UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 1
CIUDAD OBREGÓN, SONORA

TESIS

# FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DEL GRUPO ETARIO DE 3-17 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR NO. 67

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. MARINA ROJAS OLIVAS

CIUDAD OBREGÓN, SONORA. 2017

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**
**Tesis Digitales**
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DEL GRUPO ETARIO DE 3-17 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR NO. 67**

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

**PRESENTA:**
**DRA. MARINA ROJAS OLIVAS**

**AUTORIZACIONES:**

DR. MARIO OLIVAS BOJÓRQUEZ
ASESOR DE TESIS
MÉDICO ESPECIALISTA EN URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1

DR. SERGIO MUÑOZ ANDRADE
ASESOR DE TESIS
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1

DR. FERNANDO SOTO ACEVEDO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1

DRA. CELINA BARRERAS GIL
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DEL GRUPO ETARIO DE 3-17 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR NO. 67**

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

**PRESENTA:**
**DRA. MARINA ROJAS OLIVAS**

**AUTORIZACIONES:**

DR. EUSEBIO ROSALES PARTIDA
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN SONORA

DRA. BENITA ROSARIO URBAN REYES
COORDINADORA AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
**DELEGACIÓN SONORA**

DRA. CRUZ MÓNICA LÓPEZ MORALES
COORDINADORA AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
**DELEGACIÓN SONORA**

# "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES EN EL GRUPO ETARIO DE 3-17 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No. 67"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. MARINA ROJAS OLIVAS

AUTORIZACIONES

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

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

## ÍNDICE


| | Contenido | Página |
|---|---|---|
| I. | Resumen…….. | 6 |
| II. | Introducción…… | 7 |
| III. | Planteamiento del problema…….. | 11 |
| IV. | Justificación…… | 12 |
| V. | Objetivo general…….…… | 13 |
| VI. | Hipótesis…….. | 13 |
| VII. | Material y métodos……. | 14 |
| VIII. | Resultados…… | 19 |
| IX. | Discusión…….. | 20 |
| X. | Conclusión…… | 21 |
| XI. | Recomendaciones…….. | 22 |
| XII. | Bibliografía…… | 23 |
| XIII. | Anexos…… | 26 |

# I. RESUMEN

## Funcionalidad Familiar en pacientes del grupo etario de 3-17 años de edad con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la unidad médica familiar No. 67

***[1]Rojas-Olivas M, [2]Olivas-Bojórquez M, [3]Muñoz-Andrade S.***

[1]Alumna del curso de Especialización en Medicina Familiar del IMSS.
[2]Médico Especialista en Urgencias Médico Quirúrgicas adscrito al Hospital General Regional N° 1, Ciudad Obregón, Sonora.
[3]Médico Especialista en Medicina Familiar adscrito Unidad Medicina Familiar N° 1, Ciudad Obregón, Sonora.

**Introducción:** El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una de las patologías del orden psiquiátrico más frecuente en la infancia y tiene influencia en la funcionalidad familiar al representar un factor determinante en la aparición de la enfermedad entre sus miembros.

**Objetivo general:** Determinar el grado de Funcionalidad Familiar en pacientes del grupo etario de 3-17 años de edad con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la Unidad Médica Familiar No. 67.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, descriptivo, prospectivo. 33 pacientes, por muestreo no probabilístico por conveniencia, de 3 a 17 años de edad, con diagnóstico de TDHA. Se aplicó el test de funcionalidad familiar. El análisis de los datos se llevó mediante paquete estadístico SPSS v-20.

**Resultados:** La edad de mayor frecuencia fue 7 a 10 años con 43.8% (n=14) y la menor 15 a 17 años 9.4% (n=3). De acuerdo al test de funcionalidad familiar FF-SIL el 48% tiene una familia moderadamente funcional, el 40.6% (n=13) una familia disfuncional en el 37.5% (n=12).

**Conclusión**: En los pacientes con TDAH se encuentra una alta frecuencia de familias con disfunción familiar, por lo que tenemos que evaluar la funcionalidad y buscar factores de protección para el mejor control de los pacientes.

***Palabras clave: Funcionalidad Familiar, Déficit atención e hiperactividad.***

## II. INTRODUCCIÓN.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una enfermedad neuro-conductual que se caracteriza por una inquietud excesiva, falta de atención, distracción e impulsividad .[1]

La OMS reporta que a nivel mundial existe una prevalencia del TDAH del 5% de la población; En Estados Unidos de América se presenta entre el 2 y 18 %; mientras que en Colombia y España se ha reportado que el índice de prevalencia varía entre el 14 y 18 % representando un problema de salud pública reflejando problemas de comportamiento y dificultades en las relaciones socio familiares; como consecuencia de los síntomas propios del TDAH.[2]

