

XIX. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Familias cuyo miembro con TDAH presente alguna otra comorbilidad.

XX. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Familias que no contestaron por completo el instrumento.

XXI. INSTRUMENTO

El FACES III es un instrumento basado conceptualmente en el modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, el cual fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Integra de manera principal dos dimensiones de la funcionalidad familiar: cohesión y adaptabilidad; es un instrumento de auto aplicación a través de 20 reactivos, es de fácil aplicación e interpretación, tiene un alto nivel de confiabilidad y se ha constituido en un instrumento con excelentes perspectivas de aplicación, tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación. Evalúa los elementos familiares en una escala que incluye cinco opciones: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre. El cuestionario se aplica a personas mayores de 10 años, que sean miembros de la familia con hijos y que sepan leer y escribir, pidiendo al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo a la escala de calificación, considerando que cada aseveración la correlacione con las condiciones de su familia, cuyos resultados permiten catalogar a las familias como caóticas, flexibles, estructuradas, rígidas, disgregada, semirrelacionada, relacionada o aglutinada.

(Anexo 3)

XXII. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizará con estadística descriptiva con medidas de tendencia central y presentando los datos mediante tablas y gráficas.

XXIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Beneficios

Los pacientes sabrán cual es el tipo de funcionamiento familiar en presencia de un miembro con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

Riesgos

No presenta ningún riesgo ya que solo se realizara una encuesta para valorar la funcionalidad familiar.

Confidencialidad

Toda la información que nos otorguen las personas que realicen el instrumento será completamente confidencial y bajo consentimiento informado.

Consentimiento informado

Se les dará un consentimiento informado a la persona que se encuentra como responsable del participante ya que debe de ser mayor de 20 años para poder realizar el instrumento y de esta manera nos autoricen la aplicación del instrumento.

Para el presente estudio se tomaron en cuenta: la Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Medica Mundial (Helsinki, 1964) revisada por la 29ª Asamblea Mundial (Tokio 1975) y enmendada por la 35ª Asamblea Medica Mundial (Venecia, 1983) y la 41ª Asamblea Medica Mundial (Hong Kong, 1989) y posteriores modificaciones. Nos apegamos al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud en su fracción II.

El presente estudio no presenta ningún riesgo para los pacientes a los cuales se les realizara el cuestionario.

Se realizara un compromiso con la Institución de dar a conocer los resultados a la unidad médica, a la delegación y a la comunidad médica, respetando la confidencialidad de los datos personales de los participantes en el estudio.

XXIV. RECURSOS

Los recursos humanos físicos y financieros para la realización de este estudio de investigación serán solventados totalmente por el investigador principal

XXV. RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Se realizó el estudio en la población derechohabiente con el diagnóstico de Trastorno de déficit de atención e hiperactividad de la Unidad de Medicina Familiar número 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social que acudieron a consulta en el periodo comprendido de enero del 2014 a enero del 2015.

Se capturaron 40 familias las cuales contaban con un miembro con el diagnóstico de TDAH a las cuales se evaluó.

Se tomaron a todas las familias que tenían un miembro con el diagnóstico antes mencionado y ya con algún tratamiento y se le aplicó el FACES III para evaluar la funcionalidad familiar de acuerdo a la adaptabilidad y cohesión existente en las familias que tienen un miembro con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad además se agregaron las variables para saber edad, género y escolaridad.

Se decidió aplicar el instrumento FACES III al familiar que estuviera más involucrado con el paciente o que se encontraran a cargo del cuidado del paciente, de su vigilancia, su tratamiento ya que es quien puede contestar con mayor certeza las preguntas que se realizaron.

Los cuestionarios se capturaron en base de datos del programa Excel versión 97/2003. Realizando posteriormente el análisis descriptivo de los resultados.

