

**GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL**  
**México La Ciudad de la Esperanza**



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

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
SECRETARÍA DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN**  
**EN MEDICINA FAMILIAR**

**CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LOS NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT**  
**DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD**

TESIS  
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:  
DRA. GUADALUPE ORTEGA VÉLEZ.

DIRECTOR DE TESIS:  
DR. EFRÉN RAÚL PONCE ROSAS.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LOS NIÑOS CON TRASTORNO  
POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD**

**DRA. GUADALUPE ORTEGA VÉLEZ**

Vo. Bo.

DR. EFRÉN RAÚL PONCE ROSAS

---

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESOR TITULAR "A" TC  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM  
DIRECTOR DE TESIS

**CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LOS NIÑOS CON TRASTORNO  
POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD**

**DRA. GUADALUPE ORTEGA VÉLEZ**

Vo. Bo.

Dra. Consuelo González Salinas

---

Profesor Titular del Curso de  
Especialización en Medicina Familiar

Vo. Bo.

Dr. Antonio Fraga Mouret

---

Director de Educación e Investigación

## **AGRADECIMIENTOS**

*A la Dra. Consuelo González Salinas, por transmitir más que conocimientos, su experiencia para dirigir y dirigirme como médico familiar.*

*Al Dr. Efrén Raúl Ponce Rosas, por su paciencia y ayuda al interpretar mis ideas y plasmarlas en este trabajo.*

*A la Dra. Hilda Gabriela Madrigal de León, por creer siempre en mí y en mi trabajo, teniendo siempre tiempo para escucharme.*

*Al Dr. Jesús Torres Álvarez, por compartir sus experiencias, y enseñarme medicina aún en el cansancio de las interminables noches de guardia.*

*A Lili con mucho cariño por enseñarme que no hay imposibles, cuando nos valemos de todo lo que somos para lograr nuestras metas.*

*Al Dr. Rubén Quiroz.... por ser el Dr. Quiroz.*

*Al personal del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana” por permitirme aprender de su trabajo cotidiano, el mayor número de experiencias para mi práctica médica.*

*A todos los pacientes y sus familias, que a lo largo de tres años y que a pesar de su malestar, confiaron en mí para explorar en su padecimiento físico y emocional, brindándome la oportunidad de aprender, y darles un poco de alivio.*

*A mis compañeros con los que he compartido momentos inolvidables, y que, aún con ideologías distintas han enriquecido a mi persona y al médico familiar.*

## **DEDICATORIAS**

*A Dios por darme la oportunidad y la capacidad de vivir plenamente*

*A Enrique con profundo agradecimiento por ser mi compañero, amigo y amor. Y por no soltar mi mano en estos tres años.*

*A Enrique y Ximena, quienes día a día me enseñan a vivir intensamente, con el más profundo amor.*

*A mi madre quien con su ejemplo me ha enseñado a ser triunfadora, gracias por estar en todo momento a mi lado.*

*A mi padre por que su recuerdo y alegría me acompañan siempre*

*A mis hermanos: Isabel, Oscar, Ramón, Teresita, Carlos y Martín, así como a las familias que han formado, por ser los mejores ejemplos en mi vida.*

*A mi familia política, quienes me han apoyado como un miembro más de su familia.*

## RESUMEN

**Introducción.** El Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad (TDAH) es un padecimiento neuropsiquiátrico frecuente, se define como un síndrome conductual de origen orgánico, caracterizado por distracción moderada a severa, con periodos de atención breve, hiperactividad, inestabilidad emocional e impulsiva, que se ha observado que puede persistir y manifestarse durante la edad adulta.

**Objetivo.** Determinar las características generales de las familias con hijos con TDAH.

**Metodología.** El estudio se llevó a cabo en el servicio de salud mental del Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana", de la delegación Tlalpan en México, DF., en un periodo de junio a agosto de 2007. Se entrevistaron a 126 familias de niños con TDAH por medio de entrevista directa se realizó genograma y se aplicaron criterios del DSM-IV.

**Resultados:** Se obtuvo información de 637 individuos que formaron las 126 familias estudiadas. De estas se encontró que el 49.20%, son nucleares y 42.90% son integradas. Solo un 19.80% son monoparentales viviendo con la familia de origen. La etapa del ciclo vital fue con un 88.9% en dispersión. Las principales ocupaciones de los padres fueron, ama de casa (11%), empleado (9.1) y técnico (8.9%). El estado civil fue en un 24.6% casado y 15.9% unión libre. Las Toxicomanías detectadas fueron 17.7% tabaquismo, 1.9% alcoholismo y 14.8% ambas. Solo un 6.4% refirieron consumo de alguna droga. Los niños estudiados fueron masculinos en 77% de los casos. Con solo un hermano (62%). Los casos se detectaron en 67.5% en la escuela. El 80% de los niños recibe tratamiento farmacológico y psicoterapia.

**Conclusiones:** La información obtenida tanto de las familias como de los niños con TDAH resulta de relevancia para el médico familiar en su práctica diaria para identificar casos nuevos y ofrecer tanto a estos, como a los casos prevalentes una mejor atención del niño y su familia.

**Palabras clave:** déficit de atención e hiperactividad, medicina familiar, genograma.

## **ABSTRACT**

**Introduction.** The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a frequent neuropsychiatric disease. It is defined as a behavioral syndrome of organic source, characterized by moderate to severe distraction, brief periods of attention, hyperactivity, emotional and impulsive distress. It has been observed that this syndrome can show up and persist during adult age.

**Objective.** To determine general characteristics of families with ADHD children.

**Methodology.** The study was carried on from June to August 2007, at the mental health services of The Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana", located at the Tlalpan county in México City. One hundred and twenty one families with ADHD children were interviewed, using face to face interviews. Genograms were conducted and DSM-IV criteria were used.

**Results.** Information was obtained from 637 individuals within 121 families. From them, 49.2% were nuclear families and 42.9% were extended families. Only 19.8% were single-parent families living with relatives. The vital cycle stage was 88.9% disperse. Main parents' occupation was housekeeping (11%), clerk (9.1%) and technician (8.9%). Most of the parents were married (24.6%) and 15.9% unmarried. Addictions were present as follows: smoking 17.7%, alcoholism 1.9% and both addictions 14.8%. Just 6.4% reported some type of drug intake. Seventy seven percent of the studied children were male, with only one sibling (62%). Cases were enrolled mainly at school (67.5%). Eighty percent of the children was receiving some kind of medication and psychotherapy.

**Conclusions.** The Information obtained from ADHD children and their families is relevant to the Family Doctor's daily practice. It allows them to identify new cases and offer the best attention to the children and their families.

**Key words.** Attention deficit, hyperactivity, family medicine, genogram.



# ÍNDICE

<b>1. MARCO TEÓRICO</b>	<b>1</b>
1.1 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	
1.1.1 Antecedentes	1
1.1.2 Definiciones	2
1.1.3 Etiología	2
1.1.4 Epidemiología	5
1.1.5 Cuadro clínico y comorbilidad	7
1.1.6 Diagnóstico	9
1.1.7 Tratamiento	12
1.2 TDAH Y FAMILIA	17
1.3 EL GENOGRAMA EN EL ESTUDIO DE LA FAMILIA	22
1.4 PAPEL DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA ATENCIÓN DE LA FAMILIA DEL NIÑO CON TDAH	24
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>27</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>33</b>
<b>4. OBJETIVOS</b>	<b>36</b>
<b>5. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>37</b>
5.1 Tipo de estudio	37
5.2 Diseño de investigación del estudio	37
5.3 Población, lugar y tiempo	39
5.4 Muestra	39
5.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	39
5.6 Variables	40
5.7 Definición conceptual y operativa de las variables	44
5.8 Diseño estadístico	44
5.9 Instrumentos de recolección de datos	46

5.10	Método de recolección de datos	50
5.11	Maniobras para evitar y controlar sesgos	51
5.12	Prueba piloto	51
5.13	Procedimientos estadísticos	51
5.14	Base de datos	51
5.15	Cronograma	57
5.16	Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	58
5.17	Consideraciones éticas	59
<b>6.</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>66</b>
6.1	Integrantes de la Familia	66
6.1.1	Parentesco	66
6.1.2	Sexo	67
6.1.3	Ocupación	67
6.1.4	Estado civil	68
6.1.5	Psicopatologías	68
6.1.6	Toxicomanías	69
6.1.7	Adicciones	69
6.1.8	Niños con TDAH	70
6.1.9	Edad de los niños con TDAH estudiados	70
6.2	Datos de los niños con TDAH	70
6.2.1	Sexo de los niños con TDAH	70
6.2.2	Número de hermanos	70
6.2.3	Lugar que ocupa el niño según el número de hermanos	71
6.2.4	Fuente de detección de los niños con TDAH	72
6.2.5	Tipo de tratamiento	72
6.2.6	Violencia familiar	73
6.2.7	Tipo de familia	74

6.2.8	Familias monoparentales	75
6.2.9	Integración familiar	76
6.2.10	Etapa del ciclo vital	76
6.2.11	Edad	76
6.2.12	Niños con déficit de atención	77
6.2.13	Niños con hiperactividad/impulsividad	77
6.2.14	Distribución de niños con o sin déficit de atención según sexo	78
6.2.15	Distribución de los niños con o sin déficit de atención y la tipología familiar	78
6.2.16	Distribución de niños con o sin déficit de atención según la integración familiar	79
6.2.17	Distribución de niños con o sin déficit de atención según el ciclo vital	80
6.2.18	Distribución de niños con o sin déficit de atención según la existencia de violencia familiar	80
<b>7.</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>81</b>
<b>8.</b>	<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>85</b>
<b>9.</b>	<b>REFERENCIAS</b>	<b>87</b>

# 1. MARCO TEÓRICO

## 1.1.1 ANTECEDENTES

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad/Impulsividad (TDAH) es un padecimiento neuropsiquiátrico frecuente. Aunque los primeros datos sobre niños hiperactivos aparecieron hacia la segunda mitad del siglo XIX<sup>1</sup>, fué el médico inglés George Still quien describió sistemáticamente las características del síndrome en 1902, un grupo de niños ingleses con agresividad, hiperactividad, resistencia a la disciplina, excesiva emocionalidad, inatención y defectos en el control moral<sup>2-5</sup>. Still desarrolló una concepción muy particular de la hipercinesia asociándola a “fallos en el control moral” escasa capacidad para interiorizar reglas, los problemas atencionales, la mentira, el robo, que no obedecían a deficiencias intelectuales. Además, señaló como correlatos de esta una aparente reducción de la sensibilidad al castigo acusada inmadurez, labilidad emocional y elevada frecuencia de anomalías físicas sin importancia. En los años siguientes, distintos autores encontraron en niños que habían sufrido un daño cerebral, síntomas similares a los descritos por Still lo que propició que se adscribiera claramente la hiperactividad a una alteración neurológica.

En la década de los sesenta<sup>1, 2</sup>, la interpretación de la hipercinesia como un trastorno del comportamiento resultante de un daño cerebral se substituye por el concepto más sutil de disfunción cerebral. Miranda<sup>1</sup> refiere al autor Clements quien definía la disfunción cerebral mínima como un trastorno de conducta y del aprendizaje que experimentan niños con una inteligencia normal y que aparece asociado con disfunciones de sistema nervioso central.

Las manifestaciones de este trastorno incluían: hiperactividad, desajustes perceptivos motores, inestabilidad emocional deficiencias de atención y de coordinación general, impulsividad, trastornos de audición, del habla, deficiencias de memoria y de pensamientos, signos neurológicos menores y/o irregularidades electroencefalográficas y dificultades específicas en el aprendizaje (lectura, escritura y matemáticas).

Sin embargo, al no encontrarse apoyo empírico suficiente que validara el concepto de disfunción cerebral mínima como un síndrome médico, los investigadores especialmente psicólogos y pedagogos, dirigieron sus esfuerzos a intentar caracterizar la hiperactividad como un trastorno del comportamiento.

En los años setenta<sup>1</sup> se argumentó que la deficiencia básica de los niños hiperactivos no era el excesivo grado de hiperactividad, sino su incapacidad para mantener la atención y su impulsividad. Esta deficiente autorregulación explicaría su incapacidad para adaptarse a las demandas sociales, es decir, para imponer límites a su comportamiento y la mayoría de los problemas asociados que experimentan los sujetos hiperactivos.

A finales de los ochenta la mayoría de los médicos basaban el diagnóstico del trastorno en observaciones del niño en la clínica y en la respuesta positiva a la medicación psicoestimulante, en estudios recientes se señala claramente la tendencia a realizar una evaluación más comprensiva, que incluye la remisión del niño al psicólogo.

La divergencia histórica en las definiciones de la hiperactividad y en las opiniones respecto a los procedimientos de evaluación que se han considerado más adecuados en las distintas épocas ha acarreado sustanciales diferencias respecto a los datos aportados por las investigaciones<sup>1,2</sup>.

### **1.1.2 DEFINICIÓN**

Se encuentran un amplio número de definiciones, en las que cada autor pretende englobar todas las presentaciones del padecimiento<sup>1-8</sup>, una de las más completas es la mencionada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), donde se define como “un síndrome conductual de origen orgánico, que se manifiesta con frecuencia en niños y también en adultos, caracterizado por distracción moderada a severa, periodos de atención breve, hiperactividad, inestabilidad emocional e impulsividad, y que se ha observado que puede persistir y manifestarse durante la edad adulta<sup>6</sup>.”

La sintomatología debe de presentarse en dos lugares distintos (hogar y en la escuela o el trabajo), por lo que algunos síntomas causantes de problemas se presentan antes de los 7 años<sup>1,3-8</sup>.

### **1.1.3 ETIOLOGÍA**

En relación a la etiología es cuestión de debate determinar si la causa es genética o ambiental<sup>2</sup>. Existe participación de múltiples factores, uno de ellos es el relacionado con alteración en los neurotransmisores y se postula un déficit en la acción reguladora (inhibitoria) de ciertos neurotransmisores (dopamina, noradrenalina y serotonina), a nivel de la corteza prefrontal y estructuras inferiores (cuerpo estriado). La dopamina modula las funciones cognitivas, el control motor y los mecanismos de regulación de la motivación y la satisfacción.

La serotonina esta implicada en el control de los impulsos, por su acción sobre el eje mesolímbico-cortical<sup>1-6,8-15-17</sup>.

También existe la teoría de daño cerebral estructural, y se han encontrado similitudes muy importantes en los trastornos conductuales TDAH y gente que sufrió lesiones en los lóbulos frontales.

En estudios de resonancia magnética del cerebro se ha encontrado una disminución del volumen global: 7% menor en comparación con niños de la misma edad y particularmente en varias regiones como las prefrontales, núcleo caudado y globo pálido, vermis cerebeloso, y principalmente de los lóbulos posteroinferiores<sup>4</sup>.

Se ha propuesto que la enfermedad tiene origen genético por polimorfismo en varios genes dopaminérgicos (DTA y el receptor D4), ya que los hijos de un individuo con TDAH tienen 50% de probabilidades de padecerlo y en gemelos ambos lo presentan entre 50 y 70% de los casos.

Más del 5% de los niños con TDAH pueden tener alteración en la función tiroidea, aunque el significado de este dato es poco claro puesto que otros estudios no han encontrado alteraciones en un porcentaje tan alto.

Cuando se han comparado los niños que tuvieron bajo peso al nacer con controles sanos a la edad de 12 años, 23% de los primeros cumplieron los criterios para TDAH en comparación con 6% de los controles<sup>2</sup>.

No se descarta como génesis la influencia de factores que actuarían durante la gestación, el parto o el desarrollo infantil, la cultura se considera un factor muy importante, tanto para la presentación como para el diagnóstico, ya que cada cual tiene diferentes expectativas y patrones asociados al desempeño y comportamiento adecuado de los niños en la familia y por último también el medio socioeconómico<sup>1</sup>.

A pesar de que existe un consenso sobre la organicidad del padecimiento, su etiología no es identificada claramente con estudios clínicos o laboratoriales. Es bien conocido que los síntomas principales (inatención y control de impulsos) son debidos a una falla del sistema ejecutivo, el cual es factible evaluar por medio de pruebas neuropsicológicas.