En México aproximadamente un millón quinientas mil personas menores de 18 años de edad, es decir, el 5% del total de ese grupo poblacional padecen TDAH señalaron especialistas. Sin embargo, la Universidad Autónoma de México destaca en un comunicado que dicha cifra puede alcanzar hasta los 2.5 millones, sumando el número de adultos con este trastorno. En Sonora son cada vez más los niños que padecen TDAH, tan solo en el Centro Infantil de Desarrollo Neuro-conductual, de los niños que se atienden actualmente, el 30 % han sido diagnosticados con TDAH. [3]

En México el TDAH se ha incrementado considerablemente en los últimos años. En la década de los 50´s, uno de cada diez mil niños presentaba esta condición, en la actualidad lo padece el 12% del total de la población. [4]

Según el especialista en psiquiatría David Armando Cevallos Castro, al ofrecer una entrevista a Unidad de Ciudad Obregón Sonora., indicó que el 10 % de la población infantil padece de TDAH, recibido solo el 1 % atención medicamentos el por especialista. Mencionando que, por cada salón de clases, al menos 3 alumnos presentan dicho padecimiento, desafortunadamente el 45 % del total de los alumnos con TDAH no son aptos para aprobar el año escolar. [5]

Aunque por el momento se desconocen sus causas, los estudios de la genética realizados han proporcionado información sobre el importante papel que desempeñan los genes en el origen del trastorno. 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 tándem.[6]

El TDAH comprende un patrón persistente de conductas de desatención hiperactividad e impulsividad; sin embargo, hay que enfatizar que tiene diferente expresión en cada edad. Se considera que este trastorno está presente cuando dichas conductas tienen mayor frecuencia e intensidad de lo habitual según la edad y el desarrollo de la persona; tales manifestaciones interfieren de forma significativa ya sea en el rendimiento escolar, laboral o sus actividades cotidianas.[10] Es uno de los motivos más frecuentes por el que los niños son remitidos al pediatra, neuro-pediatra o al equipo de salud mental debido a que presentan problemas de conductas. [7]

El Manual Estadístico de Enfermedades Mentales propone que para realizar el diagnóstico de TDHA se requieren 6 de los 9 criterios diagnóstico, como son el niño o adulto no atiende detalles; le cuesta trabajo mantener la atención en el ámbito laboral o en las actividades lúdicas; Parece no escuchar cuando se le habla o nunca sigue las instrucciones indicadas; No cumple con sus deberes diarias, ya sean escolares, laborales o del hogar; Se le dificulta organizar y comprometerse en actividades que requieran un esfuerzo mental continuo. [8]

Fijar horarios para levantarse, comer, jugar, ver televisión y acostarse. Asegurar que las reglas e instrucciones sean comprendidas. Establecer un lugar para hacer tareas, especialmente que este lejos de distracciones. [9]

Los tratamientos disponibles para tratar a los enfermos con TDAH en la actualidad son multidisciplinarios, se centran en reducir los síntomas y mejorar el funcionamiento familiar, mediante el uso de fármacos como Metilfenidato, D-anfetamina y Pemolina; antidepresivos tricíclicos como Imipramina y Desipramina,

Bupropión, Venlafaxina y Reboxetina. Diferentes tipos de psicoterapia, educación o capacitación, o una combinación de tratamiento[10-11]. Siendo impredecible la colaboración, tanto de paciente como de la familia; para lograrla se debe proporcionar una información adecuada sobre sus objetivos, potenciales beneficios y posibles efectos adversos.[9]

Numerosas investigaciones señalan que el contexto familiar tiene un papel fundamental en el curso del TDAH. La disfunción familiar puede constituir un factor de riesgo que interactúa con la predisposición del niño, y exacerbar la presentación de los síntomas y su continuidad. (Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados).[3]

La familia es la institución social básica en donde se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones en la población.[12]

La funcionalidad Familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas de acuerdo al ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo.[13]

Como premisa tenemos que 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 facilita el enfrentamiento a los hechos de la vida.[14]

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional.[15]

La estabilidad y unidad familiar se ve amenazado cuando esta tiene que hacer frente a los mayores desafíos de la vida como son la enfermedad, la discapacidad y la muerte.[15]

Por ello, la evaluación del funcionamiento familiar es un paso importante en la atención de los adolescentes, ya que constituye la síntesis de las relaciones familiares como un todo interactivo, grupal y sistémico en determinado contexto histórico social en el cual vive la familia y condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes.[13]

Una herramienta que permite evaluar la funcionalidad familiar es el test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) que mide la cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad, clasificando a las familias en Funcionales, moderadamente funcional; Familia Disfuncional y severamente disfuncional.[3]

Por lo que, contar con un instrumento que posibilite de manera práctica y consciente el conocimiento de los índices de función o disfunción familiar, es una plataforma que a su vez permite la intervención preventiva, en el caso de pacientes con TDAH.[14]