XV.I. TABLAS, CUADROS Y GRÁFICAS

Estadística descriptiva

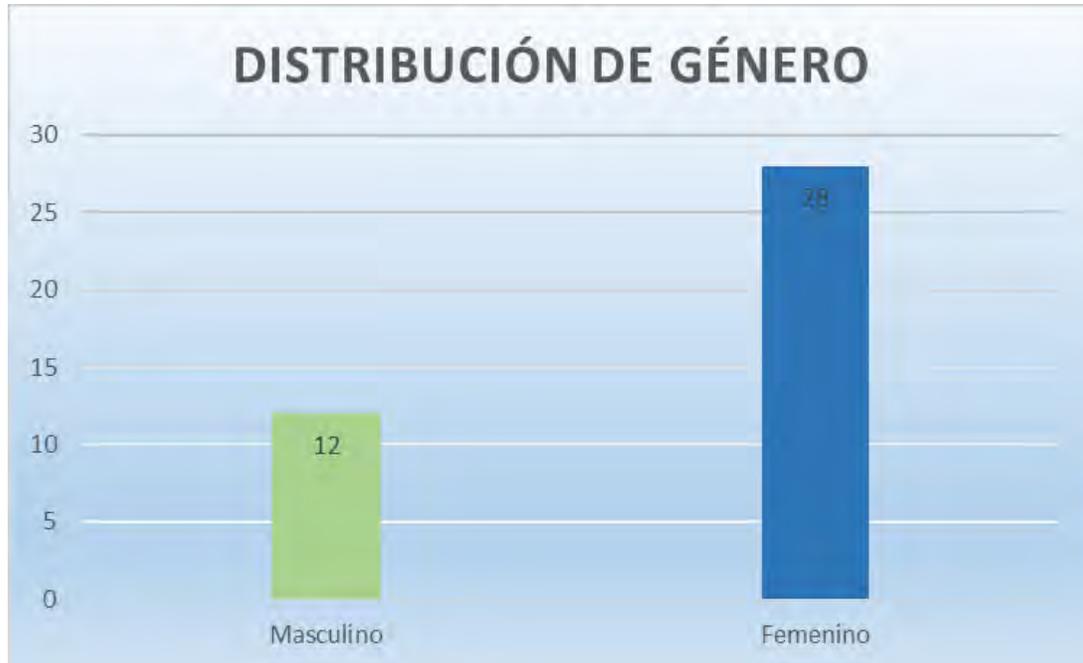
De las 40 familias participantes se encuestó al miembro de la familia que estuviera más involucrado con el paciente diagnosticado con TDAH, de los cuales 28 fueron mujeres y 12 fueron hombres dando un resultado del 70% mujeres y 30% hombres. (Tabla 1, grafica 1 y 2)

Tabla 1. Género de los encuestados

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	12	30%
Femenino	28	70%
Total	40	100%

Fuente de datos: cuestionarios aplicados

Gráfica 1. Distribución de acuerdo al género en frecuencia



Fuente de datos: cuestionarios aplicados

Gráfica 2. Distribución de acuerdo al género en porcentaje



Fuente de datos: cuestionarios aplicados

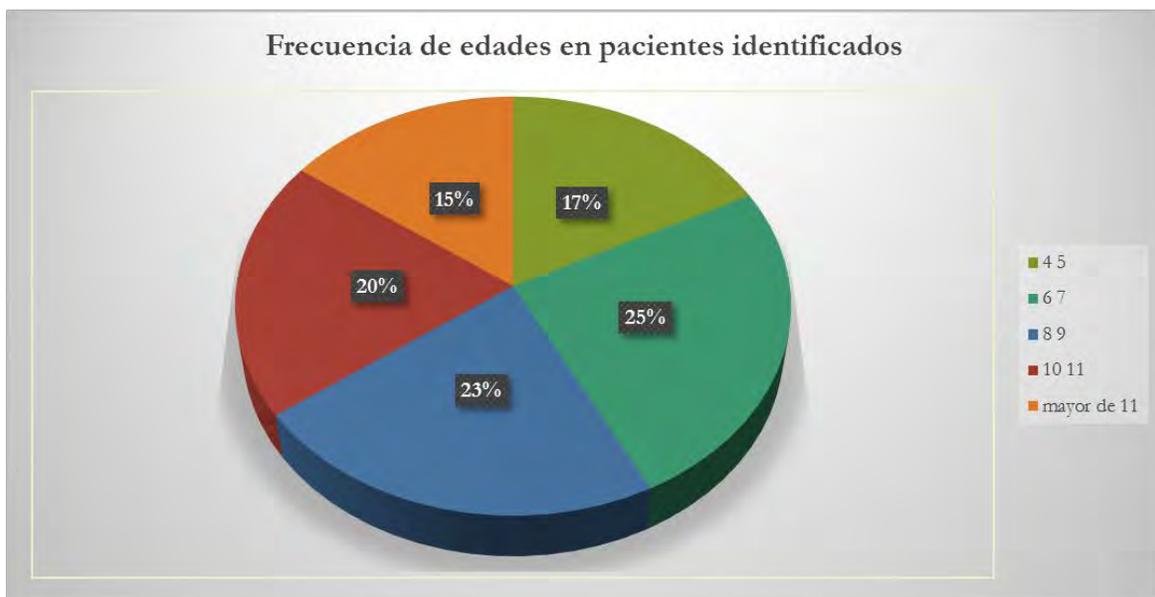
La edad de las personas encuestadas se reportó con una frecuencia 7 personas con edades que iban de 4 a 5 años, con un porcentaje de 17%, 10 personas que iban de 6 a 7 años con un porcentaje de 25%, 9 personas de 8 a 9 años con un porcentaje de 23%, 8 personas de 10 a 11 años con un porcentaje de 20% y finalmente 6 personas con edades de mása de 11 años con un porcentaje de 15%, lo cual se observa en l tabla 2 y grafica 3.