#### **1.1.4 EPIDEMIOLOGÍA**

En la consulta psiquiátrica el TDAH es uno de los diagnósticos más frecuentes. Resaltando el hecho que de acuerdo a la población estudiada, existe variabilidad en la prevalencia, relacionada con el sitio donde se hayan elaborado los estudios, desde 1.7% en Inglaterra, hasta 16.1% en Estados Unidos y 17.8% en Alemania<sup>4</sup>, y todavía con un porcentaje muy incierto para México de aproximadamente entre 1 y el 17%<sup>5</sup>.

Respecto a la prevalencia citada por los diferentes autores existe cierto grado de discrepancia<sup>3-6</sup>. Normalmente se acostumbra a situar la tasa de prevalencia del TDAH alrededor del 5%, pero a pesar de la cantidad de estudios realizados hasta la fecha continua siendo un tema conflictivo.

Los intentos por determinar una tasa se ven afectados por toda una serie de factores: las variaciones en la clasificación clínica de los criterios diagnósticos (lo que ha afectado al número y a la combinación de signos necesarios para el TDAH: DSM-II, III, III-R, IV, IV-TR, CIE-9, 10), los métodos de evaluación diagnósticos empleados la fuente de información (padres, maestros, cuidadores), el tipo de muestra (clínica o poblacional) y las características socioculturales (sexo, nivel de maduración y edad, nivel socioeconómico, etc.).



Utilizando los criterios del DSM-IV la mayoría de los autores estiman la prevalencia global del TDAH entre el 3 y el 7%, aunque parece claro que existe un margen de variabilidad en función de la edad, sexo, nivel sociocultural, los subtipos, etc<sup>3-6</sup>.

En los estudios llevados a cabo en poblaciones que carecen de una remisión clínica, el subtipo fundamentalmente inatento ha demostrado una tasa más elevada de prevalencia que los otros subtipos, esto es, el subtipo fundamentalmente hiperactivo-impulsivo y el subtipo combinado, se presentan en proporciones casi idénticas 1:1.

Sin embargo, en poblaciones con remisión clínica, se ha encontrado una prevalencia significativamente superior del subtipo combinado, respecto al subtipo con predominio del déficit de atención<sup>1</sup>.

Otros autores, según De la Rosa Morales<sup>4</sup> menciona un predominio del sexo masculino sobre el femenino incluso en los subtipos de clasificación, en razón de 4:1 para los hiperactivos/impulsivos y 2:1 para los de inatención. También en las escalas de evaluación los niños han tenido calificaciones más altas que las niñas.

Se ha propuesto que los subtipos de TDAH representan fases evolutivas. Las diferencias de edad entre los subtipos sugieren que los síntomas de hiperactividad emergen más temprano y que a éstos les siguen los síntomas de falta de atención, los cuales probablemente persistan en la adolescencia<sup>2</sup>.

No se tienen datos epidemiológicos precisos en cuanto a la edad de aparición pero se acepta en general que inicia antes de los siete años, aunque podría estar presente desde el nacimiento; por razones obvias es a partir de que el niño empieza a caminar cuando se establece con mayor frecuencia el diagnóstico, en aquellos casos en los que la capacidad y tolerancia de la madre le permiten enfrentar con suficiencia la gran exigencia de un niño con TDAH el diagnóstico se hace hasta cuando entra a la guardería o a la escuela<sup>8</sup>.

En lo que respecta al nivel socioeconómico, los niveles de carencia se convierten en factores de riesgo para el desarrollo del problema de adaptación. La cultura representa una de las influencias más poderosas en el desarrollo normal de un niño o en la aparición de psicopatologías. Las expectativas y patrones asociados al desempeño y comportamiento adecuado de los niños varía según el país<sup>7</sup>.

### **1.1.5 CUADRO CLÍNICO Y COMORBILIDAD.**

Los síntomas cardinales del TDAH, implican inatención, hiperactividad e impulsividad. Sin embargo, es importante descartar otros síntomas que persisten con mayor frecuencia (patología comórbida)<sup>3-6,14,15,18-21</sup>. El diagnóstico diferencial es complicado cuando se trata de distinguir el TDAH de otras identidades clínicas que se asocian con gran frecuencia como patología comórbida.

Así, el trastorno de ansiedad se asocia en un 25% al TDAH, es evidente que estos niños son susceptibles de padecer problemas de ansiedad en cuanto les resulta muy difícil responder de forma adecuada a las exigencias de su entorno (exceso de fracasos en el ámbito académico y social).

El trastorno del estado de ánimo se asocia en un porcentaje alrededor del 30%. Este tipo de asociación empeora el pronóstico a medio y largo plazo, y complica la respuesta terapéutica. Los problemas de conducta como el trastorno oposicionista desafiante y el trastorno disocial se observan hasta en el 40% de los casos.

Los problemas de rendimiento académico y dificultades del aprendizaje son una de las características más claramente asociadas al TDAH. Prácticamente todas las áreas académicas se ven afectadas: aritmética, lectoescritura, lenguaje, etc.

Los niños hiperactivos utilizan estrategias memorísticas muy pobres, existe un déficit cognitivo en cuanto a la resolución de problemas y, en las autoinstrucciones adecuadas, para inhibir conductas y controlar la acción. Una de las manifestaciones más frecuentes fué señalada desde 1970, es la variabilidad en su rendimiento, puesto que depende del estímulo, del entorno, del momento del niño ante la tarea que hoy puede realizar sin problema para fracasar estrepitosamente al día siguiente. Se considera que al menos el 8% de la población general puede sufrir dislexia. En el caso de un niño con TDAH, la probabilidad aumenta hasta en un 30%<sup>2,19</sup>.

A pesar de que el diagnóstico clínico pudiera establecerse con facilidad, resulta de gran utilidad para estructurar el plan de tratamiento un electroencefalograma, pruebas neuropsicológica y proyectivas, así como las entrevistas clínicas con ambos padres (sin el paciente).

### **1.1.6 DIAGNÓSTICO.**

Con la comprensión de la compleja naturaleza y el carácter multifacético que a menudo tiene el TDAH, las últimas directrices sobre su diagnóstico recogidas en la literatura orientan hacia la necesidad de enfocar el problema desde una visión multimetodológica y multidisciplinaria y, sin duda alguna, representan importantes avances en este sentido<sup>1</sup>. Durante años, se ha observado que el TDAH es un trastorno sobrediagnosticado, de ahí la necesidad de conciliar criterios para un adecuado diagnóstico. Lo más aceptado para el diagnóstico de TDAH es la utilización de los criterios establecidos en 1994 por la Asociación Psiquiátrica Americana en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)<sup>3-8,10,19-20</sup>, que incluye tres categorías:

- Predominio la hiperactividad/impulsividad,
- Resalta la inatención,
- Conjunción de los dos anteriores.

Se propone manejarlos como ciclos evolutivos donde los síntomas de hiperactividad se presentan tempranamente, seguido de síntomas de falta de atención, los cuales persisten durante la adolescencia, o bien que existe un predominio según la personalidad y el sexo, siendo más frecuente la inatención en niñas independientemente de la edad<sup>4</sup>.

Las deficiencias de la atención pueden manifestarse en situaciones académicas, laborales o sociales. Los sujetos afectados de este trastorno pueden no prestar atención suficiente a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares o en otros trabajos.

El trabajo suele ser sucio o descuidado y realizado sin reflexión. A menudo no siguen instrucciones ni órdenes, y no llegan a completar tareas escolares, encargos u otros deberes<sup>4</sup>.

La hiperactividad se manifiesta por inquietud, conductas impertinentes, o bien por locuciones excesivas, de acuerdo con la edad, ya que entre más edad tenga hay menos manifestaciones. Se diagnóstica impulsividad por síntomas como: impaciencia, respuestas precipitadas, dificultad para esperar turno, interrumpir a otros, comentarios impertinentes, conductas intrusivas y suelen apropiarse de cosas que no son suyas.

El DSM-IV-TR propone para hacer el diagnóstico los siguientes criterios<sup>1</sup>:

➤ Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad

A. (1) o (2):

- (1) Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

*Desatención*

- a) 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.
- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
- e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades

(p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)

- h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes

- i) A menudo es descuidado en las actividades diarias

- (2) Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

*Hiperactividad*

- a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- c) A menudo corre salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- e) A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor
- f) A menudo habla en exceso

*Impulsividad*

- g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- h) A menudo tiene dificultades para guardar turno
- i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos)

- B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela o trabajo y en casa)
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado del ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Tanto en el DSM-IV como en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), se proponen criterios específicos, con persistencia de la sintomatología, en cualquiera de los subtipos<sup>2,4</sup>.

Existen además numerosas escalas aplicadas en la valoración de los niños con TDAH, las más usadas son las de CK Connors de 48 puntos para padres y de 28 puntos para maestros <sup>1-3</sup>.

### **1.1.7 TRATAMIENTO**

Es indispensable dejar asentado que el manejo del niño con TDAH es multidisciplinario, intervienen de manera coordinada como un equipo los padres, maestros, licenciados en educación especial, médicos de familia, especialistas en salud mental, psicólogos, médicos psiquiatras y neuropediatras, combinando técnicas de manejo de conductas domiciliarias y escolares, sitio educacional y farmacoterapia. Esta coordinación puede y debe ser dirigida por el Médico Familiar, ya que este es quien frecuentemente tiene el primer contacto con el niño, ya sea por referencia de la escuela o por iniciativa de la madre. Desde luego, la presencia de material educativo a los pacientes, padres y maestros es esencial, a los padres es conveniente hacerles saber que el TDAH es de origen cerebral, sin una causa clara, que es un problema crónico pero que con tratamiento adecuado los síntomas pueden controlarse.

En EU se ha establecido un organismo nacional que cuenta en la actualidad con 32 mil miembros con más de 500 capítulos estatales, fundado en 1987 como respuesta a la frustración y sensación de aislamiento experimentado por los padres de niños con TDAH, con la ventaja de poner en contacto a expertos con padres, intercambiar experiencias entre ellos, elaborar material de lectura para no médicos, promover investigaciones, etc.

En México es una tarea aún pendiente en esta área, y en otras más,

probablemente de mayor impacto en los padres y en la calidad de vida en los niños, como el de las enfermedades crónico degenerativas.

Sin perder de vista que la gran mayoría de niños pueden ser manejados en una escuela regular. La intervención del Médico Familiar de manera directa es, además de coadyuvar o en muchas ocasiones integrar el diagnóstico, asumiendo las funciones de coordinador del equipo; colaborar en el establecimiento, seguimiento y evaluación del manejo farmacológico. Sin olvidar que en casos complicados o complejos se requiere del apoyo psiquiátrico.

La decisión para manejar tratamiento farmacológico se fundamenta en la severidad de los síntomas, cuando son leves puede intentarse modificación de la conducta en casa o escuela, pero cuando existe riesgo físico o psicológico por la sintomatología, se hace necesario iniciar medicamentos, siempre en común acuerdo con los padres, haciendo explícitos los efectos indeseables posibles o probables; una estrategia que da resultado contra la resistencia por la influencia externa de los padres a la medicación, es iniciar con dosis bajas que se incrementarán progresivamente cada semana, de tal manera que se hace participar a los propios padres en la vigilancia del efecto y además permite al médico observar más directamente el resultado inmediato hasta ajustar la dosis necesaria<sup>4,5</sup>.

El medicamento de elección para el tratamiento del TDAH es el



metilfenidato (MFD) que parece actuar en la regulación del sistema dopaminérgico.

En la Revista de la Asociación Psiquiátrica Mexicana<sup>8</sup>, Spencer menciona que el MFD es quizá el psicofármaco más usado en niños en todo el mundo; la experiencia de miles de especialistas y la literatura internacional afirman categóricamente que los estimulantes de este tipo, mejoran ostensiblemente las conductas del TDAH, su cognición, su autoestima y su funcionamiento familiar y escolar.

La dosis recomendada de MFD va 10 a 40 mg/día vía oral, el efecto es rápido por lo que en unos pocos días se puede notar una mejoría, pero la medicación debe tomarse varias veces al día, ya que la vida media del fármaco es de 4 a 5 horas con el consiguiente perjuicio en cuanto a cumplimiento de toma de la medicación. Los efectos secundarios generalmente son leves, fácilmente reversibles bajando la dosis, y consisten en disminución del apetito y del sueño, pérdida de peso, irritabilidad, insomnio, hipersensibilidad emocional y dolor abdominal<sup>2,8</sup>.

Está contraindicado en pacientes cardiopatas, hipertensos, con antecedentes de tics, hepatopatías y tendencia a presentar síntomas psicóticos<sup>1-5,8-10,12,14,20,23-25</sup>. En niños con historia de tics motores puede darse un empeoramiento que puede intentar controlarse con el uso combinado de clonidina.

Ya existe un preparado de MFD de liberación lenta, que tiene una vida media de

12 horas, por lo que solo precisa una toma al día, sin embargo, el costo es considerablemente más elevado, por lo que es poco accesible<sup>2</sup>.

No existe evidencia que el MFD influya desencadenando o controlando crisis epilépticas así como tampoco que afecte el crecimiento físico del niño; sin embargo como medida preventiva se aconseja que su uso se limite sólo a los días de escuela, dejando de tomarlo los fines de semana, días de fiesta y vacaciones. Esto no es posible en algunos casos en los que la disrupción familiar y social es grave y es prioritario proteger al paciente de sí mismo y de la desesperación de familiares y maestros<sup>8</sup>.

Hay otros fármacos como los antidepresivos tricíclicos (imipramina y clomipramina) a dosis de 25-125 mg/día, vía oral, se administra preferentemente por la noche para evitar los efectos secundarios, que en general son más molestos. También son útiles en niños que no responden o no toleran el metilfenidato pero en general suelen mejorar más la hiperactividad e impulsividad y no tanto la inatención<sup>2,3</sup>.

La Carbamazepina es otro de los medicamentos frecuentemente utilizados en dosis de 200-1200 mg/día, vía oral, pero solo útil en 30% de los pacientes, por lo que ha disminuido evidentemente su uso. Hay otros fármacos estimulantes como la D-anfetamina, el aderal y la remolina, pero aún no están disponibles en México.

La duración del tratamiento farmacológico la determinará el médico de acuerdo a su experiencia y a la gravedad y complicación de cada caso; sin embargo, en aproximadamente 50% de los casos en los que se administra un tratamiento verdaderamente integral que incluya entre otros, terapia de estimulación perceptual, es posible la remisión de la sintomatología al cabo de un año de tratamiento<sup>8</sup>.

Se aplican técnicas para modificar la conducta con reforzamiento positivo de padres y maestros <sup>1-5,8,9,10,14,20,24,25,28,30</sup>. De la Rosa propone que según la severidad es posible intentar la modificación de la conducta con participación y en común acuerdo con los padres y con la participación de estos <sup>4</sup>.

En cuanto a las técnicas para modificar la conducta dentro de las más importantes reencuentra el registro diario de las acciones, con reforzamiento positivo a través de los padres y maestros en la escuela; minimizando interacciones que lesionen la autoestima de los niños.

Otro aspecto básico en el manejo de los niños con TDAH es el educativo, ya que como se ha comentado coexisten frecuentemente con trastorno del aprendizaje que requieren de técnicas especiales que pueden ir desde otorgar un sitio referencial dentro del salón de clases hasta modificación sustancial de los programas de aprendizaje escolar.

Las diversas técnicas psipedagógicas aplicadas por expertos en el campo acortan los tratamientos de manera considerable al favorecer y estimular las habilidades preexistentes y mejorar mlas deficiencias perceptivo-motoras frecuentemente presentes en el trastorno de atención<sup>8</sup>.

Aún no se tiene en las escuelas la cultura y conocimiento suficiente para aceptar que la terapéutica psiquiátrica, sea de utilidad para los niños.

La psicoterapia se orientará a hacer del conocimiento del niño su condición de “diferente” con la finalidad de que logre el trato que ha recibido de los demás, favoreciendo el conocimiento y desarrollo de habilidades ausentes.

Un tratamiento iniciado antes de los seis años de edad tiene un pronóstico favorable cuando además se cuenta con el apoyo de la familia y la escuela, orientación (consejo) y terapia conyugal y familiar<sup>8</sup>.

El principal problema del TDAH tal vez sea que se trata de un problema real, con fuertes implicaciones en la vida familiar, educativa y del propio desarrollo del niño y que, sin embargo, necesita aún mayor consenso para su diagnóstico y posterior tratamiento.