## III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El TDAH es uno de los problemas clínicos y de salud pública más importantes en términos de morbilidad y disfuncionalidad, que se extiende desde la infancia y hasta la vida adulta, y abarca alteraciones frecuentes en el ámbito sanitario, social y académico.[3]

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta que a nivel mundial existe una prevalencia del TDAH del 5%. En los estados Unidos se da entre 2 y el 18%. Sin embargo, en Colombia y España se ha reportado un índice del 14 y 18%. Sin tener una cifra precisa, se cree que en México este trastorno afecta a 1 millón y medio de niños y niñas menores de 14 años de edad, estas cifras lo revelan como un problema de salud pública.[7]

En la Unidad de Medicina Familiar No. 67 se tienen registrados 36 pacientes con TDAH, con base a los criterios establecidos por el DSM-IV, por lo que surge el interés de conocer cuál es el grado de funcionalidad familiar actual ya que los ingresos al servicio han sido más frecuentes y envíos al servicio de especialidad para su atención, creemos que al establecer este grado podremos incidir en los factores que ocasionan esto, de tal manera que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es el grado de funcionalidad Familiar del grupo etario de 3 a 17 años de edad con Déficit de Atención e Hiperactividad de la Unidad Médica Familiar No. 67?**

## IV. JUSTIFICACIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es el cuadro clínico que tiene tendencia a aumentar hoy en día. Engloba características o criterios, de los cuales no son necesariamente consecuencia directa de la ausencia o insuficiencia de la atención, como es en el caso de los síntomas de hiperactividad o actividad motora excesiva, aunque la disfunción de la atención es considerada como el factor principal causal de este trastorno.

Dada la observancia mediante el estudio realizado con el FF-SIL, consideramos que es pertinente realizar este estudio para establecer cuanta población presenta esta funcionalidad familiar y de qué manera se puede incidir en ella para mejorar y bajar este grado de disfunción de la familia.

De realizarse este estudio, mejorará la relación del niño en los ámbitos de la escuela, trabajo y principalmente en su hogar. También es pertinente resaltar que el médico familiar en su consulta diaria pueda utilizar este instrumento para detectar el grado de funcionalidad de la familiar con algún integrante con esta patología, para establecer estrategias y mejorar la calidad de vida, así mismo, se puede establecer mediante este estudio de investigación determinar o conocer la frecuencia de este trastorno en nuestra población.

Dará margen a usar otros instrumentos ya validados por expertos para que pueda medir esta funcionalidad. La tarea final será difundir la propuesta en el personal de enfermería y resto del personal de salud como una herramienta de trabajo en la atención primaria a la salud.

## V. OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de funcionalidad Familiar en pacientes del grupo etario de 3 a 17 años de edad con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la Unidad Médica Familiar No. 67.

## VI. HIPÓTESIS

H1

El grado de funcionalidad Familiar en pacientes del grupo etario de 3 a 17 años de edad con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la Unidad Médica Familiar No. 67 es disfuncional.

H0

El grado de funcionalidad Familiar en pacientes del grupo etario de 3 a 17 años de edad con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de la Unidad Médica Familiar No. 67 no es disfuncional.

## VII. MATERIAL Y MÉTODOS

### 7.1 Característica del lugar donde se realizará el estudio:

La Unidad de Medicina Familiar No. 67 es una clínica de primer nivel de atención médica, la cual cuenta con 5 consultorios de Medicina Familiar, con servicio al derechohabiente de lunes a viernes, la atención médica tiene un horario matutino de 8:00 a 14:00 horas y vespertino de 14:00 a 20:00 horas. Esta clínica se encuentra localizada en el centro de Ciudad Obregón, Sonora. Por sus características demográficas se trata de una población urbana, en nuestra unidad no contamos con el servicio de urgencias por lo que son derivados a otra unidad de servicio.

**7.2 Diseño y tipo de estudio:** Observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, epidemiológico

### 7.3 Definición operacional y conceptual de las variables.

| **Variable** | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Unidad de medida |
|---|---|---|---|---|
| **Funcionalidad familiar** | La funcionalidad Familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa | Test de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad basados en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad. (FF-SIL) | Cualitativa nominal | 1.- 70-57 Familia Funcional<br>2.- 56-43 Familia moderadamente funcional<br>3.- 42-28 Familia disfuncional<br>4.- 27-14 Familia severamente disfuncional |
| **Género** | Rasgos genéticos que determinan el tipo de sexo | Se obtendrá a través de la encuesta. | Cualitativa nominal | 1.- Femenino<br>2.- Masculino |
| **Edad** | Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad de su estudio. | Edad cumplida al momento del estudio, establecida en el expediente clínico. | Cuantitativa discreta. | 1.- 3 a 6 años<br>2.- 7 a 10 años<br>3.- 11 a 14 años<br>4.- 15 a 17 años |