Tabla 2. Frecuencia de edades de los encuestados

Edad	Frecuencia	Porcentaje
4-5	7	17%
6-7	10	25%
8-9	9	23%
10-11	8	20%
Mayor de 11	6	15%
Total	40	100%

Fuente de datos: cuestionarios aplicado

Grafica 3. Distribución de las edades en las personas encuestadas



Fuente de datos: cuestionarios aplicados

Se observó que la escolaridad en la mayoría de pacientes encuestados el nivel de primaria se observó en el 83% y en nivel preescolar se encontraron el 17% como se observa en la tabla 3 y grafica 4.

Tabla 3. Distribución de acuerdo a nivel escolar

Nivel Escolar	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	23	83%
Preescolar	7	17%

Fuente de datos: cuestionarios aplicados

Grafica 4. Distribución de acuerdo a nivel escolar



Fuente de datos: cuestionarios aplicados

Se realizó el cuestionario de FACES III a todos los encuestados para valorar como se encontraba la cohesión familiar encontrando que de las 40 familias 24 de ellas no se encontraban relacionadas, 5 eran familias semirelacionadas, 3 familias relacionadas y 8 familias aglutinadas como lo podemos observar en la tabla 4 y grafica 5.

Tabla 4. Distribución de acuerdo a la cohesión familiar

COHESION	Total
No relacionada	24
Semi relacionada	5
Relacionada	3
Aglutinada	8
Total	40

Fuente de datos: cuestionarios aplicados

Gráfica 5. Distribución de acuerdo a la cohesión familiar



Fuente de datos: cuestionarios aplicados

Se realizó el cuestionario de FACES III a todos los encuestados para valorar como se encontraba la adaptabilidad familiar encontrando que de las 40 familias 18 de ellas eran rígidas, 10 familias estructuradas, 6 familias flexibles y 6 familias caóticas como lo podemos observar en la tabla 5 y grafica 6.

Tabla 5. Distribución de acuerdo a la adaptabilidad familiar

Adaptabilidad	Total
Rígida	18
Estructurada	10
Flexible	6
Caótica	6
Total	40

Fuente de datos: cuestionarios aplicados

Gráfica 6. Distribución de acuerdo a la adaptabilidad familiar



Fuente de datos: cuestionarios aplicados

Siguiendo el modelo Circunflejo se agruparon en 40 tipos de familia, calificándolas como extremas, de rango medio y balanceada. (Tabla 6).

En nuestro grupo de estudio hubo 24 familias extremas, 8 familias quedaron en rango medio y 8 familias como balanceadas.

Se consideran familias funcionales a las que se encontraron como balanceadas y las que cayeron en rango medio o extremo se consideran como disfuncionales.

Tabla 6. Modelo circunflejo de acuerdo a FACES III

Adaptabilidad \ Cohesión	Rigida	Estructurada	Flexible	Caotica	Total
No relacionada	13	6	2	3	24
Semi relacionada	0	4	1	0	5
Relacionada	0	0	3	0	3
Aglutinada	5	0	0	3	8
Total	18	10	6	6	40

Origen. FACES III. Familias extremas. Familias en rango medio. Familias balanceadas

De acuerdo a los resultados expresados ante la realización del FACES III y la aplicación del Modelo Circunflejo, observamos que la funcionalidad familiar de las familias participantes fue del 20% para una familia funcional, en tanto que el 80% restante resultaron como familias no funcionales como lo podemos observar en la tabla 7 y grafica 7.

Tabla 7. Distribución de acuerdo a la funcionalidad familiar

Funcionalidad familiar	Frecuencia	Porcentaje
No funcional	32	80%
Funcional	8	20%
Total	40	100%

Fuente de datos: cuestionarios aplicados

Gráfica 7. Distribución de acuerdo a la funcionalidad familiar



Fuente de datos: cuestionarios aplicados

XXVI. DISCUSIÓN

Se analizaron un total de 40 familias en las cuales había al menos un miembro con diagnóstico de Trastorno de déficit de atención e hiperactividad de las cuales se tomó al miembro que se encontraba más involucrada con el paciente, del 100 % de las familias encontradas el 70% fueron mujeres, la mayoría de ellas madres de los paciente, algunas abuelas y 2 tías, el 30% fueron hombres de los cuales en su totalidad fueron los padres de los pacientes.

El nivel de escolaridad predominó el nivel primaria, aunque esto se observó que no tiene mayor relevancia en el padecimiento.

Se encontró que en la mayoría de las familias había problemas en cuanto a su cohesión y adaptabilidad, ya que 24 de las familias estaban no relacionadas, 8 de ellas se encontraban aglutinadas, en cuanto a la adaptabilidad se encontraron 18 familias rígidas y 6 caóticas.

Al realizar el modelo circunflejo en donde se entrecruzan la cohesión y la adaptabilidad encontramos que de las 40 familias 24 eran familias extremas y 8 familias se encontraban en rango medio.

Durante las entrevistas con las familias encontré que la mayoría de ellos no sabían exactamente de qué se trataba el diagnóstico de trastorno de déficit de atención, algunos padres se culpaban unos a otros en cuanto a que tenían la culpa de que el paciente tuviera esta enfermedad.

En cuanto a la funcionalidad familiar se encontró que del 100% el 80% de las familias que se estudiaron presentaron disfunción familiar y que el 20% de ellos fueron funcionales, de acuerdo a los resultados obtenidos en las encuestas.

Encontrando entonces que si existe una fuerte asociación entre el TDAH y la disfunción familiar, contestando con esto nuestra pregunta de estudio y corroborando nuestra expectativa empírica.

XXVII. CONCLUSIÓN

A pesar de la frecuencia de presentación del TDAH en nuestro medio, falta aún mucho por conocer acerca del diagnóstico y tratamiento, así como la repercusión que puede tener tanto a nivel social como familiar, el retraso en la identificación de los síntomas.

Nos corresponde a nosotros como médicos familiares, que somos los que nos encontramos tal vez por primera ocasión con estos pacientes en el primer nivel de atención, evitar que el problema avance o se complique por falta de tener un diagnóstico de manera oportuna.

De igual forma nos compete la valoración integral de la familia, que como bien sabemos, muchos de los problemas de salud se originan en el seno familiar, siendo necesario entonces empezar desde este lugar nuestra intervención como especialistas.

Es importante llevar el control de nuestras familias en el consultorio para detectar de manera oportuna los síntomas que se pueden presentar en los pacientes con este trastorno y de esta manera diagnosticarlos de manera oportuna y darles un tratamiento adecuado y que no sean vistos solo como unos niños difíciles.

Se habla mucho acerca de si la disfunción familiar es un factor predisponente para la presentación del TDAH; a pesar de que nuestro estudio refleja la asociación existente entre estas dos variables, se han publicado otros estudios en los cuales no deja claro si la disfunción observada es causada por tener un niño con TDAH en la familia o los problemas de conducta del niño son causados por la disfunción familiar, de hecho en un estudio realizado por Montiel Nava, menciona que la disfunción familiar es mayor para los padres de niños con TDAH que para los padres de los niños sin el trastorno, por lo que estos mismos resultados son los que nos obligan a pensar a futuro en la realización de más estudios concluyentes.

XXVIII. RECOMENDACIONES

Es importante educar a la familia y los pacientes con diagnóstico de trastorno de déficit de atención e hiperactividad ya que muchas de las familias que se vieron involucradas en este estudio no sabían de qué se trataba la enfermedad ni la causa de la misma enfermedad, se culpaban unos a otros entre los padres por falta de una adecuada orientación.

Yo realizaría talleres con familias que tienen este mismo problema ya que solamente ellos entienden cuáles son los problemas por los que pasan y pueden tener un apoyo entre los miembros del grupo, y los pacientes encontrarían personas que son parecidas a ellos y no se sentirían fuera de lugar.

También le daría terapia a toda la familia ya que al culparse unos a otros lo único que ganan es tener más problemas entre todos ellos y deberían de tener un mayor acercamiento para tener un mayor apoyo para que funcionen los tratamientos, y tomar en cuenta que el tratamiento o es únicamente algo tomado que solucionara todos los problemas, también deben de tener una terapia tanto individual como de familia.

Es muy importante diagnosticar tempranamente a los pacientes para iniciar el tratamiento y que el paciente tenga una mejor respuesta y una mejor evolución de la enfermedad, y no ser tratado solo como un niño problema.

XIX. BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV. 6 ed. Washington DC: APA; 2006.
2. Faraone SV, Biederman J, Weiffenbach B, Keith T, Chu MP, Weaver A, et al. Dopamine D-sub-4 gene 7-repeat allele and attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 156: 768-70.
3. Kuntsi J, Stevenson J. Hyperactivity in children: a focus on genetic research and psychological theories. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2009; 3: 1-23.
4. Miranda A, García R, Presentación MJ. Factores moduladores de la eficacia de una intervención psicosocial en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol* 2010; 34 (Supl 1): S91-7.
5. Olson SL, Bates JE, Bayles K. Early antecedents of childhood impulsivity: the role of parent-child interaction, cognitive competence, and temperament. *J Abnorm Child Psychol* 2010; 18: 317-34.
6. Keown LJ, Woodward LJ. Early parent-child relations and family functioning of preschool boy with pervasive hyperactivity. *J Abnorm Child Psychol* 2009; 30: 541-53.
7. Donenberg G, Baker BL. The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *J Abnorm Child Psicol* 2007; 21: 179-98.
8. Roselló B, García R, Tárraga J, Mulas F. El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol* 2009; 36: 79-84.
9. Kendall J. Sibling accounts of ADHD. *Fam Process* 2011; 38: 117-36.
10. Breen MJ, Barkley RA. Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. *J Pediatr Psychol* 2010; 13: 265-80.
11. Anastopoulos AD, Guevremont DC, Shelton TL, DuPaul GJ. Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol* 2012; 20: 503-20.
12. Miller W. Iván, Chrystine E., The Mc. Master approach to families: theory, assessment, treatment and research. *Journal of family therapy* 2012; 28:46-55.
13. Huerta G JJ. La Familia en el Proceso Salud Enfermedad. 2nd ed. México. Alfil; 2005.
14. Scandar R, Scandar M. Estudio preliminar de prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en preescolares de la República Argentina. *Psiquiatría Especializada*. 2010; 7:33-48.
15. García Méndez. Construcción de una escala de Funcionamiento Familiar. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*. 2009; 3:40-47
16. Herrera Santi. La Familia funcional y disfuncional. Un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina Familiar Integral* 2009;7:19-31.
17. Ivan W. Miller, Chrystine E, Ryan, Duane S, Bishop and Natan B. Epstein. The Mc Master approach to families: theory, assessment, treatment and research, *Journal of family therapy* 2012; 28:46-55.

18. González García C. y González García S. Un enfoque para la Evaluación del Funcionamiento Familiar. *Salud y Familia*. Octubre 2012; Vol. VI, No. 15: 11-23.
19. Hernández Bernal R. Familia, Escuela y niños con TDAH. *Relaciones Funcionales. Hiperactivos. Estrategias y Técnicas* 2009; 1:1-37.
20. González García. Un enfoque para la Evaluación del Funcionamiento Familiar. *Consejo Directivo de la REMO*. 2009; 3:29-36.
21. Halmoy A., Klungsoyr K. Skjaerven R, Haavik J. Pre-and Perinatal Risk Factors in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder *Biol Psychiatry* 2012; 71: 474-481.
22. Ramchandani P, Psychogiou L. Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet* 2009; 374: 646-653.
23. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2011; 105: 1158-70.
24. Trabajo de revisión. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista Mexicana de pediatría* Vol. 70. Numero 2 Mar-Abr 2009 PP. 87-90.
25. Teresita Romero Ogawa, Carmen Lara-Muñoz, Silvia Herrera. Estudio familiar del trastorno de déficit de Atención/Hiperactividad. *Salud Mental*, vol. 25 No. 3 junio 2009.
26. Hidalgo Vicario MI, Soutullo Esperón C. Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad (TDAH) *Pediatría Clínica Universitaria*. Universidad de Navarra 2010 PP. 432-454.
27. Presen-Herrero M.J. Impacto familiar de los niños con trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad combinado con problemas de conducta. *Revista de Neurología*. 2009; 42:137-143.
28. Shelton TL, Barkley RA, Crosswait C, Moorehouse M, Fletcher K, Barrett S, et al. Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptative disability in preschool children with aggressive and hyperactive impulsive inattentive behavior. *J Abnorm Child Psychol* 2012; 26: 475-94.
29. Hinshaw SP, Zupan BA, Simmel C, Nigg JT, Melnick S. Peer status in boys with and without attention deficit hyperactivity disorder: predictions from overt and covert antisocial behavior, social isolation, and authoritative parenting beliefs. *Child Dev* 2009; 68: 880-96.
30. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock C, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria. III. Mother child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 2011; 32: 233-55.
31. *Diccionario enciclopédico de términos médicos*, Mc Graw Hill Interamericana 2001, pág. 431.
32. *Diccionario enciclopédico de términos médicos*, Mc Graw Hill Interamericana 2001, pág. 382.
33. *Diccionario enciclopédico de términos médicos*, Mc Graw Hill Interamericana 2001, pág. 233.

ANEXOS



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PARTICIPACION EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PRESENCIA DE UN MIEMBRO CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, Julio del 2016.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Los pacientes con TDAH de manera general tienen un impacto en los ambientes en que está inmerso, siendo el funcionamiento de la familia un importante aspecto a investigar, debido a que puede ser un elemento determinante en la evolución de la enfermedad. El objetivo es determinar el tipo de funcionamiento familiar en presencia de un miembro con TDAH.
Procedimientos:	Aplicar un instrumento a las familias que tienen un miembro con TDAH.
Posibles riesgos y molestias:	La molestia de dedicar cerca de 10 minutos para contestar el instrumento.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Saber el tipo de funcionalidad familiar que existe en su familia.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo que pudiera ser ventajoso para el tratamiento (en su caso), así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, así como los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con el tratamiento que recibo (en su caso).
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Conocer el tipo funcionalidad familiar que tienen las familias con un miembro que padece TDAH.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable:	Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo, Matrícula: 99366361. Teléfono: 5767 27 99 Extensión: 21407. Correo electrónico: rodriguin60@hotmail.com
Colaboradores:	Dra. Angélica Esquivel Treviño, matrícula: 99357378, teléfono: 5767 27 99 EXT. 21407, correo electrónico: angelicaet22@yahoo.com.mx
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

Anexo 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PRESENCIA DE UN MIEMBRO CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD

Actividades	ANO	2016								
	MES	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV
Elaboración del Protocolo	P	P	P							
	R	R	R							
Elección del instrumento	P			P						
	R			R						
Prueba Piloto	P				P					
	R				R					
Presentación al CLIEIS para registro de protocolo	P					P				
	R									
Recolección de la información	P						P			
	R									
Elaboración de la base de datos	P							P		
	R									
Captura de los información	P							P		
	R									
Procesamiento de Datos	P							P		
	R									
Análisis de los Resultados	P								P	
	R									
Elaboración del escrito científico	P									P
	R									

P = Programado

R = Realizado

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PRESENCIA DE UN MIEMBRO CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD

FACES III

Edad: _____ Género: _____ Escolaridad: _____

Instrucciones: lea cuidadosamente las preguntas y coloque el número correspondiente a su respuesta en la columna de lado izquierdo.

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 los 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 autoridad.
	7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
	8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
	9. Nos gusta pasar el tiempo libre en la familia.
	10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
	11. Nos sentimos muy unidos
	12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
	13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia 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 quién tiene la autoridad.
	19. La unión familiar es muy importante.
	20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar.

COHESION: _____ PUNTOS

ADAPTABILIDAD: _____ PUNTOS