## **1.2 TDAH Y FAMILIA**

Cuando se está ante un caso de TDAH lo frecuente es que se enfrente a una madre desesperada, angustiada y no pocas veces deprimida, con problemas serios en la dinámica familiar y/o en la escuela del niño. A pesar de ello no es raro que presente una negación a aceptar que su hijo podría estar enfermo; por lo general la negación del padre suele ser mucho mayor y precisamente esta negación suele ser el primero y principal obstáculo para el tratamiento.

En el consultorio el niño se muestra frecuentemente desafiante con dificultad para respetar límites, impulsivo, manipulando los objetos que tenga a su alcance, sin fijar la mirada y con dificultad para mantenerse sentado.

Por ser la familia el primer y principal medio en el que el niño se desarrolla, éste generalizará al medio exterior todo lo que aprenda en éste. Por otro lado, se repetirán las actitudes que existen en la familia, amplificadas y magnificadas. Así la familia puede considerarse una especie de “campo de pruebas”, donde el niño ensayará diferentes comportamientos que le serán aprobados o sancionados y que luego podrá ejercitar en otras circunstancias.

Este es el motivo por el cual la mayor parte de las conductas disfuncionales deberán controlarse desde el medio familiar. El niños probablemente se sentirá más seguro en el ámbito familiar que en ningún otro y por lo tanto se permitirá realizar más conductas desadaptadas dentro de este marco que fuera de él.

También los hermanos de niños con TDAH, manifiestan sentirse influidos por su conducta de tres maneras: como víctimas de abuso, porque se veían obligados por sus padres a ejercer de “cuidadores” o “guardianes” de su hermano, y por los sentimientos de tristeza y derrota que experimentaban<sup>24</sup>.

Según los resultado obtenidos por Roselló y cols<sup>24</sup> destaca que todos los padres perciben que la convivencia con su hijo hiperactivo resulta excesivamente difícil y estresante, y ejerce una influencia negativa sobre la familia.

La persistencia de la enfermedad en la adultez<sup>4,5,15,26,29</sup> con posibles secuelas de trastorno antisocial o la posibilidad de adicciones, lleva a hacer un diagnóstico y tratamiento oportuno y efectivo. El entorno familiar juega un papel muy importante en su desarrollo y en su pronóstico por lo que resulta imprescindible girar la vista a la dinámica familiar que envuelve al niño con TDAH.

Kendall referido por Roselló<sup>24</sup> encontró, que a pesar de que algunas situaciones disruptivas podían variar con la edad y con el estado de desarrollo del niño, lo padres describían que vivir en una familia con TDAH era caótica, conflictiva y agotadora, acompañada continuamente de conflictos familiares, con consecuencias individuales, de pareja, o donde se involucraban los demás miembros de la familia.

Roselló<sup>24</sup> señalan que la vida social de los padres y del niño con TDAH se limita más, tratan de evitar las salidas y visitas a otros, como consecuencia de los continuos rechazos y desaprobaciones en la manera en que tienen los padres de enfrentarse y resolver el comportamiento problemático del niño. En relación con esto los padres de niños con TDAH se encuentran más incómodos públicamente y en las visitas, por lo que necesitan dar más explicaciones a otros en relación con su comportamiento.

Las relaciones padre-hijo suelen marcarse por enfrentamientos y desacuerdos, debido a que los niños con TDAH son menos complacientes más negativos y menos sumisos. Todas estas interacciones, desencadenan claramente en conflictos maritales, pero, a pesar de estos desacuerdos, el porcentaje de padres separados es bastante bajo.

Aún si se asume que las relaciones padre-hijo en familias con TDAH son normalmente de naturaleza conflictiva, en ocasiones los conflictos obedecen en mayor medida a los problemas de conducta de los niños que a la gravedad de los síntomas del trastorno<sup>24</sup>.

Como lo refiere Roselló y cols<sup>24</sup> la investigación sobre el TDAH se ha focalizado sobre todo en aspectos relacionados con las manifestaciones sintomáticas y las características neurológicas de los niños con este síndrome. Los esfuerzos de los investigadores se han dirigido prioritariamente a la descripción de las causas y síntomas del trastorno.

A pesar de lo anterior, en los últimos años se ha abierto el campo de investigación a otros aspectos de la enfermedad como son los factores psicosociales y contextuales que influyen sobre la evolución del trastorno.

El máximo interés de esta línea de trabajo se ha concentrado en el papel de la familia, especialmente de los padres, ya que el TDAH no se da en el vacío, si no en un contexto familiar determinado. Roselló<sup>24</sup> estudió el impacto del TDAH en el ámbito familiar (economía, relaciones padre-hijo, vida social y sentimientos y actitudes de los padres hacia su hijo) y también los posibles cambios en el uso de técnicas en la modificación de conductas tras un programa de asesoramiento.

Concluyó que el TDAH ejerce un impacto negativo en el sistema familiar, el asesoramiento a padres se reveló eficaz para entender la patología y producir cambios positivos en las expectativas.

Las características del niño y la familia actúan como conjunto y la disfunción familiar, las incoherentes prácticas educativas, así como la ineficacia en el uso de prácticas disciplinarias pueden contribuir como un factor de riesgo que interactúa como una predisposición del niño para exacerbar la presentación y la continuidad del TDAH. Obviamente, los factores familiares no son la causa original del TDAH pero pueden amplificar y mantener el trastorno.

Por ello, los terapeutas necesitan asumir un papel psicoeducativo dirigido al entrenamiento sistemático en familias, ya que constituye un factor esencial en el éxito de las intervenciones terapéuticas<sup>30</sup>.

Dado que el trastorno principalmente se manifiesta con problemas de conducta, la familia debe ajustar su dinámica para ajustarse a las necesidades del niño y apoyar adecuadamente su tratamiento.

La experiencia muestra que limitarse a hacer el diagnóstico y establecer un tratamiento nunca es suficiente. La labor del especialista muy particularmente en estos casos es la orientación y educación de los padres que desarrolle plena conciencia y responsabilidad frente a un problema desgastante y un tratamiento siempre de largo plazo<sup>8,19</sup>.



### **1.3 EL GENOGRAMA EN EL ESTUDIO DE LA FAMILIA.**

Un genograma familiar es un medio muy útil para presentar gráficamente un árbol genealógico familiar y mostrar pautas multigeneracionales significativas. Es una herramienta cuyo uso pueden aprender incluso los especialistas menos experimentados, que proporciona un contexto para otros aspectos de una evaluación sistémica exhaustiva y mejora la capacidad del profesional para comprender la influencia recíproca de los acontecimientos importantes y los modos de funcionamiento del sistema familiar.

Promueve una atención más completa y con más continuidad al proporcionar una historia clínica versátil y sucinta que puede usarse para familiarizar rápidamente con el caso a los asesores u otros profesionales que le prestan atención intermitente en este<sup>31</sup>.

Las principales aplicaciones del genograma se aprecian en el examen médico general, estudio médico familiar, en el estudio clínico genético, en el estudio histórico de relaciones de parentesco. Tiene por objeto delinear relaciones que se basan en la información relacionada a través de siete categorías específicas:

- estructura familiar,
- etapas de ciclo de vida familiar,
- patrones de repetición generacional,
- etapas críticas de la familia,
- triangulaciones y patrones de relaciones,
- homeostasis familiar
- estudio de factores de riesgo familiar.

La experiencia con el genograma ha demostrado que las relaciones familiares son un asunto de importancia en la salud familiar<sup>31</sup>.

Muchas familias que se enfrentan con una enfermedad crónica no tienen pautas familiares intra o intergeneracionales disfuncionales significativas, pero una evaluación multigeneracional revelará la existencia de una multiplicidad de dolencias crónicas generadoras de estrés en la unidad familiar inmediata o en la familia extensa<sup>32</sup>

Cualquier familia puede flaquear cuando, en un periodo relativamente corto de tiempo, se encuentra de repente frente a múltiples superpuestos factores estresantes provocados o no por una enfermedad. La aparición de afecciones progresivas e incapacitantes o de enfermedades en varios miembros de la familia es un escenario típico. Un enfoque pragmático que se centre en el uso ampliado o creativo de los apoyos y recursos externos a la familia será el más productivo.

En esta situación es útil el conocimiento de las pautas multigeneracionales y las reglas de inclusión de la familia extensa, los amigos, los grupos de apoyo comunitarios y los servicios de atención profesional (por ejemplo, asistentes sanitarios domiciliarios, enfermeras abundantes y/o profesionales de la salud mental). Las familias que tradicionalmente tienen reglas flexibles para la inclusión de personas ajenas a la familia tienen ventajas<sup>32</sup>

## **1.4 EL PAPEL DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL NIÑO CON TDAH.**

El médico familiar estudia a la familia bajo un enfoque o modelo conceptual complementario para la mejor comprensión de los problemas del ser humano en el que se entiende a la familia como entidad funcional, como sistema intermediario entre la sociedad y el individuo e interactuante con ambos sistemas. En este sentido el enfoque familiar puede ser explicado en todos los problemas de salud mental para lograr una comprensión más amplia y completa tanto del problema, como de los recursos y las posibilidades del abordaje o apoyo que pueden ser utilizados para el manejo, aún individual del caso. Por otra parte, la familia puede ser en sí misma, la unidad de estudio o investigación que permita la evaluación adecuada de su dinámica. Las acciones que puede llevar a cabo el médico familiar con la familia como unidad básica son enfoque de riesgo, continuidad y estudio familiar. Esto conduce a una atención integral.

La preparación del médico familiar comprende las facultades para detectar patologías mentales así como su manejo, en el Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria<sup>39</sup> en España donde se trata en el área de problemas de la conducta y de la relación en salud mental considerado como prioridad I, en el rubro de manejo diagnóstico y control evolutivo de trastornos del comportamiento. En el programa español, prioridad I se refiere a que es un conocimiento indispensable en la formación del médico especialista en medicina familiar y debe ser adquirido por todos los residentes; su ausencia cuestiona la aptitud.

En el Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM) del curso de medicina familiar en México, solo se incluye en el contenido del segundo año como Salud-enfermedad en el niño y el adolescente sin un apartado específico.

Los métodos empleados para tratar a los niños son variables y requieren que el médico de familia sea flexible al aplicarlos. Los métodos para cambiar la conducta proceden de los principios básicos de modificación de la misma.

El médico de familia tiene la capacidad de insidir o modificar la existencia de psicopatología y fomentar una conducta más adaptativa en los ámbitos familiar y escolar.

El niño con trastorno por déficit de atención con hiperactividad puede resultar frustrante tanto para los padres como para el médico de familia. Los niños con este trastorno presentan una afectación de todas sus áreas de interacción con el mundo que les rodea. Su diagnóstico y tratamiento exigen tiempo y esfuerzo por parte del médico de familia<sup>33</sup>.

Estos niños acuden a consulta por vías diversas, incluidas la remisión por el profesor de la escuela. Las escuelas cuentan con el médico para que haga el diagnóstico y recomienden un plan de tratamiento. Hay que solicitar a los padres y a los profesores del niño información acerca de su historial de conducta, la cual debe incluir los antecedentes familiares, perinatales, posnatales y del desarrollo del niño.

El objetivo del médico familiar es que la familia se autorreconozca sana y tenga la capacidad de realizarse plenamente en relación al ciclo vital en que se encuentre y a las demandas del entorno; esto implica: integridad, comunicación buena, apoyo mutuo y cooperación, equidad y oportunidades de desarrollo para los miembros del grupo, y lleva implícitos las ideas de vitalidad manifiesta, autoestima, capacidad resolutive y la potencialidad de crear modos nuevos y más gratificantes de vivir<sup>33</sup>.

El reto del médico familiar será situar en una posición más amplia y flexible que permita influenciar realmente las causas y determinantes de salud-enfermedad. La elección real del usuario se refiere a la capacidad para escoger alternativas diferentes, sobre la base del conocimiento y la educación, tanto para el niño como para el resto de la familia.

El médico familiar es agente de cambio y desarrollo social, es quien ayuda a sus pacientes a poder aumentar su capacidad de organizarse y de incrementar su autosuficiencia y tiene confianza en sus propias ideas y habilidades para resolver o adaptarse a un niño con problemas de conducta. Esta es la esencia de la terapéutica<sup>33</sup>.

Probablemente de acuerdo con la información de los padres, los altos niveles de estrés se relacionarían con la incapacidad de manejar el comportamiento del niño; a este nivel la intervención del médico de familia resulta oportuna, tanto para informar como para orientar a la familia, en la atención de niño como en la participación de la familia para influir en la conducta del paciente<sup>24</sup>.

Los médicos de familia pueden ser de gran utilidad para informar a los padres y animarlos a que busquen servicios diagnósticos y educacionales para sus hijos.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aunque se presume que el TDAH tiene origen orgánico y las investigaciones se han focalizado sobre todo en aspectos relacionados con las manifestaciones sintomáticas y las características neurológicas de los niños con este síndrome, los esfuerzos de los investigadores se han dirigido prioritariamente a la descripción de las causas y síntomas del trastorno. A pesar de lo anterior, en los últimos años se ha abierto el campo de investigación a otros aspectos de la enfermedad como son los factores psicosociales y contextuales que influyen sobre la evolución del trastorno.

En 2006, Presentación-Herrero y cols.<sup>34</sup> en el Departamento de Psicología evolutiva y de la Educación, de la Universidad de Valencia, España, realizaron un estudio para conocer el impacto familiar de los niños con TDAH de tipo combinado. En un estudio comparativo, se tomaron dos grupos, uno de 27 familias de niños con diagnóstico de TDAH, en el que predominó el sexo masculino, con edades entre 7 y 8 años, el grupo control formado igualmente por 27 niños, equiparado en sexo y edad. Los dos grupos fueron similares en las características de los padres que participaron en el estudio, como la edad y el número de hijos. Tanto los padres de los niños con TDAH, como los padres de niños control, constataron cuestionarios de hiperactividad adaptado del DSM-IV, así como cuestionarios de impacto familiar. Este instrumento trató de evaluar la repercusión que los niños ejercen sobre diferentes áreas del funcionamiento familiar.

Se evaluaron sentimientos y actitudes de los padres hacia los hijos, impacto del hijo sobre la vida familiar de la familia, repercusiones en el ámbito económico, relación de pareja, así como impacto del niño sobre sus hermanos. Los resultados de el análisis muestran un impacto negativo en el grupo de niños con TDAH con diferencias significativas con respecto al grupo control en casi todas las categorías evaluadas.

Estos resultados muestran que los padres de niños con TDAH perciben que sus hijos afectan considerablemente a sus sentimientos y actitudes, de manera que producen estrés y les hace sentir menos competentes como padres. Así como conflicto en los ambientes familiares y aún más en la relación de pareja <sup>24</sup>.

En 2003, Rosello et al<sup>35</sup>, en la Universidad de Valencia España, trabajó con 36 familias, a todos los pacientes que acudieron a consulta de salud mental, en un periodo entre enero de 2004 y junio del mismo año, El objetivo fué analizar el impacto que producen en el ambiente familiar los niños con TDAH. Por medio de un cuestionario de 45 preguntas en las cuales se interrogó sobre las actividades de la vida diaria, socialización, desempeño escolar de todos los hijos, ausencias al trabajo e interacción familiar, el cual se aplicó a padres y hermanos.

Los resultados muestran que tener un hijo con este trastorno genera, incluso en los padres más competentes, sentimientos de ineficacia personal, estrés, frustración, enojo y rechazo, que afectan negativamente a la interacción que mantienen con su hijo. Se encontró que los porcentaje de divorcios y separaciones en las familias de los niños con TDAH no son especialmente elevados y los problemas maritales se reflejan más en una convivencia difícil que afecta a toda la familia. Los hermanos reflejaron sentimientos de enojo hacia el niño con TDAH, así como hacia sus padres.

Los autores señalan que el contexto familiar tiene un papel fundamental en el curso de la disfunción familiar y puede constituir un factor de riesgo que interactúa con la predisposición del niño y exacerba la presentación de los síntomas y su continuidad<sup>35</sup>.