## 7.4 Universo y población del estudio:

Población de estudio: un grupo conformado por 27 pacientes del grupo etario de 3 a 17 años de edad con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

## 7.5 Criterios de Selección:

**Criterios de inclusión**

- Familias con Hijos con TDHA
- Pacientes con TDHA sin otras comorbilidades
- Familia sin trastornos psiquiátricos
- Familia sin enfermedades crónico degenerativas
- Pacientes en el rango de edad de 3 y 17 años.
- Con diagnóstico de TDAH
- Que acepten participar en el estudio

**Criterios de exclusión**

- Que no se encuentre al momento de la aplicación de cuestionario y padres de familia.

**Criterios de eliminación:**

- Llenado incompleto de encuesta
- Pacientes que renuncien al estudio o no deseen participar

**7.6 Tamaño de la muestra**

Población total 4,399 derechohabientes de 3-17 años.

$$n = \frac{Z^2 (p)\ (q)}{(d)^2} =$$

p: Prevalencia 5.0%

$Z^2$: Índice de confianza de una 95% (1.96)

q: Margen De error: 5% (0-05)

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 5.0 \times 36}{(0.05)^2.} = \frac{3.84 \times .050 \times .36}{0.0025} = \mathbf{27}$$

**Ajuste de la muestra**

$$\mathbf{N} = \frac{n^1}{1 + (n^1/\text{población})}$$

$$\mathbf{N} = \frac{106}{1 + (106/30)}$$

$$\mathbf{N} = \frac{106}{1 + 2.94}$$

$$\mathbf{N} = \frac{106}{3.94} = 26.90$$

Con base en las perdidas esperadas del 20%

**N =** 27 + 5 (20%)

**N =** 33

***Fuente ARIMAC UMF 67 2014***

## 7.7 Descripción general del estudio

Estudio observacional descriptivo, transversal, prospectivo, y epidemiológico. Una vez autorizado el proyecto por el Comité Local de Investigación 2603, se procedió a captar a los pacientes con diagnóstico de trastorno de déficit de atención e hiperactividad con rango de edad de 3 a 17 años de edad adscritos a la UMF 67, de ambos turnos que cumplieron con los criterios de selección, se les solicitó a los padres consentimiento informado y una vez firmado se procedió con la recolección de los datos.

En la hoja de recolección diseñada para esta investigación se consignaron los datos generales de identificación del menor, así como de los miembros de la familia que participaron, incluyendo nombre, edad y género de cada uno.

Se aplicó el instrumento FF-SIL, el cual es un test para medir la funcionalidad familiar que mide el grado de funcionalidad basados en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad de la familia, y con base en los resultados se determinó el grado de funcionalidad familiar: las entrevistas se realizaron por lo menos a dos miembros de cada familia.

El instrumento FF-SIL se valoró a través 14 reactivos, dando una puntuación de 0 a 5 según el grado de satisfacción para cada pregunta realizando una sumatoria de los puntos y comparándola con la escala preestablecida en la que un valor de 27 a 14 puntos es una familia severamente disfuncional, de 42 a 28 puntos familia disfuncional, de 56 a 43 puntos familia moderadamente funcional, y de 70 a 57 puntos familias funcionales.

Posteriormente, se concentraron los datos en el programa de SPSS versión 20 en español, para su análisis mediante estadística descriptiva y los resultados se presentaron en tablas y gráficas.

### 7.8 Análisis estadístico

Se diseñó una hoja de recolección de datos para cada participante en la cual se registraron datos relevantes del niño y de su contexto familiar. Además, se registró el nivel básico al que correspondía y el resultado general obtenido en la evaluación.

El procesamiento y análisis estadístico de los resultados se realizó a través de frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana, rango y desviación estándar). Las variables de estudio se analizaron a través del paquete estadístico SPSS v.20.

## VIII. RESULTADOS.

Se estudió un total de 32 pacientes con TDAH, en edades comprendidas de los 3 a los 17 años, con la siguiente distribución: de 3 a 6 años 8 (25%), de 7 a 10 años 14 (43.8%), de 11 a 14 años 7 (21.9%) y de 15 a 17 años 3 (9.4%).[Gráfica 1]

En cuanto al género el 93.8% (30) fueron del masculino, y el 6.3% (n=2) del femenino. [Gráfica 2]

Encontramos de acuerdo al test de Funcionalidad Familiar FF-SIL que el 21.9% (7) pertenece a una familia funcional, el 40.6% (13) tienen una familia moderadamente funcional y el 37.5% (n=12) son de una familia disfuncional. [Gráfica 3]

## IX. DISCUSIÓN.

Biederman (2000) se refiere al TDAH como un trastorno crónico que persiste desde la infancia hasta la adolescencia y la vida adulta, con mayores tasas de psicopatología, deterioro cognitivo, familiar, social, escolar y psicosocial que la población de control. Nuestro estudio se ha centrado en la funcionalidad familiar de estos pacientes y su relación en casos de TDAH.[16]

Anastopoulos et al [1992] y Johnson et al [2002]. Demostraron que este trastorno produce gran desajuste social y familiar y siendo el objetivo principal ofrecer una atención integral de alta calidad, así como apoyo médico y psicológico especializado a niños, adolescentes, y es la familia es el primer agente socializador y representa un factor protector para las diversas dificultades del trastorno, resulta de suma importancia identificar la funcionalidad familiar en los pacientes con TDAH.[16]

Originalmente, el FF-SIL fue diseñado para contar con un instrumento fácil y de efectividad comprobada que midiera varios grados de funcionalidad familiar, para facilitar el trabajo de Enfermeras ante su intervención con Familias Disfuncionales, responsables de tantas afectaciones de salud de diferentes magnitudes en cualquier periodo de la vida, como vemos en este estudio.

## X. CONCLUSIÓN.

Los resultados obtenidos, concuerdan con lo propuesto en la hipótesis de trabajo, ya que el grupo de pacientes de 3 a 17 años de edad con TDAH, con base el test FF-SIL para evaluar la Funcionalidad Familiar encontramos que el 37.7% tiene disfunción familiar.

En cuanto al objetivo de la investigación, en el cual se planteaba determinar el grado de funcionalidad Familiar en pacientes del grupo etario de 3 a 17 años de edad con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la Unidad Médica Familiar No. 67, no solo puntuaron dentro de los rangos establecidos por la norma tanto en los sub-ítems como en el desempeño general.

La gravedad de las manifestaciones es importante hasta el punto de que los padres de los niños con TDAH-C confiesan que es más difícil vivir con él y que su presencia influye negativamente en la familia.

En efecto, nuestros resultados muestran que los padres de niños con TDAH-C perciben que este hijo afecta considerablemente a sus sentimientos y actitudes, de manera que les produce estrés y les hace sentir menos competentes como padres.

Nuestro estudio aporta una visión más comprensiva y probablemente más ajustada a la realidad en el sentido de que destaca que dentro del campo del TDAH en general, y del TDAH-C en particular, existe todo un continuo de casos con diferente gravedad y diversidad de manifestaciones.

## XI. RECOMENDACIONES.

Dependerá primordialmente de las características del paciente, así como del funcionamiento familiar como elemento central en la protección del paciente con TDH. En ella hay que evaluar su funcionalidad antes de asumir que pueden con la carga de su cuidado.

Según la mayor parte de todas las guías de práctica clínica el diagnóstico del TDAH es exclusivamente clínico en la mayor parte de los casos. Se recomienda realizar una valoración completa con multi-informantes de los síntomas actuales.

Implementar programas de salud mental en las escuelas para la capacitación de docentes, buscando ayuda multidisciplinaria: docentes, médicos, psiquiatras, psicólogos y psicopedagogos, para identificar el TDAH en los estudiantes y referir a los escolares en caso de requerir intervención psiquiátrica y tratamiento farmacológico.

Los reportes de intervenciones psicosociales, en especial la terapia cognoscitivo-conductual y la terapia familiar han resultado de utilidad en el tratamiento de los niños y adolescentes con TDAH, sin embargo, el mayor éxito se logra al combinar las intervenciones tanto farmacológicas como psicosociales.

A modo de proyección, se considera importante el instrumento de evaluación utilizado en el presente trabajo, como una herramienta útil para caracterizar el desempeño de las funciones familiares en casos de niños en edad preescolar y escolar.

El niño o el adolescente con TDAH es un sujeto normal, padece una enfermedad crónica que, bien controlada, le permite desarrollar de forma convencional sus potencialidades en el área social, académica y familiar. Es una necesidad continua del clínico y del especialista responsable, mantenerse al tanto de los avances en el tratamiento de este padecimiento que tanto daña a quienes lo sufren.