Otra área importante de investigación a relacionar con las psicopatologías en niños, es el consumo de sustancias en los padres. En 2001 un trabajo de Clark y cols.<sup>17</sup>, realizado en el Centro de Educación e Investigación de Abuso de Drogas, se estudiaron a los hijos de padres con trastorno por consumo de sustancias (principalmente cocaína, heroína o algún inhalante), el autor menciona que los hijos tienen un riesgo mayor de desarrollar alguna psicopatología, incluyendo los trastornos del comportamiento, el TDAH, el trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad. El objetivo fue examinar de que forma el trastorno por consumo de sustancias influyen en la transmisión del riesgo de psicopatología en los hijos. Se reclutaron los hijos de 613 familias a través de sus padres biológicos; recurriendo a fuentes muy diversas, como programas terapéuticos para el abuso de sustancias, departamentos de servicio social, anuncios en radio y prensa escrita y un marco de muestreo adquirido a una empresa de marketing. Fueron 1167 niños (edad: 6-14 años, 62% de sexo masculino, 38% de sexo femenino). De las familias reclutadas, según un paradigma de alto riesgo, se encontró con que 294 tenían padres con consumo de sustancias (grupo de alto riesgo) y 319, un padres sin consumo. El padre, la madre y los hijos de todas las familias se evaluaron directamente, por entrevista y exploración clínica.



Los resultados en cuanto al trastorno del comportamiento, el TDAH, la depresión mayor y los trastornos de ansiedad, indicaron que el principal factor predictivo de los trastornos mentales de los hijos era una historia de trastornos análogos de ambos padres.

Estos resultados avalan la posible transmisión específica de la psicopatología infantil de padres a hijos.

Los factores familiares no se consideran como la causa original del TDAH, pero sí se cree que mantienen e incluso amplifican la sintomatología de éste en el curso del desarrollo. Los estilos disciplinarios altamente directivos e incluso hostiles, o excesivamente permisivos, las psicopatologías de los padres y el abuso de drogas, por ejemplo, no facilitan la interiorización de las reglas sociales y se han asociado con una competencia autorregulatoria deficiente en los niños con TDAH, de ahí la necesidad de conocer las características familiares de las familias de estos niños.

El campo menos estudiado en relación a este padecimiento probablemente sea la influencia de la familia, el papel que ejercen las características familiares estudiadas a fondo en la génesis y en la exacerbación de la enfermedad.

Existen estudios que indican que el conocer estas características puede ayudar a detectar oportunamente los factores de riesgo para TDHA, así como iniciar un tratamiento integral y oportuno.

Dentro de los objetivos en el tratamiento de los niños con TDAH, no sólo es el aspecto farmacológico, sino también el contexto psicosocial del niño y su familia desde un modelo integral.

El máximo interés de esta línea de trabajo se ha concentrado en el papel de la familia, especialmente de los padres ya que el TDAH no se da en el vacío, sino en un contexto familiar determinado, en el que todos los miembros interactúan y se influyen mutuamente, y en el que los padres ejercen un papel fundamental ya que de ellos dependen gran cantidad de decisiones e influencias que marcarán el desarrollo del hijo.

Por estas razones surge la inquietud de conocer las características generales de las familias que el médico familiar atiende y en las cuales existen niños con TDAH.

En mi práctica médica y durante mi entrenamiento como médico familiar observé que en las familias que hay niños con TDAH se presenta con cierta frecuencia violencia intrafamiliar, toxicomanías, adicciones y otras psicopatologías, estas familias por lo general son extensas y en muchas ocasiones con ruptura del núcleo familiar, lo que lleva a su desintegración, sin embargo, no existen datos que documenten con más fuerza estas observaciones.

En el Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana” localizado en la Delegación Tlalpan en México, D. F., se atienden, según datos proporcionados por el servicio de Salud Mental, aproximadamente 200 pacientes con TDAH, unos con diagnóstico reciente y otros ya con diagnóstico de años, por lo tanto se encuentran en diferentes etapas de control y tratamiento, no se conoce la tipología general de estas familias; no se sabe qué características sociales presentan, si hay psicopatologías, adicciones, toxicologías o algún tipo de violencia familiar.

Con esto trabajo se pretende determinar si alteraciones encontradas en el estudio familiar como son la toxicomanía y psicopatología de algunos miembros de la familia que coexisten con la enfermedad. También se determinará que rasgos de la tipología familiar (estructura, estatus, nivel socioeconómico, demografía, desarrollo) se presentan con mayor frecuencia en las familias de los niños con TDAH.

### 3. JUSTIFICACIÓN

La investigación sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se ha focalizado sobre todo en aspectos relacionados con las manifestaciones sintomáticas y las características neurológicas de los niños con este síndrome. Las investigaciones se han dirigido prioritariamente al estudio de las causas y descripción de los síntomas del trastorno, para fundamentar así el diseño y aplicación de tratamientos cada vez más eficaces. Tal enfoque respondería a las características del modelo médico tradicional, en el que el interés se centraba en el problema, en sus causas subyacentes y en el modo de resolverlo.

Las publicaciones de los últimos años se han enfocado en cuestiones distintas, como son factores psicosociales y contextuales,<sup>17,24,34,35.</sup> que ponen de manifiesto la influencia que estos ejercen en la evolución del trastorno hiperactivo. Sin embargo, se encuentra un vacío en cuanto a familia se refiere, siendo este el primer y principal lugar de desarrollo del individuo, por lo que resulta importante conocer las características principales de la familia, y de esta forma conocer el contexto del niño con TDAH.

Con los datos obtenidos se conocerán algunas de las características fundamentales de la familia, psicopatologías, adicciones, toxicologías y violencia que pueden coexistir en las familias de los niños con TDAH, y de esta manera, se estará en posición de detectar riesgos en familias con características similares, que sean atendidas en la consulta del médico familiar.

Cuando se han investigado específicamente las posibles diferencias entre niños con TDAH derivados a profesionales y niños con las mismas características, pero que no recibían ayuda profesional, se ha detectado que los factores relativos a la manera que tenían los padres de enfrentarse con el comportamiento problemático del niño y, en particular, con las dificultades sociales y emocionales que el niño experimentaba en la escuela, eran los factores con un mayor peso, la gravedad de la conducta hiperactiva parece tener menos importancia para la derivación clínica que el trastorno de conducta o el desequilibrio emocional del niño.

Suelen ser los padres quienes valoran si existe o no problema, y quienes deciden si necesitan ayuda profesional. De hecho no todos los niños con TDAH se derivan a profesionales, con lo que una información interesante, sobre todo de cara a la actuación temprana y eficaz, se relaciona con las posibles circunstancias que empujan a una familia a buscar la ayuda de un experto. Por lo que el médico familiar puede ser el primero en detectar la problemática familiar y orientar a la familia para el tratamiento adecuado del niño.

También se obtendrá como beneficio la detección de la enfermedad en etapas tempranas, lo que permitirá que el niño no sea etiquetado, ya sea en la escuela, así como en la interacción con la sociedad, permitiendo actuar con enfoque de riesgo.

Los padres y hermanos suelen pasar gran cantidad de tiempo con sus hijos, por lo que, al menos cuantitativamente, las interacciones padre-hijo ejercen una notable influencia en el moldeado de su comportamiento. De ahí la importancia de conocer el ambiente en el que se está desarrollando el niño y como este, influye en la manifestación de la enfermedad.

Además permitirá que en un futuro se puedan establecer intervenciones en la dinámica familiar que formen parte del tratamiento multidisciplinario en niños con TDAH.

## 4. OBJETIVOS

### Objetivo General:

- Determinar las características generales de las familias con hijos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

### Objetivos específicos:

- Identificar si en las familias de niños con TDAH existe:
  - Patologías psiquiátricas en los padres u otros miembros de la familia
  - Toxicomanías en padres u otros miembros de la familia
  - Violencia intrafamiliar
  - Adicciones en los padres u otros miembros de la familia.
- Determinar la tipología de la familia de los niños con TDAH con base en la clasificación de Geyman.
- Utilizar el genograma como herramienta, para la adquisición de datos familiares que se relacionan con una psicopatología.

## 5. MATERIAL Y MÉTODOS

**5.1 Tipo de estudio:** Observacional, descriptivo y transversal

**5.2 Diseño de investigación del estudio:**

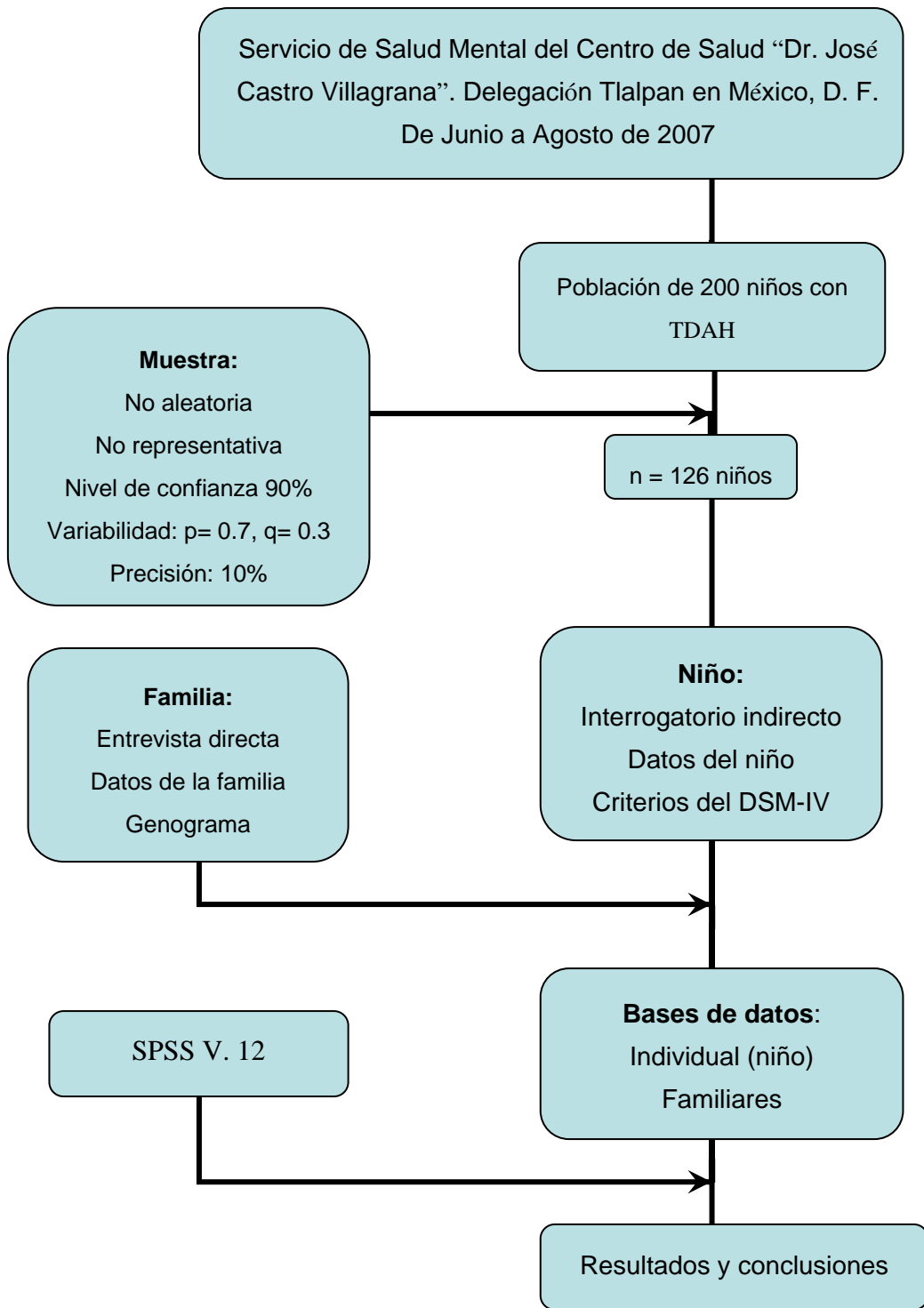
En la siguiente figura se muestra el diseño general del estudio.

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Salud Mental del Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana". En la delegación Tlalpan en México, D.F. en un periodo de junio a agosto de 2007, la población de niños con TDAH en el servicio es de 200 niños, de los cuales se calculó una muestra final de estudio de 126 niños, con las siguientes características: no aleatoria, no representativa, con un nivel de confianza de 90%, con variabilidad representada por  $p= 0.7$  y  $q= 0.3$ , y una precisión del 10%.

La información se recabó por medio de dos fuentes: la familia, captando al padre que asistió con el niño a consulta por medio de entrevista directa, se obtuvieron los datos de la familia y se realizó un genograma, la otra fuente fueron los niños, por medio de interrogatorio indirecto, se obtuvieron los datos de los niños y se aplicaron los criterios del DSM-IV.

Toda la información fue vertida en una base de datos individual (niños) y una base familiar. El análisis de la información se realizó con el programa estadístico SPSS V.12, y de esta manera obtener resultados y conclusiones.





### **5.3 Población, lugar y tiempo**

Tipo finito. La población de referencia 200 niños diagnosticados en el servicio de Salud Mental de la unidad. El trabajo se realizó en Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”, del Departamento del Distrito Federal. Durante los turnos matutino y vespertino durante el mes de junio y julio de 2007.

### **5.4 Muestra**

No probabilística por cuota.

Para calcular el tamaño de muestra se eligió un nivel de confianza del 90%, precisión 10% y variabilidad  $p= 0.7$ ,  $q= 0.3$ .

Con base en la población de referencia que son 200 niños, la muestra obtenida fué de 115 niños, más 10% para garantizar las estimaciones del muestreo = 126 niños.

Muestra final estudiada = 126 niños.

### **5.5 Criterios**

**5.5.1 Inclusión.** Padres o madres de niños con diagnóstico de TDAH de ambos sexos, con edades entre 3 y 16 años, con o sin tratamiento médico, atendidos por el servicio de Salud Mental del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana

**5.5.2 Exclusión.** Padres o madres de niños de niños con diagnóstico de TDAH que no pertenecieran al área de influencia del Centro de Salud. Así como pacientes con una sola consulta y sin haber terminado protocolo diagnóstico para TDAH.

**5.5.3 Eliminación.** Padres o madres de niños con diagnóstico de TDAH, que no desearon ser evaluados y que no respondieron completa y adecuadamente las preguntas para integración del genograma.

## 5.6 Variables

### 5.6.1 Variables de estudio del niño.

En las siguiente tabla se presentan las variables del niño y de la familia así como su tipo, escala de medición y valores posibles de las respuestas.

<b>5.6.1 Variables del niño</b>			
<b>Nombre de la variable</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Valores que toma la variable</b>
1.- Expediente	Cuantitativa	Discontinua	Números consecutivos de 1 a n
2.- Sexo	Cualitativa	Nominal	1= Femenino 2= Masculino
3.- Edad	Cuantitativa	Continua	Números enteros y fracciones de años
4.- Número de hermanos	Cuantitativa	Discontinua	Valor del número de hermanos
5.- Lugar que ocupa	Cualitativa	Ordinal	Valor en el lugar a partir del 1er. Hijo en la familia.
6.- Quién lo detectó	Cualitativa	Nominal	1= Familiar 2= Escuela 3= Consulta 4= Otro
7.- Tiempo de diagnóstico	Cuantitativa	Continua	Tiempo en años y meses
8.- Tipo de tratamiento	Cuantitativa	Nominal	1= Farmacológico 2= Psicoterapia 3= Ambos
<b>5.6.2 Variables de la Familia</b>			
9.- Parentesco	Cualitativa	Nominal	1= Padre 2= Madre 3= Hermano (a) 4= Abuelo (a) 5= Tío (a) 6= Otro
10.- Sexo	Cualitativa	Nominal	1= Femenino 2= Masculino
11.- Edad	Cuantitativa	Continua	Edad en años
12.- Escolaridad	Cuantitativa	Continua	Años de estudio terminados
13.- Ocupación	Cualitativa	Nominal	01= Ama de casa 02= Jubilado/pensionado

			03= Desempleado 04= Subempleado 05= Menor de edad (4 años) 06= Estudiante (preescolar hasta posgrado) 07= Estudia y trabaja 08= Campesino 09= Artesano 10= Obrero 11= Conductor de auto, camioneta o camión (Chofer) 12= Técnico 13= Empleado 14= Profesional 15= Artista 16= Comerciante establecido 17= Empresario 18= Directivo 19= Servicios diversos 20= Otras ocupaciones no especificadas.
14.- Estado civil	Cualitativa	Nominal	1= Soltero 2= Casado 3= Unión libre 4= Divorciado 5= Viudo
15.- Psicopatología	Cualitativa	Nominal	1= Si 2= No
16.- Toxicomanías	Cualitativa	Nominal	0= Ninguna 1= Tabaco 2= Alcohol 3= Ambas
17.- Violencia familiar	Cualitativa	Nominal	0= No 1= verbal 2= Física 3= Ambas
18.- Adicciones	Cualitativa	Nominal	0= Ninguna 1= Marihuana 2= Cocaína 3= Heroína 4= Inhalantes
<b>5.6.3 Clasificación Familiar</b>			
19.- Tipo de familia	Cualitativa	Nominal	1= Nuclear 2= Extensa 3= Extensa compuesta 4= Monoparental 5= Reconstruida
19.1.- Monoparental	Cualitativa	Nominal	1= Monoparental que vive con la familia de origen

			2= Monoparental con familia de origen viviendo con ella
20.- Integración	Cualitativa	Nominal	1= Integrada 2= Desintegrada 3= Semiintegrada
21.- Etapa del ciclo vital de la familia.	Cualitativa	Nominal	1= Matrimonio 2= Expansión 3= Dispersión 4= Independencia 5= Retiro

#### 5.6.4 Criterios para el diagnóstico de TDAH.

##### Criterios para Déficit de atención

22.- 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.	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
23.- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades escolares	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
24.- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
25.- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, en cargos u obligaciones en el centro de trabajo	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
26.- A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
27.- A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (trabajos escolares o domésticos).	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
28.- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
29.- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
30.- A menudo es descuidado en las tareas diarias.	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
<b>No. de criterios positivos para Déficit de Atención</b>	Cuantitativa	Discontinua	Suma de criterios positivos de

			déficit de Atención
<b>Criterios para Hiperactividad</b>			
31.- A menudo mueve en exceso manos o pies, o se mueve en su asiento	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
32.- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
33.- A menudo corre salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
34.- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
35.- A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
36.- A menudo habla en exceso.	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
<b>Criterios para Impulsividad</b>			
37.- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
38.- A menudo tiene dificultades para guardar turno	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
39.- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de o (conversaciones o juegos).	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
40.- Algunos síntomas de estos síntomas estaban presentes antes de los 7 años de edad.	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
41.- Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (escuela y casa)	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
42.- Deben existir pruebas claras de deterioro en la actividad social, académica o laboral.	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
43.- Los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.	Cualitativa	Nominal	0= No 1= Si
<b>No. de Criterios positivos para Hiperactividad-Impulsividad</b>	Cuantitativo	Discontinua	Suma de criterios positivos de

			hiperactividad- Impulsividad
TOTAL DE CRITERIOS PARA TDAH			

### 5.7 Definición conceptual y operativa de las variables.

En el siguiente cuadro se presentan definiciones de las variables más utilizadas.

CONCEPTO	DEFINICIÓN
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	Síndrome conductual de origen orgánico, que se manifiesta con frecuencia en niños y también en adultos, caracterizado por distracción moderada a severa periodos de atención breve, hiperactividad, inestabilidad emocional e impulsividad.
Toxicomanías	Hábito patológico de intoxicarse con sustancias que procuran sensaciones agradables o que suprimen el dolor.
Violencia Familiar	Es el maltrato que afecte la integridad “física o psíquica” de la víctima, y también considera la existencia del delito cuando dicha conducta recaiga en personas menores de edad o discapacitados que se encuentren bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar.
Adicción	Hábito de quien se deja dominar por el uso de algunas drogas tóxicas o por afición desmedida a ciertos juegos, tabaquismo y alcoholismo.

### 5.8 Diseño Estadístico

El propósito estadístico de esta investigación fué describir las características de las familias de niños con TDAH. Se investigó un grupo de pacientes diagnosticados con dicho trastorno, solo se realizó una medición de cada familia.

**5.8.1** Las principales variables medidas fueron obtenidas mediante un genograma estructural, orientado a buscar datos de tipología de la familia como son: las características psicosociales de las familias de niños con TDAH. Así como las del niño portador del trastorno.

**5.8.2** Las variables cualitativas y cuantitativas se refieren ya en el listado previo de variables que se mostró anteriormente.

**5.8.3** La distribución de las variables cualitativas ordinales y nominales se espera que sea no paramétrica (distribución libre).

Para las variables cuantitativas se espera que sigan una distribución normal.

**5.8.4** El tipo de muestra fué no aleatoria, no representativa, calculada con 90% de confiabilidad, 10% de precisión y una variabilidad  $p= 0.7$ ,  $q= 0.3$ .



## **5.9 Instrumentos de recolección de datos:**

A continuación se presenta el texto por medio del cual se solicita consentimiento al familiar para realizar la entrevista.

### **CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

El propósito de esta investigación es conocer las características familiares de los niños con déficit de atención e hiperactividad que son tratados en este Centro de Salud, con el fin de obtener conocimiento sobre dicho tema para la atención integral de estos niños mediante un enfoque biosposicosocial.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta Unidad Médica, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónimo y obtenido de manera voluntaria.

Si usted, en algún momento de la entrevista, considera que las preguntas le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestar respetando su pensamiento y decisión. De igual manera si se sintiera lastimado(a) o agredido(a) en su intimidad, dignidad, valores o moral, la investigación será interrumpida y el instrumento destruido frente a usted, terminando así su valiosa colaboración.

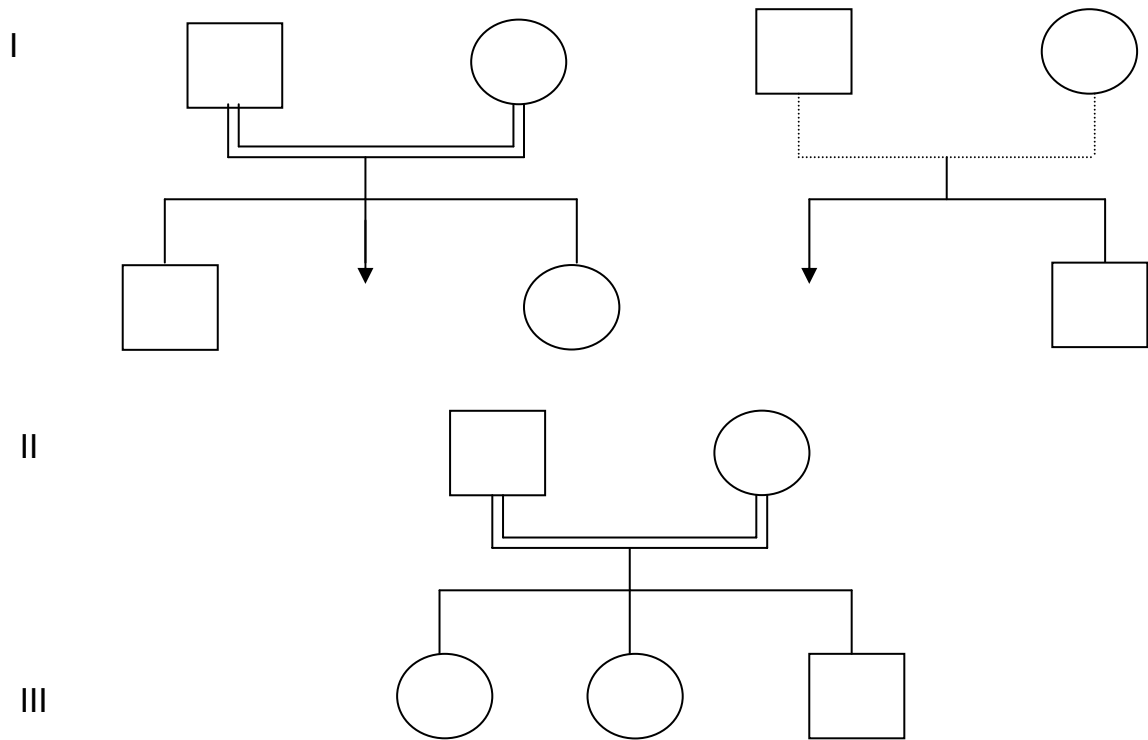
La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que ofrece esta Unidad de Salud.

Las preguntas serán realizadas de forma directa por el investigador, en un máximo de tiempo de 30 minutos. No existen respuestas buenas o malas únicamente solicito que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta usted participar?      Si\_\_\_\_\_      No\_\_\_\_\_

Muchas gracias por su participación

# GENOGRAMA ESTRUCTURAL (Diseño)



### DATOS DEL NIÑO

No. de Expediente	Edad al diagnóstico	Sexo 1= femenino 2= masculino	Número de hermanos	Lugar que ocupa	Detectado por	Tiempo de Diagnóstico	Tipo de Tratamiento	Violencia Familiar 0= No 1= Verbal 2= Física

### DATOS DE LA FAMILIA

Parentesco	Sexo 1=Femenino 2=Masculino	Edad en años	Escolaridad en años	Ocupación	Estado civil	Psicopatología 1= Si 2= No	Toxicomanías 0= Ninguna 1= Tabaco 2= Alcohol 3= Ambas	Adicciones 0= Ninguna 1= Marihuana 2= Cocaína 3= Heroína 4= Inhalantes

### CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA

Tipo de Familia	
Integración	
Etapas del ciclo vital	

## CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TDAH SEGÚN EL DSM IV

<b>DESATENCIÓN</b>		<b>1= Si</b>	<b>0= No</b>
1.-	A menudo o presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.		
2.-	A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades escolares.		
3.-	A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente		
4.-	A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, en cargos u obligaciones en el centro de trabajo.		
5.-	A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades		
6.-	A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (trabajos escolares o domésticos).		
7.-	A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.		
8.-	A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.		
9.-	A menudo es descuidado en las tareas diarias.		
<b>HIPERACTIVIDAD</b>			
10.-	A menudo mueve en exceso manos o pies, o se mueve en su asiento		
11.-	A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.		
12.-	A menudo corre salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.		
13.-	A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.		
14.-	A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor		
15.-	A menudo habla en exceso.		
<b>IMPULSIVIDAD</b>			
16.-	A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.		
17.-	A menudo tiene dificultades para guardar turno		
18.-	A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (conversaciones o juegos).		
19.-	Algunos de estos síntomas estaban presentes antes de los 7 años de edad.		
20.-	Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (escuela y casa). *		
21.-	Deben existir pruebas claras de deterioro en la actividad social, académica o laboral. *		
22.-	Los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. *		

\*Tomado textualmente del DSMIV, para efectos de la evaluación. Se

preguntó el siguiente texto para cada pregunta:

Pregunta 20. El niño presenta frecuentemente reportes escolares por su comportamiento, o en ocasiones a sido necesario el cambio de escuela.

Pregunta 21. La familia limitó su participación social a partir del comportamiento del niño con TDAH.

Pregunta 22. Se han realizado otros estudios de apoyo clínico con el objeto de descartar otras patologías.

### **5.10 Método de recolección de datos**

- Previa consentimiento de las autoridades correspondientes en el Centro de Salud “Dr. José castro Villagrana”, para realizar este trabajo, se le solicitó al equipo de Salud Mental (psicólogo, médico psiquiatra y enfermera), que el padre, madre o tutor de los niños citados a consulta en dicho servicio, con diagnóstico de TDAH, fueran enviados al consultorio 2 del área de psicología, con la investigadora a cargo.
- Con la participación de un médico de consulta, una enfermera de salud mental quienes apoyan en la captación de pacientes, así como la investigadora a cargo se informó a los padres sobre el objeto de la entrevista y se solicitó su autorización para llevarla a cabo.
- Se les aplicó el instrumento a los padres de los niños que aceptaron responder al cuestionario mediante la técnica de entrevista directa.
- La investigadora principal interrogó directamente a los familiares de los niños con TDAH, para construir un genograma y obtener datos pertinentes del niño, la familia y criterios de TDAH.
- Posteriormente, la investigadora con el apoyo del médico de consulta, procedió a registrar la información en las cédulas de datos, tanto del niño como de la familia.
- Posteriormente se procedió a almacenar la información en la base de datos electrónica diseñada en el programa SPSS V. 12.
- Finalmente se realizó el análisis estadístico.

### 5.11 Maniobras para evitar y controlar los sesgos

En este trabajo se reconoce que existe sesgo de información debido a que se solicita a los padres los datos para la elaboración del genograma. Además de un sesgo de selección ya que la muestra investigada fué no aleatoria.

### 5.12 Prueba piloto

Se aplicó el cuestionario en 10 familias, como prueba piloto, con la finalidad de establecer tiempos y detectar probables dificultades para la obtención de información.

### 5.13 Procedimientos estadísticos

Una vez aplicados los cuestionarios, y vertidas en las cédulas de identificación, se procedió a almacenar la información mediante el programa estadístico SPSS. El análisis se hizo con estadística descriptiva.

### 5.14 Base de datos

A continuación se presenta la estructura de la base de datos utilizada en este trabajo.

Del Niño						
Nombre de la Variable	Tipo N= Numérico S= Cadena Alfa- numérica	Ancho de la columna		Etiqueta	Valores que toma la variable Códigos	Escala de medición S=Continua O= Ordinal N= Nominal
P1	N	3	0	Expediente	Número consecutivo	S
P2	N	3	0	Sexo del paciente	1= femenino 2= masculino	N
P3	N	3	2	Edad en años y meses	Números enteros y fracciones	S
P4	N	3	0	Número de hermanos	Valor del número de integrantes	S
P5	N	3	0	Lugar que	Valor del lugar	S

				ocupa		
P6	N	3	0	Tiempo de diagnóstico	Valor del número de años	S
P7	S	3	0	Tipo de tratamiento	1= farmacológico 2= Psicoterapia 3= Ambos	N

De la Familia						
P8	S	3	0	Parentesco	Textual	N
P9	N	3	0	Sexo integrantes	1= Femenino 2= Masculino	N
P10	N	3	0	Escolaridad de los integrantes	Número total de años de estudio a partir de la primaria	S
P11	S	3	0	Ocupación de los integrantes	Textual (agrupación por códigos)	N
P12	N	3	0	Estado civil de los integrantes	1= Soltero 2= Casado 3= Unión libre 4= Divorciado 5= Viudo	N
P13	N	3	0	Toxicomanías	0= Ninguna 1= Tabaquismo 2= Alcoholismo 3= Ambas	N
P14	N	3	0	Violencia familiar	1= Si 2= No	N
P15	N	3	0	Adicciones	0= Ninguna 1= Marihuana 2= Cocaína 3= Heroína 4= Inhalantes	N
P16	N	3	0	Tipo de familia	1= Nuclear 2= extensa	N

					3= Extensa 4= compuesta 5= Monoparental 6= Reconstruida	
P16.1	N	3	0	Monoparental	1= Monoparental que vive con familia de origen 2= Monoparental que la familia de origen vive con la monoparental	N
P17	N	3	0	Integración familiar	1= Integrada 2= Desintegrada 3= Semiintegrada	N
P18	N	3	0	Etapas del ciclo vital de la familia	1= Matrimonio 2= Expansión 3= Dispersión 4= Independencia 5= Retiro	N

<b>Criterios diagnósticos para TDAH según el DSM-IV</b>						
<b>Criterios para Déficit de Atención</b>						
P19	N	3	0	A menudo o presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades	0= No 1= Si	N
P20	N	3	0	A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas	0= No 1= Si	N



				o actividades escolares.		
P21	N	3	0	A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente	0= No 1= Si	N
P22	N	3	0	A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, en cargos u obligaciones en el centro de trabajo.	0= No 1= Si	N
P23	N	3	0	A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades	0= No 1= Si	N
P24	N	3	0	A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (trabajos escolares o domésticos).	0= No 1= Si	N
P25	N	3	0	A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades	0= No 1= Si	N
P26	N	3	0	A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.	0= No 1= Si	N

P27	N	3	0	A menudo es descuidado en las tareas diarias.	0= No 1= Si	N
P28	N	3	0	A menudo mueve en exceso manos o pies, o se mueve en su asiento.	0= No 1= Si	N
P29	N	3	0	A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.	0= No 1= Si	N
P30	N	3	0	A menudo corre salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.	0= No 1= Si	N
P31	N	3	0	A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.	0= No 1= Si	N
P32	N	3	0	A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor	0= No 1= Si	N
P33	N	3	0	A menudo habla en exceso.	0= No 1= Si	N
P34	N	3	0	A menudo precipita	0= No 1= Si	N

				respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.		
P35	N	3	0	A menudo tiene dificultades para guardar turno.	0= No 1= Si	N
P36	N	3	0	A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (conversaciones o juegos).	0= No 1= Si	N
P37	N	3	0	Algunos síntomas de estos síntomas estaban presentes antes de los 7 años de edad.	0= No 1= Si	N
P38	N	3	0	Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (escuela y casa).	0= No 1= Si	N
P39	N	3	0	Deben existir pruebas claras de deterioro en la actividad social, académica o laboral.*	0= No 1= Si	N
P40	N	3	0	Los síntomas no se explican mejor por la presencia de	0= No 1= Si	N

				otro trastorno mental.*		
--	--	--	--	-------------------------	--	--

\* Ver nota aclaratoria en página 49.

## 5.15 Cronograma de actividades

<i>Actividades</i>	<i>Año/trimestre</i>							
	<i>2005</i>		<i>2006</i>			<i>2007</i>		
	<i>2do</i>	<i>3ro</i>	<i>1er</i>	<i>2do</i>	<i>3er</i>	<i>1er</i>	<i>2do</i>	<i>3er</i>
<i>a. Elección del tema</i>	X	X						
<i>b. Recopilación bibliográfica</i>			X	X	X			
<i>c. Elaboración del protocolo</i>						X		
<i>d. Estudio de campo</i>							X	
<i>e. Análisis de resultados</i>								X
<i>f. Elaboración del informe final</i>								X

### 5.16 Recursos humanos, materiales, físicos y financieros de estudio.

Con la colaboración directa de todas las fases de la investigación del autor principal, médico adscrito al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”, así como el psicólogo y la enfermera del servicio de Salud Mental.

Los genogramas se realizaron en consultorios pertenecientes al área de salud mental

#### LISTA DE MATERIAL:

1.- Computadora	\$ 11,000.00
2.- Material de Oficina : <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Hojas blancas</li><li>➤ Lápices</li><li>➤ 2 Tablas de apoyo</li><li>➤ Sacapuntas</li></ul>	\$ 500.00
3.- Fotocopias	\$ 1300.00
4.- Empastado	\$ 2125.00
<b>Total:</b>	\$ 14,925.00

Los gastos de esta investigación fueron financiados por la autora del trabajo.

## 5.17 Consideraciones éticas

La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, en junio de 1964 la cual ha sufrido varias enmendaduras, esta última en el año 2000. En 2002 se agregó una nota de clarificación al párrafo 29, y la última nota al párrafo 30 en 2004, siendo esta la vigente.

En su primer punto, manifiesta que es una propuesta de principios éticos que sirve para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. En los puntos básicos 10 y 15, se hace referencia a:

**10.-** La investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

**15.-** La investigación médica en seres humanos debe ser llevada acabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión del médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación.

En los puntos 21 y 22, se manifiesta el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad y la confidencialidad.

**21.** Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre la integridad física y mental y su personalidad.

**22.** En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento.

La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprometido la información el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos<sup>36</sup>.

En México la investigación se rige mediante el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, se consagró como garantía social, el derecho a la Protección de la Salud y el 7 de febrero de 1984 fué publicada en el Diario Oficial de la Federación La ley General de Salud, reglamentaria del párrafo tercero del Artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, iniciando su vigencia el 1º de julio del mismo año.

Se determinan los principios y lineamientos a los cuales se deberá someter la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, debiendo atender aspectos éticos que garanticen el bienestar y la dignidad de la persona(s) sujeta(s) a investigación.

En la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, se establecieron y definieron las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como la distribución de competencias entre la Federación y las Entidades Federativas en Materia de Salubridad General, por lo que resulta pertinente disponer de los instrumentos reglamentarios necesarios para el ejercicio eficaz de sus atribuciones.

Debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación. El desarrollo de investigación para la salud requiere del establecimiento de criterios técnicos para regular la aplicación de los procedimientos relativos a la correcta utilización de los recursos destinados a ella.

Sin restringir la libertad de los investigadores, en el caso particular de la investigación que se realice en seres humanos y de las que se utilice materiales o procedimientos que conlleven un riesgo, es preciso sujetarse a los principios científicos, éticos y a las normas de seguridad generalmente aceptadas.



De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, a los que se hace alusión en los artículos 13 y 14:

**Artículo 13.-** En toda investigación en la que el ser humano sea objeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

**Artículo 14.-** La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que lo justifiquen;
- II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III. Se deberá realizar solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles.
- V. Contará con el conocimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que esté reglamento señala.
- VI. Deberá realizada por profesionales de la salud, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

- VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación y Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y
- VIII. Se llevará acabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría.

En el artículo 15, 16, 17 y 18, se hace referencia a los métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los representantes y se menciona una clasificación de las investigaciones en tres niveles, siendo el primer nivel el que nos interesa referir por el tipo de estudio que se realizará en este trabajo de investigación.

**Artículo 15.-** Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usaran métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo a los sujetos de investigación.

**Artículo 16.-** En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

**Artículo 17.-** Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

- I. Investigación sin riesgo: so estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectiva y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.
- II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamientos rutinarios.
- III. Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquellas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos en los medicamentos, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre, y otra técnicas invasoras o procedimientos mayores.

En los artículos 18 y 113 se menciona la conducción de la investigación:

**Artículo 18.-** El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

**Artículo 113.-** La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembros de la institución de atención a la salud y contar con la autorización del jefe responsable del área de adscripción.

Como medida de seguridad para el investigador, se cuenta la autorización de participación voluntaria escrito con la firma de aceptación de cada paciente, donde se especifican los posibles riesgos de su participación en el estudio.

De acuerdo a lo estipulado tanto por la Declaración de Helsinki como por la Ley General de Salud en Investigación; este trabajo se debe considerar como de sin riesgo; ya que previamente se obtuvo un consentimiento del participante, además de no atentar contra su integridad con las preguntas realizadas<sup>37</sup>.

## 6. RESULTADOS

### 6.1 Integrantes de la familia.

Se estudiaron las familias de los niños con TDAH, obteniendo información de 637 individuos que conformaron las 126 familias. De estas se tomaron los siguientes datos:

#### 6.1.1 Parentesco

En el siguiente cuadro se muestran los nueve principales parentescos entre los integrantes de las 126 familias estudiadas. En las columnas se muestra el número de casos y el porcentaje correspondiente.

**Cuadro 1**

Parentesco entre los integrantes de las familias

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Hijo	290	45.5
Madre	125	19.6
Padre	94	14.8
Abuelos maternos	52	8.2
Hermanos maternos	19	3.0
Abuelos paternos	17	2.7
Hermanos paternos	15	2.4
Otros consanguíneos	16	2.4
Otros no consanguíneos	9	1.4
TOTAL	637	100%

### 6.1.2 Sexo

De los 637 casos, 322 integrantes corresponden al sexo femenino y 315 al masculino. Con una diferencia de 0.5% entre ambos sexos.

### 6.1.3 Ocupación

En el cuadro 2 se muestra las diez principales ocupaciones de la población estudiada, correspondiendo el mayor porcentaje a los estudiantes con un 36.7%.

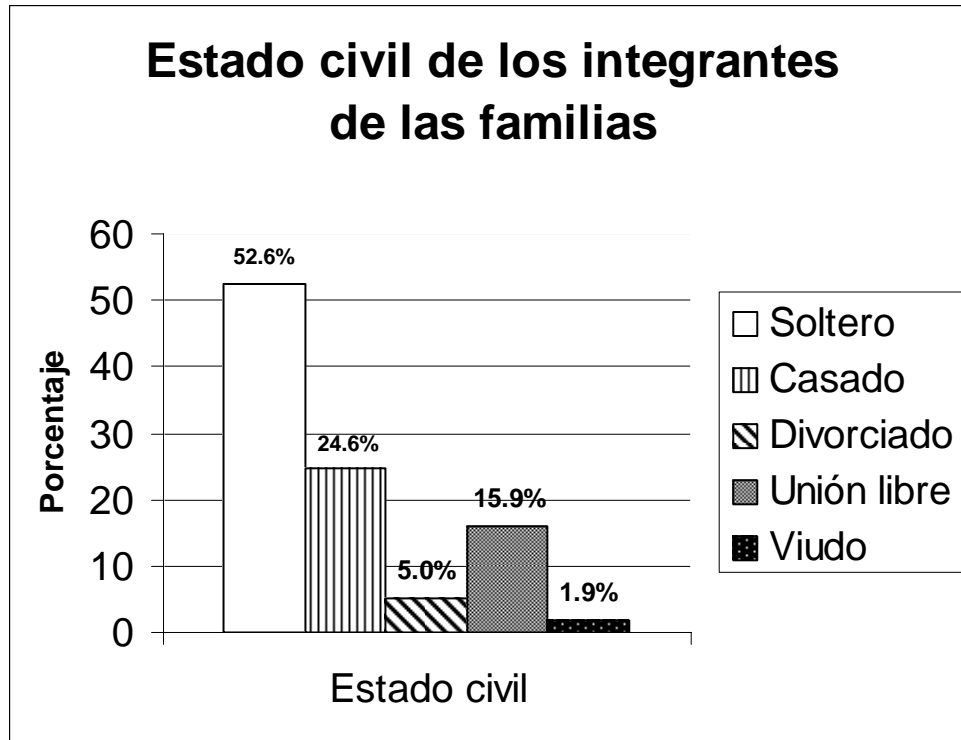
**Cuadro 2**  
Ocupación de los familiares

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	234	36.7
Ama(o) de casa	70	11
Empleado	58	9.1
Técnico	57	8.9
Subempleado	51	8.0
Menor de edad	38	6.0
Conductor de auto	35	5.5
Obrero	25	3.9
Estudia y trabaja	20	3.1
Profesional	15	2.4
Otras	34	5.4
TOTAL	637	100%

#### 6.1.4 Estado civil

La figura 1 muestra la distribución con respecto al estado civil de los integrantes de las familias, de los cuales 335 casos (52.6%) se encontraron en soltería.

Figura 1



#### 6.1.5 Psicopatologías

Entre los integrantes de las familias incluyendo los niños con TDAH, se encontraron 241 casos con alguna psicopatología y 395 casos que no presentaron ningún tipo de patología psiquiátrica.

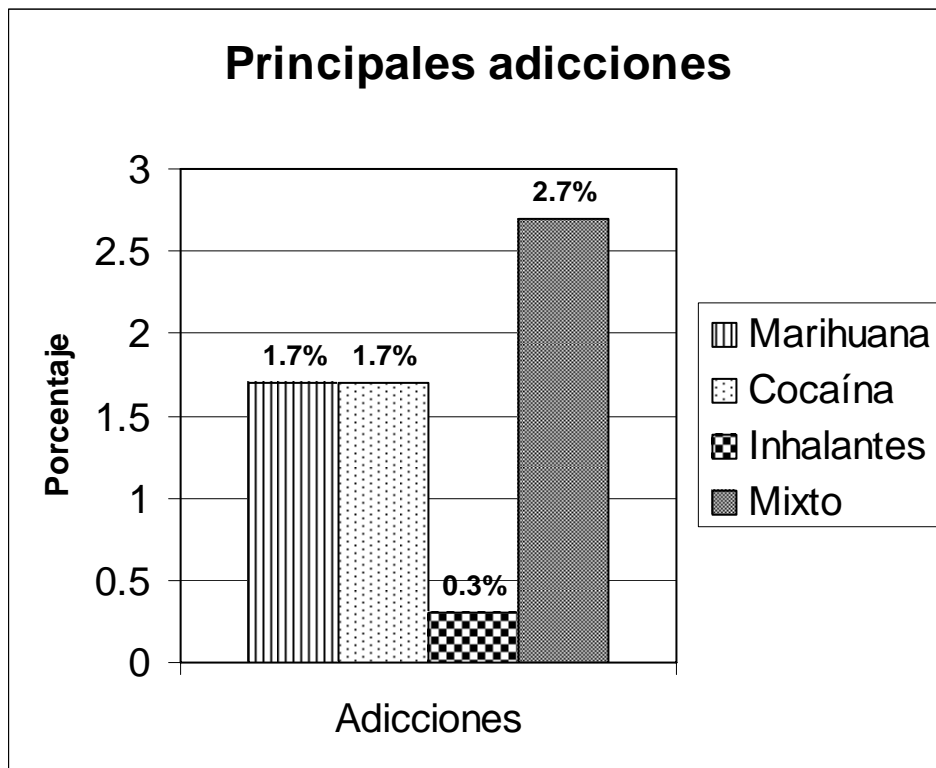
### 6.1.6 Toxicomanías

Con respecto a toxicomanías en 418 (65.6%) de los casos no presenta ningún tipo de toxicomanía. Se refirió Tabaquismo en 113 casos 17.7%, alcoholismo en 12 casos correspondiendo a un 1.9% y ambas toxicomanías en 94 casos siendo el 14.8%.

### 6.1.7 Adicciones

En la Figura 2 se muestran las principales adicciones en las familias interrogadas. De estas 596 casos negaron consumo de cualquier tipo de droga.

**Figura 2**





### 6.1.8 Niños con TDAH

De los casos totales que fueron investigados, 126 caso (19.8%) correspondieron a niños con TDAH y 511 casos (80.2%), fueron familiares de estos.

### 6.1.9 Edad de los niños con TDAH estudiados

El promedio de edad de las familias estudiadas fué de 25.9 años con una desviación estandar de 20.14. Entre ellos la escolaridad en años de escuela terminados fué de 8.33 años correpondiéndole una desviación estandar de 5.06.

## 6.2 Datos de los niños con TDAH.

### 6.2.1 Sexo de los niños con TDAH

Con respecto al sexo de los niños estudiados, 29 casos (23%) fueron del sexo femenino y 97 casos (77%) del sexo masculino.

### 6.2.2 Número de hermanos

En cuanto al número de hermanos de los niños con TDAH, en la mayoría de los casos (49.2%) fué para un hermano. El resto se muestra en el cuadro 3.

**Cuadro 3**

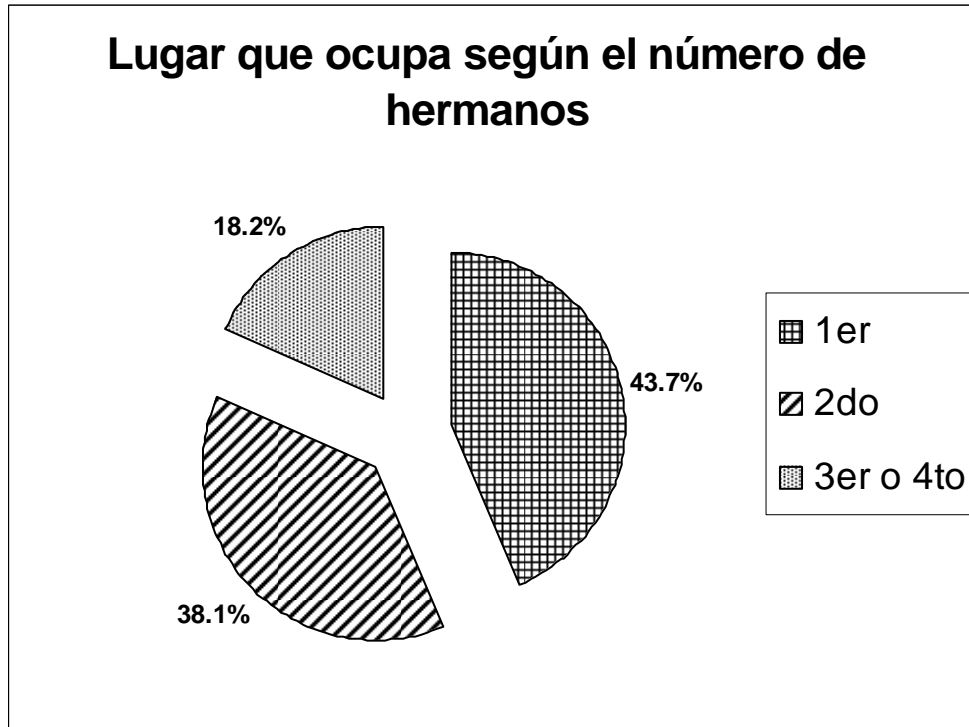
Número de hermanos

No. de hermanos	Frecuencia	Porcentaje
0 hermanos	16	12.7
1 hermano	62	49.2
2 hermanos	39	31.0
3 o más hermanos	9	7.1
Total	126	100%

### 6.2.3 Lugar que ocupa el niño según el número de hermanos.

La figura 3 muestra el lugar que ocupa el caso pista a partir del primer hijo de la familia.

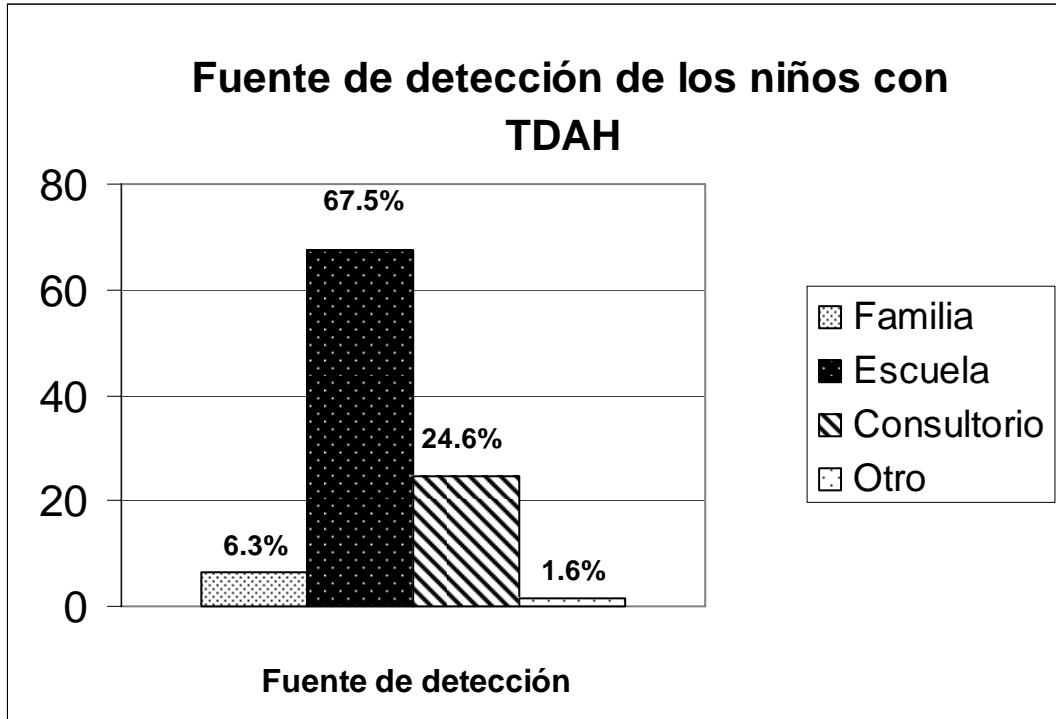
**Figura 3**



#### 6.2.4 Fuente de detección de los niños con TDAH.

Las principales fuentes de detección del caso pista, se presentan en la figura 4.

**Figura 4**



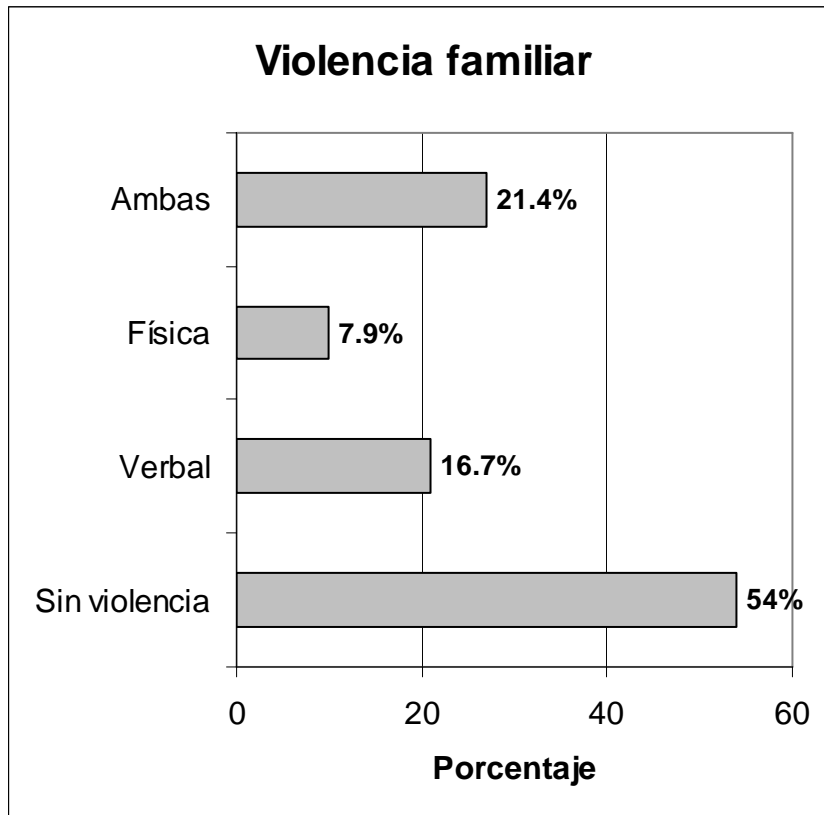
#### 6.2.5 Tipo de tratamiento

En el tratamiento se encontro que el 80% de lo niños tenían tratamiento mixto, y un 19% con psicoterapia y sólo el 0.80% únicamente farmacológico.

#### 6.2.6 Violencia familiar

En la figura 5 se ilustra los casos de familias con violencia, donde un 21.4 de éstas presentaron violencia física y verbal.

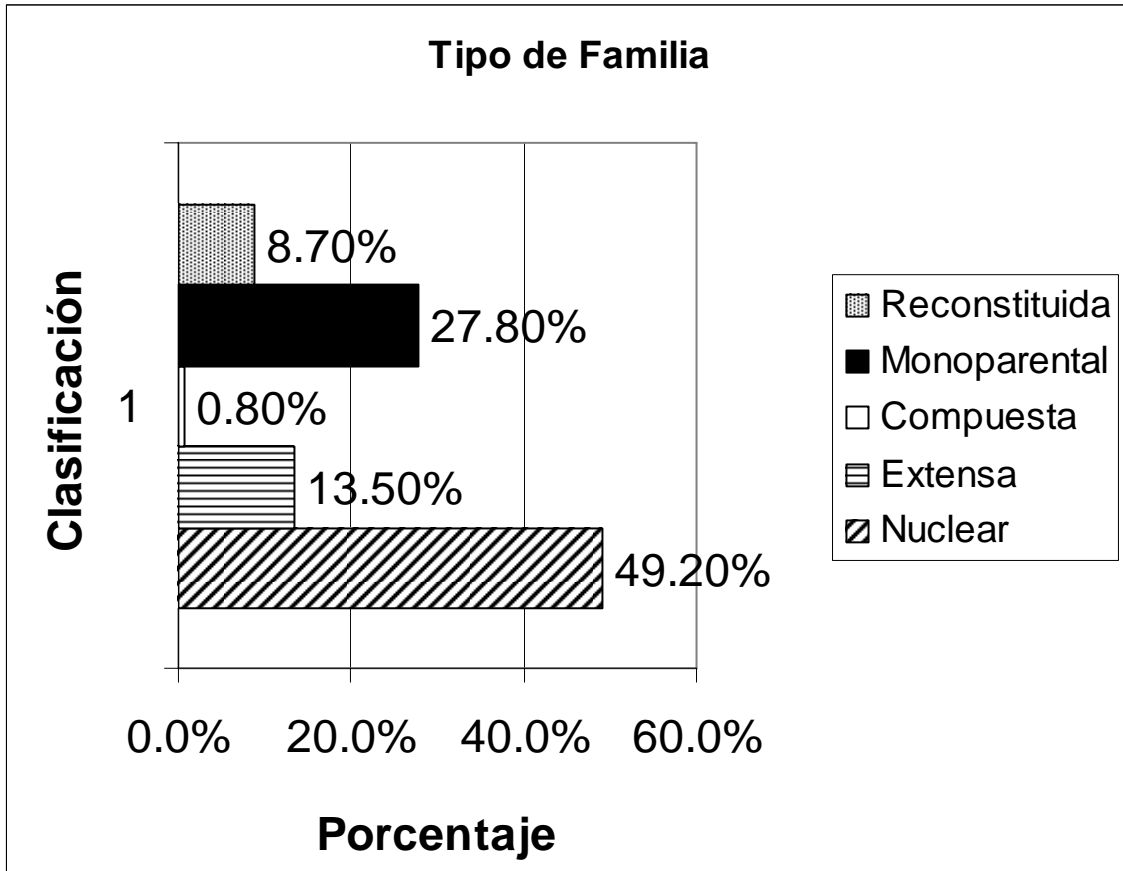
**Figura 5**



### 6.2.7 Tipo de familia

La Figura 6 muestra la clasificación familiar con respecto a su conformación.

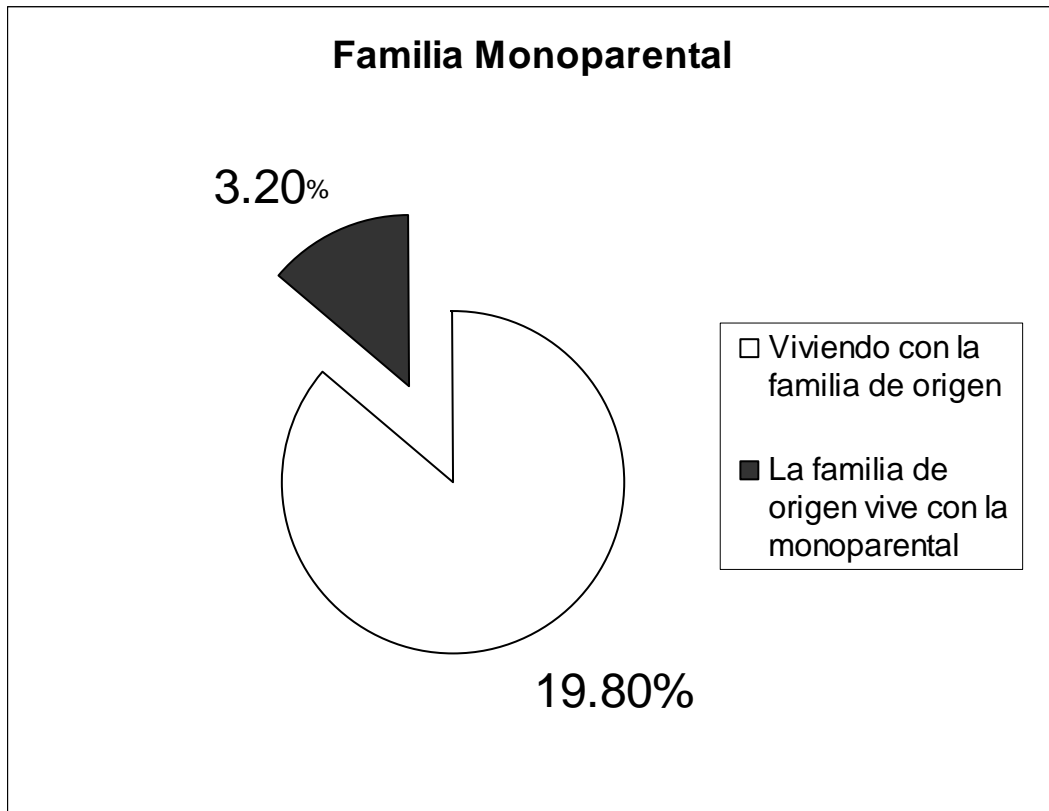
Figura 6



### 6.2.8 Familias monoparentales

A continuación se muestran los casos de familias monoparentales viviendo con la familia de origen o donde la familia de origen vive con la familia monoparental (figura 7).

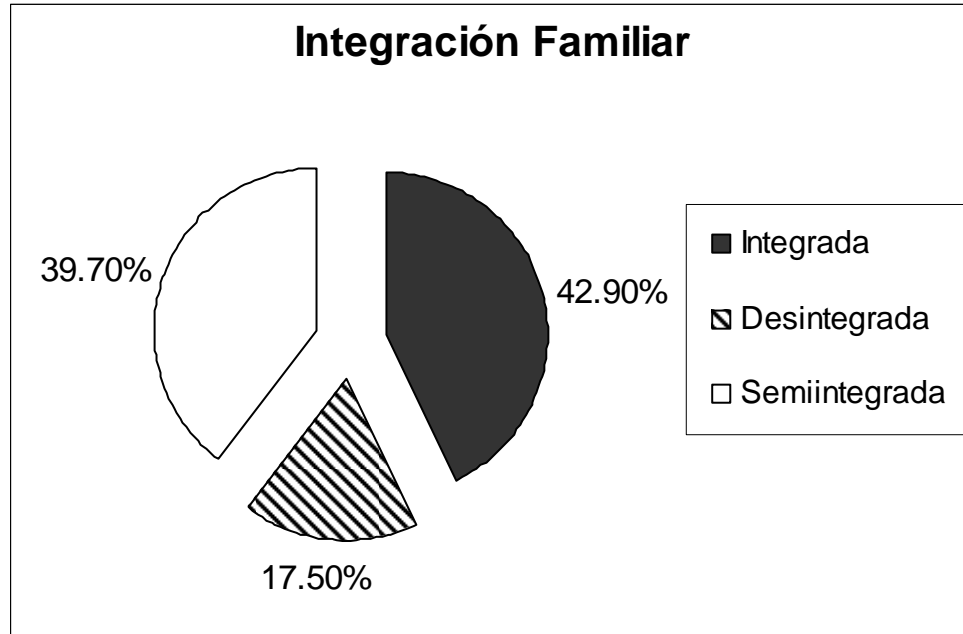
**Figura 7**



#### 6.2.9. Integración familiar

La siguiente figura muestra el grado de integración de las familias evaluadas.

**Figura 9**



#### 6.2.10 Etapa del ciclo vital

En las etapas de ciclo vital se encuentran a 112 casos (88.9%) en dispersión, 13 casos (10.3%) en independencia y solo un caso (0.8%) en etapa de expansión.

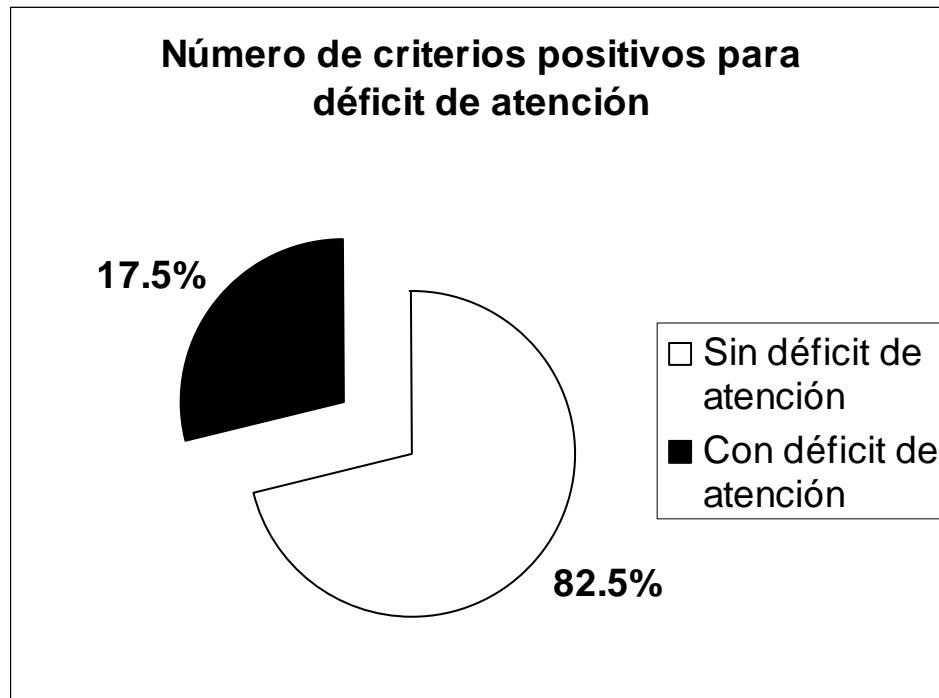
#### 6.2.11 Edad

La edad de los niños estudiados fué de 9.163 años con una desviación estandar de 2.220. Con respecto al tiempo de diagnóstico se encontró un promedio de 2.318 años con una desviación estandar de 1.799 años. La edad promedio de los niños al momento de ser diagnosticados fué de 6.888 con desviación estandar de 1.888. La escolaridad del niños fué de 4.60 años con una desviación estandar de 2.19.

#### 6.2.12 Evaluación de atención en los pacientes estudiados.

En la figura 10 se muestran los porcentajes correspondientes a niños con déficit de atención.

**Figura 10**



6.2.13 Evaluación de hiperactividad-impulsividad en los pacientes estudiados.

El 100% de los casos de los niños estudiados presentó criterios positivos para hiperactividad-impulsividad.

6.2.14 Distribución de niños con o sin déficit de atención según sexo.



El el cuadro 4 se muestran los pacientes con o sin déficit de atención según el sexo. No Se encontraron diferencias significativas.

#### **Cuadro 4**

Número de criterios positivo para déficit de atención.

Sexo del paciente	Sin déficit de atención	Con déficit de atención	Total
Femenino	4	25	29
Masculino	18	79	97
Total	22	104	126
Ji cuadrada= 0.352 p= 0.553 n.s.			

6.2.15 Distribución entre la tipología familiar y los niños con o sin déficit de

atención.

En el cuadro 5 se presenta el porcentaje de niños con o sin déficit de atención, ya sea viviendo con familia de origen o donde la familia de origen vivía con la familia monoparental. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

### Cuadro 5

Niños con o sin déficit de atención según familias monoparentales.

Monoparental	Sin déficit de atención	Con déficit de atención	Total
Viviendo con la familia de origen	5	20	25
La familia de origen vive con la monoparental	2	2	4
Total	7	22	29
Prueba exacta de Fisher= 0.238 p= 0.238 n.s.			

6.2.16 Distribución de niños con o sin déficit de atención según la integración de la familia.

El cuadro 6 se presenta lo que respecta a integración familiar en niños con o sin déficit de atención. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

### Cuadro 6

Distribución de niños con o sin déficit de atención según la integración familiar.

Integración familiar	Sin déficit de atención	Con déficit de atención	Total
Integrada	9	45	54
Desintegrada	4	18	22
Semiintegrada	9	41	50
Total	22	104	126
Ji cuadrada= 0.042 p= 0.979			

6.2.17 Distribución de niños con o sin déficit de atención según la etapa del ciclo vital.

Este cuadro muestra la etapa del ciclo vital con respecto a los niños con o sin déficit de atención. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

### Cuadro 7

Asociación entre etapa del ciclo vital y déficit de atención

Etapa del ciclo vital	Sin déficit de atención	Con déficit de atención	Total
Expansión	1	0	1
Dispersión	17	95	112
Independencia	4	9	13
Total	22	104	126
Ji cuadrada= 6.730 p= 0.035			

6.2.18 Distribución de niños con o sin déficit de atención según la existencia o no de violencia familiar.

En el cuadro 8 se presentan los niños con o sin déficit de atención según las familias que refirieron violencia entre sus miembros. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Cuadro 8**

Distribución de niños con o sin déficit de atención y violencia familiar.

Violencia familiar	Sin déficit de atención	Con déficit de atención	Total
Sin violencia familiar	7	61	68
Con violencia familiar	15	43	58
Total	22	104	126
Ji cuadrada= 5.264 p= 0.022			

## 7. DISCUSIÓN

En este trabajo se han determinado algunas de las características generales de las familias y de sus integrantes de niños que padecen TDAH, los resultados revelan que son familias nucleares en casi un 50% y que la mayor proporción también son familias integradas, aunque en este caso destaca un 40% de familias semiintegradas. Aún que en la bibliografía consultada no refiere la desintegración de la familia, pero si reconocen los conflictos que existen a causa de comportamiento del niño con TDAH.

El hecho de que sean familias nucleares coincide con el estado civil, que resultó con mayor frecuencia casados o unión libre. Las familias con otro estado civil, ya sea solteras o divorciadas, con frecuencia se integran a sus familias de origen.

La principal ocupación sobre todo de los padres es ama de casa, empleados y técnicos. Llama la atención que prácticamente el 100% de los niños con TDAH viven con la madre, pero no es el caso del padre, donde el 74.6% convive con el niño y el resto no. No hay estudios que determinen la frecuencia de divorcios o separación de los padres. Quién mas frecuentemente se queda con el niño es la madre quien se ve obligada a regresar con la familia de origen<sup>24,31,32</sup>.

En cuanto a toxicomanías, se encontró un 17.7% de padres con uso de tabaco y un pequeño porcentaje de alcohol, sin embargo la combinación de ambas fué de un 14.8%. Hay evidencias de que el consumo de sustancias en los padres se asocia a padecimientos psiquiátricos en los hijos, sin embargo no debemos perder de vista, las toxicomanías como problema social, y como se ha dicho la familia es el primer contacto del niño con alteraciones en la conducta<sup>16,17</sup>.

En lo que adicciones respecta, se encontró principalmente la de tipo mixto, con un 6.4% entendiéndose por esta la cualquier combinación de inhalantes, marihuana o cocaína. En estudios anteriores<sup>4,6,12,17,21,24</sup> el consumo de drogas se ha relacionado con trastornos mentales en los hijos. Algunos de estos trastornos que se presentan en los hijos de padres adictos son los de comportamiento.

Otro dato importante con respecto a los integrantes de la familia, fué la edad promedio de 25.9 años, con una escolaridad apenas de 8.3 años, que corresponde a estudios de secundaria. Al respecto de los integrantes de las familias de los niños con TDAH, no se encuentran datos en la literatura.

También fué posible observar que las familias con un niño con TDAH, además del paciente puede haber otro integrante con algún trastorno mental, con mayor frecuencia se encontró a la madre o hermanos afectados. Esto concuerda con los reportes de la literatura que refieren a una madre desesperada, angustiada y en muchas ocasiones deprimida, por la situación del niño. Así mismo algunos autores refieren la posibilidad de psicopatología en hermanos, ya que la atención se centra en el niño con TDAH, y los hermanos son asignados como cuidadores de niños con TDAH, lo que produce angustia en los hermanos<sup>3,16,17,24,28,35</sup>.

Con respecto a los datos de los niños con TDAH estudiados se encontró que la mayoría de los casos es del sexo masculino y en la gran parte con solo un hermano, por lo tanto el niño con TDAH ocupa el primer o segundo lugar en el orden familiar.

Un dato notable es la fuente de detección del niño, ya que el 67.5% son detectados en la escuela, y un muy bajo porcentaje en la consulta. De las familias con niños portadores con TDAH en este trabajo, se detectó casi en la mitad de las familias algún tipo de violencia (física, verbal o ambas).

Algunos investigadores en el área psicosocial reconocen que un gran porcentaje de las familias que conviven con un niño con TDAH son frecuentemente caóticas y conflictivas, ninguno uno menciona la presencia de violencia de algún tipo<sup>19,24,25,30,34</sup>.

Aunque se cuenta con estudios sobre factores psicosociales y contextuales, ninguno estudia las características familiares, siendo la familia el principal medio en el que el niño se desarrolla<sup>24,31,39</sup>.

La edad de los niños estudiados al momento del diagnóstico estuvo alrededor de los 6 a 7 años, dato que concuerda con la etapa del ciclo vital que se encuentra la familia, que en muchos casos fué dispersión, etapa en la cual los niños se integran a actividades escolares.

Casi todos los estudios coinciden en que la edad del diagnóstico se da alrededor de los 7 años y de predominio en el sexo masculino<sup>3,4,6</sup>, en este estudio, la edad y el ciclo vital de la familia coinciden con estos datos, siendo los escolares los más frecuentemente diagnosticados y en una etapa del ciclo vital de dispersión justo al ingreso a la escuelas. Se confirmó el predominio del sexo masculino sobre el femenino, en niños que padecen TDAH en cualquiera de los tres subtipos, siendo el sexo masculino el más frecuentemente afectado.

Un resultado esperado según algunas publicaciones<sup>10,19,20,31</sup>, resultó ser la fuente de detección, teniendo a la escuela como primer expositor del padecimiento del niño, los padres son evidentemente quienes tienen una visión amplia del comportamiento del niño, estos tratan de contener esta conducta mientras se encuentra en casa, sin embargo al cambiarle el contexto los síntomas pueden desaparecer temporalmente, para posteriormente iniciar con conductas que lleven al maestro a hacer observaciones directas hacia el niño, con manifestaciones posteriores que sugieren el diagnóstico.

Los resultados en este estudio muestran que la mayor parte de los niños, están bajo tratamiento farmacológico y psicoterapia, probablemente porque no se realizó una evaluación minuciosa o bien por la poca disponibilidad de psicoterapia en la unidad donde se realizó esta investigación. Algunos los autores<sup>4,5,8</sup> están de acuerdo que el manejo de el niño con TDAH es multidisciplinario, bajo la dirección del médico de familia, evaluar los casos en los que es necesario el tratamieto farmacológico y psicoterapia que se indica en todos los casos.



## 8. CONCLUSIÓN

Con este trabajo se ha determinado el perfil general de las familias de niños con TDAH, esta información es útil tanto para los servicios de salud mental, así como para los médicos familiares que a diario enfrenta su consulta médica con este tipo de patologías, incluyendo niños que presentan este problema.

De igual forma se determinó el perfil del niño, y que el médico para detectarlos debe indagar o preguntar sobre el comportamiento de el niño en la escuela.

Aunque se encontró un bajo porcentaje de adicciones, puede haber existido un sesgo en la información. Es posible que sea un mayor porcentaje pero con este trabajo no se pudo determinar.

Este trabajo también destacó que aunque muy pocos padres manifiestan toxicomanías es un elemento que debe estar considerado en el interrogatorio de pacientes con este tipo de patologías.

La estrategia de utilizar el genograma fué útil, ya que es un instrumento que genera mucha información, porque aporta datos no solo del aspecto familiar, individual, salud, social y psicodinámico de la familia y se puede recomendar para el uso en otros trabajos.

Respecto a la integración familiar, corresponde a la realidad social que vive en estos momentos la ciudad capital de este país, en donde hay un evidente problema de pobreza y de vivienda, y donde muchos hijos que forman una familia, se ven obligados a quedarse viviendo o se van a vivir con sus familiares de origen, debido fundamentalmente a razones de espacio y costo.

La amplitud de manifestaciones problemáticas que conlleva un niño con TDAH implica una necesidad de desplegar distintos recursos en el manejo tanto de los niños con TDAH como de sus familias.

La información obtenida tanto de las familias con de los niños con TDAH, resultan de relevancia para el médico familiar en su práctica diaria para identificar casos nuevos y ofrecer tanto a estos como a los casos prevalentes, una mejor atención del niño y su familia.

Finalmente, se recomienda interrogar directamente sobre síntomas de TDAH ya sea directamente a la familia o por referencia de los profesores de la escuela se puede con ello, hacer un diagnóstico temprano para actuar con el equipo de salud en una atención integral, así mismo esa atención debe ser continua, para modificar el curso de estas psicopatologías y lograr un óptimo estado de salud física y mental tanto individual como familiar.

## REFERENCIAS

1. Miranda A, Jarque S, Soriano M. Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Rev Neurol* 1999; 28(supl 2): S 182-S 188.
2. Cardón Jalón E, Servera Barceló M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Una visión global. *An Pediatr (Barc)* 2002;59(3):225-228.
3. Williams C, Wright B, Partridge I. Attention deficit hyperactivity disorder a review. *British Journal of General Practice* 1999; 49, 563-571.
4. De la Rosa Morales V. Trastorno por déficit de atención hiperactividad-impulsividad (TDAHI). Diagnóstico y tratamiento infantil. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México 2001, Pag. 133-152.
5. Quiroz Pérez JR. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Aten Fam* 2006;13(5) 101-103.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> ed. 1994. Pag. 97-107.
7. Peña JA, Montiel-Nava C. trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad?. *Rev Neurol* 2003; 36(2): 173-179.
8. García LJ. Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad/Impulsividad. *Revista de la Asociación Psiquiátrica Mexicana* 2005, 23(2): 23-28.

9. Guevara JP, Stein MT. Evidence based management of attention deficit hyperactivity disorder. *BMJ* 2001;323:1232-5.
10. Thapar AK, Thapar A. Attention-deficit disorder. *British Journal of General Practice* 2003; 53, 227-232.
11. Castellanos FX, Acosta MT. El síndrome de déficit de atención con hiperactividad como expresión de un trastorno funcional orgánico. *Rev Neurol* 2002; 35 (1): 1-11.
12. Smalley SL. Genetic influences in childhood-onset psychiatric disorders: Autism and Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder. *Am J Hum Genet* 1997; 60:1276-1282.
13. Navarro SM. Revista Clínica del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Información Clínica* 2003; 14(11) pag. 3-8.
14. Rubia K, Smith A. Attention deficit-hyperactivity disorder: current findings and treatment. *Curr Opin in Psychiatry* 2001; 14:309-16.
15. Guevara JP, Stein MT. Attention deficit hyperactivity disorder. *WJM* 2001; 175. 189-193.
16. Schmitz M, Denardin D, Laufer Silva T, et. al. Smoking during pregnancy and attention-deficit/hyperactivity disorder, predominantly inattentive type: A case-control study. *J. Am. Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45:11, 1338-45.
17. Clark D, Cornelius EC, Word S, Transmisión del riesgo de psicopatología

- en hijos de padres con trastorno por consumo de sustancias. *Am J Psychiatry* 2004; 161:685-691.
18. Spencer T, Biederman J, Wozniak J. Attention deficit disorder and affective disorder in childhood: continuum, comorbidity or confusion. *Current opinion in psychiatry* 2000; 13:73-79.
  19. Artigas-Pallarés J. Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol* 2003; 36 (supl 1): S68-S78.
  20. Miranda-Casas A, García-Castellar R, Meliá-de Alba A. Aportaciones al conocimiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Desde la investigación a la práctica. *Rev Neurol* 2004; 38(supl 1): S156-S163.
  21. Pascual-Castroviejo I. Enfermedad comórbida del síndrome de déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol* 2002; 35 (1): 11-17.
  22. Schachter HM, Pham B, King J. How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis. *CMAJ* 2001; 165(11).
  23. Foreman DM. Attention deficit hyperactivity disorder: legal and ethical aspects. *Arch Dis Child* 2006; 91:192-194.
  24. Roselló B, García-Castellar R, Tárraga-Mínguez R. El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol* 2003; 36 (Supl 1): S79-S84.
  25. Miranda-Casas A, Uribe LH, Gil-Llario MD. Evaluación e intervención en

- niños preescolares con manifestaciones de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y conducta disruptiva. *Rev Neurol* 2003; 36 (Supl 1): S85-S94.
26. Guevara JP, Stein MT. Evidence based management of Attention deficit hyperactivity disorder. *BMJ* 2001; 323:1232-4.
27. Kates N. Attention deficit disorder in adults. Management in primary care. *Can Fam Physician* 2005; 51:53-59.
28. Weiss M, Murray C. Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Canadian Medical Association* 2003; 168(6):715-722.
29. Faraone S, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder a meta-analysis of follow studies. *Psychological Medicine* 2006; 36, 159-165.
30. Pistoia M, Abad-Mas L, Etchepareborda MC. Abordaje psicopedagógico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad con el modelo de entrenamiento de las funciones ejecutivas. *Rev Neurol* 2004; 38 (Supl 1): S149-S155.
31. Irigoyen CA, *Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar*. Tercera edición, Editorial Medicina Familiar Mexicana 2006; Pag.57-61.

32. Taylor BR, Medicina de Familia principios y práctica. Quinta edición, MASSON S A 2002; Pag. 184-187.
33. Turubian JL. Cuadernos de Medicina Familiar y Comunitaria. Una introducción a los principios de la medicina familiar. Madrid: Díaz de Santos 1995; pp. 347-355.
34. Presentación-Herrero MJ., García Castellar R., Miranda-Casas A. et. al Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efectos de los problemas de conducta asociados. Rev Neurol 2006; 42(3): 137-143.
35. Roselló B, García R, Tárraga J. El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev Neurol 2003; 36:79-84.
36. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Enmendada en la Asamblea General Tokio 2004.
37. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaría de Salud, México, 1984.
38. Comisión Nacional de la Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria 2002. Pag. 63.