## XII. BIBLIOGRAFÍA.


1. Vera A, Ruano MI, Ramírez LP. Características clínicas y neurobiológicas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Colomb Med [En línea]. 2007 [Consultado el 20 de abril de 2014]; 38 [433-439]. Disponible en:http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/4261/1/caracteristicas.pdf
2. Psicomed. Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y en la adolescencia [En línea]. Psicomed; [Consultado el 20 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F90-F98.html
3. Fernández-Mayoral MD, Fernández-Jaen A, García-Segura JM, Quiñones-Tapia DS. Neuroimagen en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Rev Neurol. [En línea] 2010 [Consultado el 22 de abril de 2014]; 50 [S125-S133]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Alberto_Fernandez_Jaen/publication/41722648_Neuroimaging_in_attention_deficit_hyperactivity_disorder/links/55702c5108aec226830ac7ae.pdf
4. Salud Sonora. Orientan a padres y maestros de niños con TDAH [Internet]. México: Salud Sonora; [23/04/2010, Consultado el 5 agosto 2014]. Disponible en: http://www.saludsonora.gob.mx/nota.php?id=654
5. Pascual-Castroviejo I. trastornos por déficit de atención e hiperactividad [Internet]. Cuba: Infomed Red de salud de Cuba; [2001, Consultado el 25 de agosto 2014]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/trastornos_de_la_atencion.pdf
6. Vásquez J, Cárdenas EM, Feria M, Benjet C, Palacios L, De la Peña F. Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad [En línea]. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; [2010, Consultado en mayo 2014]. Disponible en: http://www.centropsicologicomca.es/articulos/guia_tdah.pdf

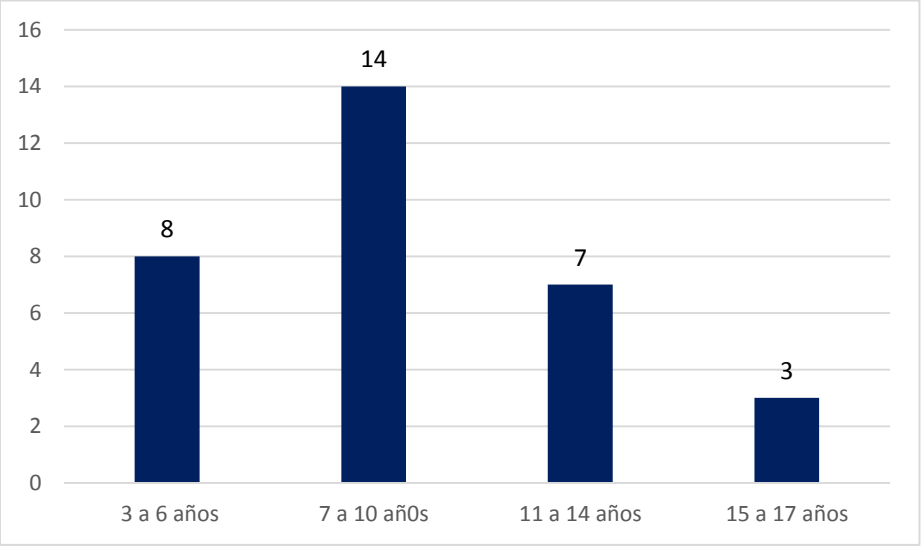
7. Información Farmacoterapútica de la Comarca. Trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en el niño-adolescente. [Internet]. 2006 [Consultado el 12 de julio 2014]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkpubl01/eu/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v14_n9.pdf
8. Uniobregon. Eliminar creencias con respecto al TDAH [En línea]. México: UniObregon; [02/04/14, Consultada 5 de agosto 2014]. Disponible en http://www.uniobregon.com/noticias/cdobregon/articulo183285.html
9. Presentación-Herrero MJ, García-Castellar R, Miranda-Casas A, Siegenthaler-Hierro R, Jara-Jiménez P. Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. Rev Neurol. [En línea]. 2006 [Consultado el 30 de agosto 2014]; 42(3) [137-143]. Disponible en: http://www.neuroser.com/pdfs/Impacto%20familiar%20de%20los%20ni%F1os%20con%20TDAH.pdf
10. Zapata-Gallardo JN, Figueroa-Gutiérrez M, Méndez-Delgado, Miranda-Lozano VM, Linares-Segovia B, Carrada-Bravo T, et al. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Bol Med Hosp Infant Mex. [En línea]. 2007 [Consultado 27 de agosto 2014]; 64(5) [295-301]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2007/hi075e.pdf
11. Hernández-Castillo L, Cargill-Foster NR, Gutiérrez-Hernández G. Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011. Salud Tabasco [En línea]. 2012 [Consultado el 30 de agosto 2014]; 18(1) [14-23]. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48724427004
12. Pozo-De Castro JV, De La Gándara-Martín JJ, García-Mayoral V, García-Soto XR. Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Bol Pediatr. [En línea]. 2005 [Consultado el 30 de agosto de 2014]; 45(193) [170-176]. Disponible en: http://www.sccalp.org/boletin/193/BolPediatr2005_45_170-176.pdf

13. Ortega-Veitía MT, De la Cuesta-Freijomil D, Días-Retureta C. Propuestas de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev Cubana Enfem. [n línea]. 1998 [Consultado el 29 de agosto 2014]; 15(3) [164-168]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol15_3_99/enf05399.pdf
14. Rage JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolecente embarazada. Rev Fac Med UNAM. [En línea] 2004 [Consultado el 30 de agosto de 2014]; 47(1) [24-27]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041g.pdf
15. Alvares-Rubio AM, Ayala-Balcázar A, Nuño-Licona AE, Efrén-Alatorre M. Estudio sobre el nivel de funcionalidad en un grupo de familias que tienen un hijo con parálisis cerebral infantil. Rev Mex Med Fis Rehab. [En línea] 2005 [Consultado el 30 de agosto de 2014]; 17(3) [71-76]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2005/mf053b.pdf
16. Lopez-Villalobos JA, Serrano-Pintado I, Sanchez-Mateos J, Cañas-Calas MT, Gil-Diez-Usandizaga C, Sanchez-Azón MI. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: evolución en dimensiones clínicas, cognitivas, académicas y relacionales. Rev Asociacion Española de Psiquiatria [En línea] 2004 [Consultado agosto de 2016]; (91) [63-80]. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019659005

## XIII. ANEXOS.

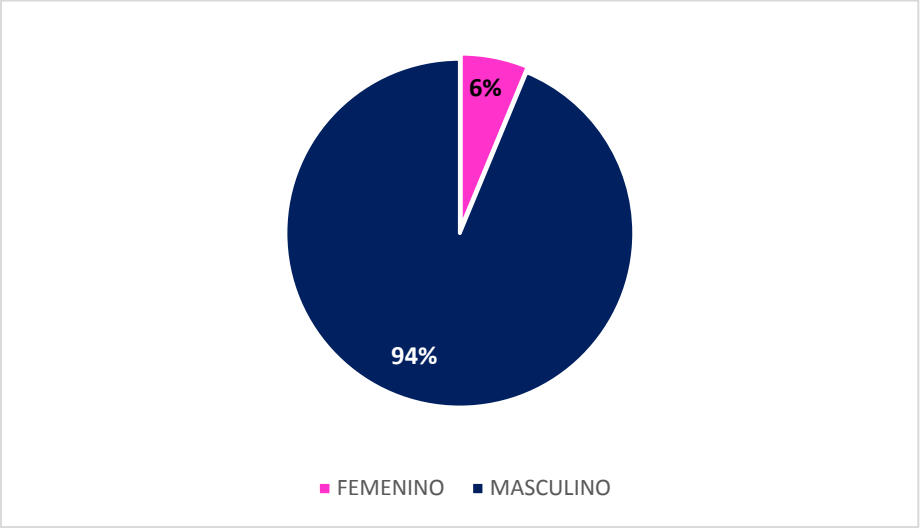
### Anexo 1. Gráficas.

**Gráfica 1. Frecuencias por edades del grupo etario de 3 a 17 años de edad, con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la unidad de medica familiar No. 67**



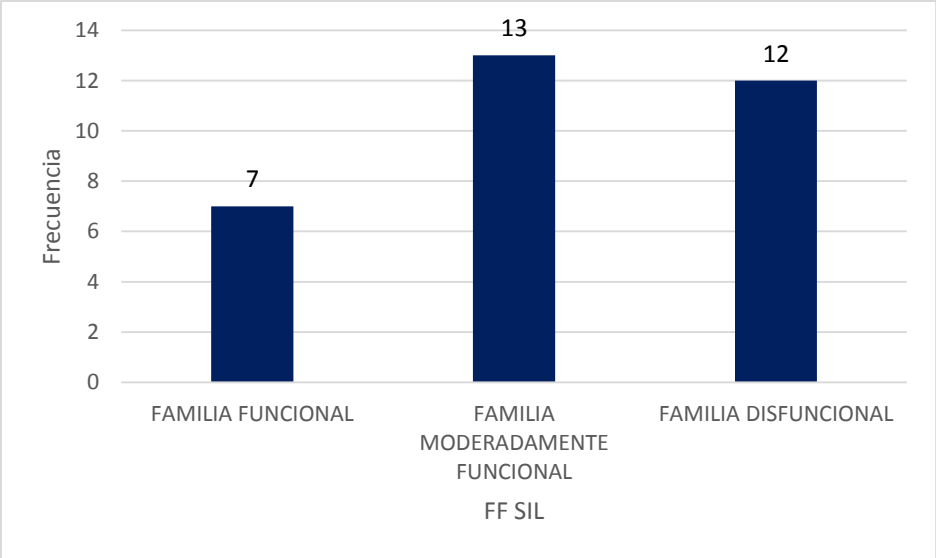

**FUENTE. Base de datos SPSS Dra. Marina Rojas**

**Gráfica 2. Frecuencias por género del grupo etario de 3 a 17 años de edad, con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la unidad de medica familiar No. 67**




**FUENTE. Base de datos SPSS Dra. Marina Rojas**

**Gráfica 3. Frecuencias del funcionamiento familiar del grupo etario de 3 a 17 años de edad, con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la unidad de medicina familiar No. 67**




**FUENTE. Base de datos SPSS Dra. Marina Rojas**

## Anexo 2. Instrumentos aplicados.

## Instrumento. Cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL)

A continuación, les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, PUNTÚE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación. Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5)

1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia. _____
2. En mi casa predomina la armonía. _____
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades. _____
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. ____
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa. _____
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. _____
7. Tomamos en consideración experiencias de otras familias situaciones diferentes. _____
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan. _____
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado. _____
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones._____
11. Podemos conversar diversos temas sin temor._____
12. En una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.__
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar._____
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos. _____

**PUNTUACIÓN**

De 70 a 57 puntos…Familias funcionales
De 56 a 43 puntos…Familia moderadamente funcional
De 42 a 28 puntos…Familia disfuncional
De 27 a 14 puntos…Familia severamente disfuncional

**Número de pregunta y las Situaciones Variables que mide**

1 y 8 …Cohesión
2 y 13 … Armonía
5 y 11 … Comunicación
7 y 12 … Permeabilidad
4 y 14 … Afectividad
3 y 9 … Roles
6 y 10 … Adaptabilidad

Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
Comunicación: los miembros de la familia transmiten sus experiencias de forma clara y directa.
Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

**Anexo 3. Hoja 1 de recolección de datos.**

| N° | afiliación | Edad | Escolaridad | Resultado test SS-FIL |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |

## Anexo 4. Consentimiento informado.

| | |
|---|---|
| | **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**<br>**UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN**<br>**Y POLITICAS DE SALUD**<br>**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**<br>**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO** |
| CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN | |
| Nombre del estudio: | **Funcionalidad Familiar en pacientes del grupo etario de 3 a 17 años de edad, con Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad en la Unidad Médica Familiar No. 67** |
| Lugar y fecha: | Unidad de Medicina Familiar número 67. Ciudad Obregón, Sonora. |
| Número de registro: | **R-2014-2603-46** |
| Justificación y objetivo del estudio: | Determinar el grado de funcionalidad Familiar en pacientes del grupo etario de 3-17 años de edad con Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad de la Unidad Médica Familiar No. 67. El realizar este estudio enriquecerá más la información del estado actual con respecto a la funcionalidad familiar, es de interés para la unidad hospitalaria ya que de esta manera se podrán implementar estrategias para mejorar esta relación redituando en descenso de las consultas, y de costos al disminuir número de medicamentos, así mismo para los pacientes en una intervención más directa para conservar y mejorar la dinámica familiar. |
| Procedimientos: | Previo consentimiento informado se aplicará el test FF-SIL a todos los pacientes derechohabientes captados para este estudio y que corresponda al cuadro clínico trastorno de déficit de atención e hiperactividad TDAH. |
| Posibles riesgos y molestias: | Se me ha explicado que no representa algún riesgo a la salud, solamente se aplicarán unas encuestas. |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | Canalizaremos a los pacientes con disfunción familiar a psicología para que tengan atención oportuna, con el objetivo de mantener un adecuado estado de salud biopsicosocial y disminuir problemas futuros. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | Se informará a la paciente el resultado del estudio. Se me ha explicado que con los resultados de esta investigación se podrán adoptar acciones preventivas, y de tratamiento adecuadas para beneficio de mi salud. |
| Participación o retiro: | Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el instituto o con el departamento. |
| Privacidad y confidencialidad: | El investigador responsable me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. |
| Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): | El investigador responsable se ha comprometido en informarme acerca de alternativas a mi actual tratamiento en caso de ser necesario. |
| Beneficios al término del estudio: | Se me ha explicado que el beneficio del estudio consistirá en una mejor propuesta de atención futura para darle solución a los problemas encontrados. |
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: | A los investigadores que abajo se mencionan |
| Investigador Responsable: | DRA. MARINA ROJAS OLIVAS **marinarojaas@hotmail.com** |
| *Colaboradores:* | DR. Sergio Muñoz Andrade, sergimauan74@hotmail.com |
| 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 | |
| _____<br>Nombre y firma del sujeto | _____<br>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento |
| _____<br>Testigo #1 Nombre, dirección, relación y firma | _____<br>Testigo #2 Nombre, dirección, relación y firma |
| | **Clave: 2810-009-013** |

## Anexo 5. Dictamen de autorización.

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

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

IMSS

"2014, Año de Octavio Paz".

**Dictamen de Autorizado**

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

FECHA **22/10/2014**

**DRA. MARINA ROJAS OLIVAS**

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

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

**Funcionalidad Familiar en pacientes en el grupo etario de 3-17años de edad con Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad en la Unidad Médica Familiar No. 67**

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

| Núm. de Registro |
|---|
| R-2014-2603-46 |

ATENTAMENTE

**DR.(A). MIGUEL ZEMPUAL LOPEZ**
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2603

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL