



---

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20**

***FUNCIONALIDAD FAMILIAR, TIPO DE APOYO Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO  
PREDOMINANTES EN EL TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN***

**T E S I S**

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

**PRESENTA:**

**DR LUCENA FLORES JUAN CARLOS**

**TUTORA:**

**DRA BLANCA ELSA RIVERA GARCIA**

**ASESOR METODOLOGICO: DRA SANTA VEGA MENDOZA**

**ASESOR CLINICO:**

**DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA**

**GENERACION 2009-2012**

**MÉXICO D.F.**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## **I.- ANTECEDENTES:**

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia; es un proceso crónico con una alta comorbilidad que va a influir en el funcionamiento del individuo en la edad adulta. Éste cuadro tiene un gran impacto en la sociedad en términos de coste económico, estrés familiar, problemas académicos y vocacionales así como una importante disminución de la autoestima del sujeto afectado. La etiología no está completamente aclarada; parece evidente que se trata de un trastorno multifactorial con una base biológica cerebral y predisposición genética que interactúa con factores ambientales. Se han encontrado alteraciones en la estructura, función y neurotransmisión cerebral en pacientes con TDAH. <sup>(2,3,4,6)</sup>

La primera descripción que se conoce de un TDAH la encontramos en Hoffman (1844), un médico alemán que reprodujo parte importante de la sintomatología en el protagonista de un cuento que escribió en esta fecha en el que describía a Phil, un niño inquieto que no se acostumbra a estar sentado y se movía constantemente. Describe la sintomatología hiperactiva, de exceso de movimiento, pero no parece detallar la inatención. Mencionaba el bajo rendimiento, lo que puede indicar deficiencias en la atención y en el control de impulsos. Sin embargo fue el pediatra inglés Still en 1902, quien dio la primera descripción de conductas impulsivas y agresivas, falta de atención y los calificaba de “defectos del control moral”. <sup>(1,2,6,9)</sup>

Posteriormente los estudios realizados en todo el mundo en la primera parte del siglo XX, los años 20 y 30, en especial Hohmán en 1922 y de Khan y Cohen en 1934, indicaban que tras una lesión cerebral, se producían los mismos síntomas descritos por Still, con lo que se creyó que se encontraban ante un “síndrome de lesión cerebral humana” de naturaleza neurológica.

No fue hasta los años 60 cuando la mayoría de los investigadores comenzaron a darse cuenta de que los niños con la sintomatología hiperkinética o hiperactiva, no presentaban lesión cerebral alguna y suavizaron el nombre denominándole daño cerebral mínimo o disfunción cerebral. De esta forma la etiología no sería una lesión cerebral concreta, sino por una disfunción general, en la que el cerebro apareciera absolutamente normal, sin ningún tipo de patología demostrable. El término de La disfunción cerebral mínima, se usó en la década de los sesenta por Clements y Peters, y se iba perfilando con la sintomatología siguiente: Trastornos de la conducta motora, hiperactividad, alteración de la coordinación, trastornos de atención y trastornos perceptivos, dificultades de aprendizaje escolar, trastorno en

el control de los impulsos, alteración en las relaciones interpersonales, trastornos afectivos, labilidad, disforia, agresividad, etc.

De esta forma fue surgiendo el concepto de “hiperkinesia”, cuyas características eran principalmente síntomas conductuales al margen del daño cerebral y el nivel de hiperactividad sería el núcleo de toda la alteración.

Aparece, por primera vez en el manual de diagnóstico y estadística de enfermedades mentales DSM II, publicado por la asociación americana de psiquiatría, en 1968, con el nombre de “Reacción Hiperkinética de la infancia”, con los criterios diagnósticos que orientarían a los médicos hasta la aparición de nuevos estudios que hicieron que en el DSM III, se modificaran dichos criterios y que se usara un término distinto para denominar al síndrome. <sup>(1,3,7,9)</sup>

Douglas, en los años 70, argumentó que la deficiencia básica de los niños hiperactivos no era la actividad exagerada, sino la incapacidad para mantener la atención, lo que está ya más cerca de la definición actual. Sus estudios e investigaciones también documentaron el uso del metilfenidato para tratar el trastorno.

Virginia Douglas introdujo nuevos criterios y cambió el término llamándole “déficit de atención con y sin hiperactividad”. En 1987 en la revisión del DSM III, se vuelve a dar importancia a la hiperactividad, situándola al mismo nivel que el defecto de atención.

En los años 80 y 90 se realizan múltiples estudios e investigaciones que culminaron en los criterios diagnósticos actuales del DSM –IV. <sup>(1,2,6)</sup>

Los cuales son: <sup>(1,3,8)</sup>

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:

Falta de atención :

- 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 y poco lógica 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 o 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 ocupado” o suele actuar como si “estuviera impulsado por un motor
- f) A menudo habla en exceso
- Impulsividad
- (g) A menudo emite bruscamente las respuestas antes de haber sido terminadas las preguntas
- (h) A menudo tiene dificultades para esperar su turno
- (i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ejemplo 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 y en casa)

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico 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<sup>(1,3,7)</sup>

Es un importante problema de salud pública debido a varias razones:

1. Su prevalencia
2. El inicio en etapas precoces de la infancia
3. Es un proceso incapacitante y crónico
4. Afecta las diferentes esferas comportamentales (familiar, escolar y social), y
5. Su alta comorbilidad, por lo que siempre deben investigarse otras patologías asociadas que conllevan un gran riesgo para el futuro del niño, como son trastornos del aprendizaje, problemas de conducta o trastornos emocionales, entre otros. El TDAH según el DSM-IV (o trastorno hiperactivo según el CIE 10) se define como un determinado grado de déficit de atención y/o hiperactividad-impulsividad que resulta desadaptativo e incoherente en relación con el nivel de desarrollo del niño y está presente antes de los 7 años de edad<sup>(6,7)</sup>

Las manifestaciones clínicas deben persistir durante más de 6 meses, debe ser más severo que lo observado en otros niños de la misma edad y el mismo nivel de desarrollo e inteligencia, debe estar presente en varios ambientes como familia, escuela, amigos y produce serios problemas en la vida diaria.<sup>(4,6,8)</sup>

El DSM-IV (manual de diagnóstico estadístico de enfermedades mentales de la asociación americana de psiquiatría) también describe 3 subtipos según los síntomas que estén presentes:

- Subtipo con predominio inatento (cuando sólo hay inatención). Entre el 20-30% de los casos
- Subtipo con predominio hiperactivo-impulsivo (cuando solo hay hiperactividad e impulsividad). Del 10-15%.
- Subtipo combinado (cuando están presentes los 3 tipos de síntomas). Del 50-75% de los casos.

Las manifestaciones clínicas varían en grado e intensidad según la edad del paciente en el momento del diagnóstico<sup>(6)</sup>:

Niños pequeños (1-3 años)

Se pueden apreciar cambios temperamentales, impulsividad y una adaptación social limitada en la interacción del niño con el ambiente y los padres. Son niños que no obedecen, no respetan las normas, molestan y pueden tener alteraciones

del sueño, del lenguaje y del desarrollo motor. A esta edad el diagnóstico es muy difícil.

#### Preescolares (3-6 años)

Se puede observar una inquietud motriz, menor intensidad y duración en el juego y distintos problemas asociados: déficit en el desarrollo, dificultad en la coordinación motora, conducta negativista desafiante, problemas de adaptación social y accidentes, entre otras.

El diagnóstico sigue siendo difícil ya que la hiperactividad, impulsividad y déficit de atención pueden ser propios de la edad; es importante ver si se afecta la socialización, el aprendizaje y la interacción padres-hijos. A esta edad es muy complicado conocer el rango normal de conducta y no hay instrumentos fiables y válidos para evaluar el TDAH. Se sugieren de forma orientativa los síntomas mencionados por expertos clínicos y deben verse como factores de riesgo más que como signos diagnósticos.

#### Escolares (6-12 años)

A esta edad suele ser cuando se producen más consultas a profesionales de la salud. Son niños que se distraen con facilidad, presentan inquietud motora, conducta impulsiva perturbadora, y con diferentes problemas asociados: trastornos específicos de aprendizaje (lectura, escritura), repetición de cursos, rechazo por los compañeros, relaciones familiares alteradas, baja autoestima y comportamiento agresivo.

#### Adolescentes (13-20 años)

Hasta el 70% de los niños con TDAH evolucionarán con manifestaciones clínicas hasta la adolescencia. Con la edad disminuye la hiperactividad motora y se transforma en hiperactividad mental o sensación de impaciencia. Se mantiene el déficit de atención y la dificultad para planear y organizarse lo que conlleva mal rendimiento escolar, rechazo de amigos, disminución de la autoestima y búsqueda de afecto de forma indiscriminada con la implicación en conductas de riesgo: conducta agresiva, antisocial y delincuente, problemas con el alcohol y drogas, problemas emocionales (depresión, ansiedad), embarazos y accidentes que constituyen su principal causa de muerte.

El clima familiar es el reflejo de la dirección del crecimiento personal, enfatizado en la familia y en las características del sistema organizacional y de mantenimiento de la misma, mediante las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia. Moos y Moos (1986), a su vez, describen el clima familiar en tres dimensiones que contienen una serie de áreas relacionadas íntimamente con el

mismo: La dimensión de relación, en la que se observa la forma en la que los miembros de la familia se relacionan entre sí, de acuerdo a la cohesión y a la expresividad de sus integrantes, así como también, el grado de conflicto de los miembros que la componen. La dimensión de crecimiento personal, la cual expresa el funcionamiento de la familia y su permisividad para ayudar a sus miembros, a desarrollarse como seres humanos únicos, desde el punto de vista de la independencia, la orientación hacia el logro, la orientación hacia las actividades intelectuales y culturales, la orientación hacia las actividades recreativas y el énfasis que hace la familia sobre los aspectos religiosos. La dimensión de mantenimiento del sistema, esta dimensión abarca los aspectos de control y organización de la familia que le permite funcionar como un todo organizado.

Esfuerzos para explorar las relaciones entre TDAH y factores familiares han arrojado hallazgos complejos que ofrecen evidencia cada vez mayor de que los síntomas centrales del TDAH como falta de atención y pobre control de impulsos son altamente heredables, escasa evidencia para la hipótesis de que las prácticas de crianza per se sean las causas reales del TDAH. Sin embargo, estos mismos hallazgos sugieren que los patrones de interacción familiar pueden ser una pieza clave para este trastorno; ya que parece estar relacionado con la gravedad y curso del TDAH.

El ambiente familiar es una entidad formativa en el desarrollo de cualquier niño, la cual provee factores protectores y, a la vez, actúa como una de las fuentes de estrés. Ha sido establecido que la calidad de las relaciones familiares y los patrones de interacción podrían estar relacionados con el desarrollo y curso de diversos patrones de psicopatología de la niñez. Existe un número de informes que demuestra que los trastornos de la conducta son más comunes en las familias disfuncionales y en ambientes con niveles elevados de adversidad crónica. Sin embargo, los informes acerca de la asociación de los trastornos del comportamiento perturbador con el clima familiar hacen referencia a pacientes con trastorno negativista desafiante y disocial y no tan frecuentemente al TDAH. <sup>(5,9)</sup>

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

precursora del desarrollo de dificultades de comportamiento experimentado por los niños hiperactivos en edades posteriores.

Según estos y otros trabajos similares, el efecto de los padres sobre el desarrollo y la evolución del TDAH parece claro.<sup>(10)</sup>

Un tema menos estudiado es el impacto que produce en los padres el hecho de tener un hijo con este trastorno. Algunos investigadores realizaron un estudio de comparación de tres grupos (niños con TDAH o conducta agresiva, niños autistas y niños normales); concluyeron que los padres de los niños hiperactivos percibían que la conducta de sus hijos había producido sentimientos más negativos sobre su paternidad, un impacto negativo en su vida social y un mayor estrés que los padres de niños sin TDAH.

Una de las labores más importantes de la atención a los niños con TDAH es la de informar a los padres sobre el alcance del cuadro, de su carácter muchas veces hereditario, de la importancia de tratar a estos niños de forma justa: ni demasiado duro ni demasiado blando, de comprender y apoyar a los profesores, de controlar las compañías, de comprender las preferencias profesionales de estos sujetos (muchas veces poco convencionales), del efecto positivo de los fármacos sobre el cuadro clínico y también de los riesgos de acción colateral en algunos casos.

En este tipo de patología los padres van a recibir del médico las recomendaciones oportunas para poder conducir a sus hijos de la formas más adecuada y, por ello, se hacen necesarias las visitas periódicas al médico en las que pueden exponer la situación del cuadro en su conjunto en cada momento y solicitar la ayuda necesaria para afrontar los problemas que vayan surgiendo continuamente de la manera más conveniente.

Los padres tienen que saber desde el principio que el TDAH no se asocia a un mal futuro para quien sea diagnosticado con este mal.<sup>(5)</sup>

## **II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Este estudio se llevó a cabo para determinar la funcionalidad familiar, tipos de apoyo y estrato socioeconómico que predominan ante un niño que tiene diagnosticado TDAH para así brindar un mejor apoyo en el desarrollo familiar y social.

En las bibliografías consultadas se hace alusión a los diferentes modos de razonar y de actuar de los familiares, sin embargo la mayoría de estos estudios se han realizado en otros países o bien ya hace algunos años, en México no se han realizado estudios de este tipo, por lo cual es de interés el examinar ese comportamiento en este país para así poder realizar intervenciones necesarias y justas a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

La inquietud de realizar este estudio surge a partir de las experiencias vividas por el investigador en cuestiones familiares, en las cuales las familias tienen necesidades biológicas pero también psicológicas y sociales, mismas que se han descuidado y por ello la calidad de los servicios es deficiente.

Por lo anterior este estudio surge de esas necesidades sociales y familiares para que los niños que sufren este padecimiento estén conscientes que pueden acceder a otros servicios que son complementarios a este pero sobre todo hacerles ver que su comportamiento puede reforzar o destruir los lazos familiares entre el niño y los demás miembros. Es de interés médico conocer el tipo de funcionalidad que tienen estas familias para comprenderlas y orientarlas asertivamente.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACION**

**¿CUÁL ES LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR, APOYO Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO QUE PREVALESCEN EN LOS NIÑOS CON TDAH?**

### **III.- JUSTIFICACIÓN**

Se estima que padecen este trastorno, entre 3 al 5% de los niños en edad escolar, pero hay reportes, que informan 12%; la razón hombres/mujeres varía entre 6:1 y 10:1 <sup>(11, 12)</sup>

Aunque el TDAH es más frecuente en los niños, no hay que olvidar que está presente en la niñas, frecuentemente infradiagnosticadas debido a que, en ellas, es más frecuente la variante inatenta (mucho menos expresiva que las otras).

En los escolares (6-12 años) se produce el mayor número de consultas a profesionales de la salud. Son niños que se distraen con facilidad, presentan inquietud motora, conducta impulsiva perturbadora, y con diferentes problemas asociados: trastornos específicos de aprendizaje (lectura, escritura), repetición de cursos, rechazo por los compañeros, relaciones familiares alteradas, baja autoestima y comportamiento agresivo.

Debido a la alta prevalencia del TDAH en niños, la naturaleza crónica de este trastorno, el deterioro grave en el funcionamiento de los niños y el grado en el cual el trastorno está caracterizado por interacciones negativas entre padres y niños es importante examinar la relación entre el ambiente familiar y esta condición clínica.<sup>(14,15)</sup>

Si bien los aspectos principales como el diagnóstico y tratamiento se han incluido en numerosos estudios, hay pocos de ellos en los que se observa la forma en cómo este trastorno afecta a la familia. Se ha visto que llega a causar diferentes crisis como divorcios, violencia intrafamiliar y otros mas, los cuales se pretenden analizar durante este proyecto de tesis usando el FACES III que analiza la cohesión y adaptabilidad de la familia y servirá como base para futuras investigaciones en el ámbito familiar, dentro de esta tesis se pretende que los médicos familiares y de las distintas especialidades tengan contemplada la posibilidad de que se presente ante él una familia que esta atravesando una crisis paranormativa y no se debe de olvidar que la familia padece al igual que el paciente.<sup>(16)</sup>

Entre los beneficios que pudieran ser importantes con la realización del estudio esta la posibilidad de observar las respuestas más comunes que tienen los familiares para así poder dar una mejor orientación y calidad de servicios a aquellos que tienen este padecimiento y ayudarles a tener una mejor calidad de vida así como una relación familiar satisfactoria, dentro del instituto es aplicable ya

que en el primer nivel donde nos encontramos podemos derivarlos a otros servicios o bien iniciar terapia familiar una vez que estamos conscientes de las formas más comunes de reaccionar por parte de la familia.

#### **IV.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

##### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar los tipos de funcionalidad familiar, el apoyo y el estrato económico en las familias de niños con TDHA.

Comparar los tipos de funcionalidad familiar, el apoyo y el estrato económico en las familias con niños con y sin TDHA.

##### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- a) Identificar a los pacientes que padecen TDAH y confirmarlo mediante los criterios de DSM-IV.
- b) Evaluar la funcionalidad familiar de los pacientes portadores de TDHA por medio de la cohesión y adaptabilidad familiar.
- c) Describir la tipología familiar predominante en ambos grupos.
- d) Mencionar el grado de apoyo percibido por las familias de los pacientes.
- e) Identificar el estrato socioeconómico predominante en las familias de los pacientes que cursan con TDAH.

## **V.- HIPÓTESIS DE TRABAJO**

**LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS CON TDHA TIENEN MENOR APOYO, SON MAS DISFUNCIONALES EN LA FAMILIA Y EL ESTRATO SOCIECONÓMICO ES MAS BAJO EN COMPARACIÓN CON LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS SIN TDHA.**

## **VII.- SUJETOS, MATERIALES Y MÉTODOS**

### **1.-CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO**

Hospital General de Zona 24

Av. Insurgentes Norte 1320.

Colonia Magdalena de las Salinas,

Delegación Gustavo A Madero, D. F.

La unidad labora de Lunes a Domingo en 1 turno, matutino, vespertino

Se realizó el estudio descriptivo, transversal y prospectivo a las familias de pacientes derechohabientes en el IMSS que cuentan con un miembro que padezca TDAH, que acudieron al hospital general de zona 24 procedentes de su clínica de adscripción a fin de ser valorados por trastornos de conducta y que el diagnóstico definitivo fué TDAH. Se realizó una búsqueda exhaustiva de pacientes con TDAH que acudieron en el año 2010 al hospital.

Se realizaron visitas domiciliarias y reuniones en el hospital de gineco pediatría IIIA de esta unidad con los representantes legales de estos pacientes llamese padres o tutores a quienes se les invitó a participar y se solicitó la firma del consentimiento informado. Se aplicó una ficha de identificación donde se recolectan datos generales del paciente, posteriormente se aplicaron las escalas de funcionamiento familiar (FACES III), apoyo (MOS, DUKE-UNC) y estrato socioeconómico (GRAFAR-MENDEZ CASTELLANO).

Posteriormente se evaluaron dichas pruebas al final de la entrevista y el análisis al final del estudio. Los datos aportados fueron capturados por vía electrónica, se analizaron en el paquete estadístico SPSS y posteriormente fueron graficados.

## **2.-DISEÑO**

### **2.1.- TIPO DE ESTUDIO:**

**POR EL CONTROL DE LA MANIOBRA A EXPERIMENTAR: OBSERVACIONAL.  
POR LA MEDICIÓN DEL FENÓMENO: TRANSVERSAL.  
POR LA PRESENCIA DE DOS GRUPOS CONTROL: COMPARATIVO.**

### **2.2.- GRUPOS DE ESTUDIO:**

El grupo de estudio lo integraron pacientes pediátricos del HGZ 24

Características del grupo de estudio: pacientes con TDAH diagnosticado clínicamente por profesionales de la salud basados en el DSM-IV.

Características de los controles: pacientes que no padezcan TDAH ni alguna otra enfermedad de la conducta o crónica.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Pacientes con diagnóstico de TDAH de acuerdo a los criterios del DSMIV.
- Edad de 6 a 12 años.
- De cualquier género.
- Derechohabientes del IMSS.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

1. - Pacientes que presenten otra patología además de TDAH.
2. - Pacientes que sean hijos únicos.

#### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

1. - Pacientes que no contesten correctamente los cuestionarios.

### **2.3.- TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Cálculo del tamaño de la muestra

Estimación de una proporción

Los datos que tenemos que incluir en la fórmula para calcular el número de sujetos necesarios de la muestra (n) son:

$Z_{\alpha/2}$ : Valor de z correspondiente al riesgo  $\alpha$  fijado. El riesgo  $\alpha$  fijado suele ser 0,05 y  $z_{\alpha/2}$  de 1,96.

P: Valor de la proporción que se supone existe en la población con diferencia de 30%

I: Precisión con que se desea estimar el parámetro ( $2i$  es la amplitud del intervalo de confianza).

Beta de 0.20

Se obtiene una n de 150 niños por grupo

### **2.4.- VARIABLES**

	Definición Conceptual	Definición operacional	Escalas de medición	Pruebas estadísticas
Funcionamiento familiar	Grado de satisfacción respecto a las funciones familiares	Valorado por FACES III que evalúa la cohesión y adaptabilidad familiar	Cualitativa nominal	Frecuencia y porcentajes
Apoyo social percibido	La conexión social que tiene un individuo con otros seres significativos de su entorno social. El individuo se siente	Se valorará por el MOS que mide apoyo confidencial y afectivo y el DUKE que es multidimensional para determinar apoyo máximo,	cualitativo	porcentaje

	conectado con otros	regular o escaso.		
TDAH	Trastorno que se caracteriza por inatención, hiperactividad e impulsividad	Valorado por el cuestionario del DSM IV	cualitativo	porcentaje
Estrato socioeconómico	Agregados sociales, que comparten un sitio o lugar similar dentro de la jerarquización o escala social, donde comparten similares creencias, valores, actitudes, estilos y actos de vida	Valorado por la escala de graffar por medio ocupación del padre, escolaridad de la madre, fuente de ingreso y alojamiento o vivienda	cualitativo	porcentaje
EDAD	Años cumplidos hasta el momento del estudio	Obtenido por ficha identificación	Cuantitativa numérica continua	Media y desviación estandar
SEXO	Condición organica que distingue lo femenino de lo masculino	Obtenido por ficha identificación	Cualitativa	Frecuencia y porcentaje
PESO	Fuerza de gravitación universal que ejerce un cuerpo celeste sobre una masa	Obtenido por de ficha identificación	Cuantitativa numérica continua	Media y desviación estandar
TALLA	Estatura o altura de las personas	Obtenido por de ficha identificación	Cualitativa	Frecuencia y porcentaje

<b>TIPOLOGÍA FAMILIAR</b>	Identificar elementos que le integran (nuclear, extensa, etc.). Desarrollo alcanzado dentro de contexto económico (arcaica, tradicional y moderna), demográfico (urbana, suburbana, rural)	Obtenido por ficha de identificación.	Cualitativa	Frecuencia y porcentaje
---------------------------	--	---------------------------------------	-------------	-------------------------

## **2.5 DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO**

Se les citó a los familiares en grupos de 10 en 10 o se les visitó en su domicilio para la realización de los cuestionarios y se aclararon dudas a fin de que los cuestionarios fueran representativos y reflejaron la problemática de las familias con un hijo que padezca de TDAH.

Una vez realizados los cuestionarios (Ficha de identificación, FACES III APGAR, MOS, DUKE-UNC, GRAFFAR-MENDEZ CASTELLANO) la información fué evaluada e interpretada por los métodos estadísticos pertinentes los cuales arrojaron la información requerida para este estudio, posteriormente se determinó si los objetivos y el motivo de este se cumplieron para llegar a las conclusiones del mismo.

Se realizó la tesis de este estudio con los resultados obtenidos llegando a la conclusión de este estudio.

Se presentó el mismo a los compañeros residentes a fin de que despierte en nuevas generaciones la curiosidad por realizar estudios en las diferentes discapacidades que pudiera haber en el IMSS, donde hay una infinita gama de posibilidades a estudiar siendo un campo fértil para la realización de muchos estudios a futuro.

### **INSTRUMENTOS DE APLICACIÓN:**

#### **a) Escala de Graffar-Méndez Castellanos**

### **Para clasificar el estrato socioeconómico de las familias.**

Consta de la evaluación de 4 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia, y condiciones del alojamiento.

Interpretación: 4-6 : Estrato alto, 7-9 Estrato medio alto, 10-12 Estrato medio bajo, 13-16 Estrato obrero, 17-20 Estrato marginal.

### **b) Checklist para TDAH basada en el DSM-IV.**

La lista de síntomas para TDAH se basa, entonces, en la calificación cuantitativa y semicontinua de 0 (nunca) a 3 (casi siempre) de cada uno de los 18 síntomas de las tres dimensiones del criterio A del DSM-IV para el diagnóstico de TDAH.

La puntuación mínima para la escala total es 0, y la máxima, 54. La puntuación de la escala de inatención varía de 0 a 27, la de la subescala de hiperactividad de 0 a 18, y la de la subescala de impulsividad, de 0 a 9.

### **c) Medical Outcomes Survey – MOS**

Recoge información multidimensional: Apoyo emocional/informacional, instrumental, afectivo e interacción social positiva, las cuales se miden sobre una escala de Likert, de 1 a 5, excepto el primer ítem, el cual informa del tamaño de la red social. Se aplica a pacientes mayores de 18 años.

Cada ítem corresponde a una dimensión de las estudiadas por el cuestionario, al lado del número de ítem está una letra correspondiendo a: (E) Apoyo emocional/informacional, (I) instrumental, (A) afectivo e (IS) interacción social positiva.

El índice global de apoyo social es el sumatorio de las puntuaciones de los 19 ítems (del 2 al 20)

Apoyo escaso

Menos de 57 de la puntuación correspondiente al índice global.

Falta de apoyo 4 dimensiones: Emocional: < 24 Int. Social positivo: < 9

Instrumental: < 12 Afectivo: < 9

### **d) Cuestionario de apoyo social funcional de DUKE-UNC**

Mide las distintas dimensiones de apoyo funcional

Consta de 11 ítem, que recogen valores referidos al apoyo confidencial y al afectivo. Las respuestas se miden mediante una escala Likert, de 1 a 5.

Apoyo afectivo: ítems 2,3,5,9 y 11. apoyo confidencial 1,4,6,7,8 y 10.

La escala nos da tres valores:

- 1) Apoyo total percibido por el cuestionario
- 2) El afectivo
- 3) El confidencial

Global

Sumando todas las preguntas tenemos un máximo de 55 y un mínimo de 11, media de 33. Se considera que el individuo tiene apoyo social escaso cuando esta por debajo de la media.

Apoyo afectivo:

25 máximo y 5 mínimo, media de 15, cifras menores indican escasos recursos afectivos.

Apoyo confidencial:

30 máximo y 6 mínimo, media 18, cifras menores a media expresan escaso apoyo confidencial.

#### **e) FACES III:**

Es un instrumento creado por Olson y cols, evalúa la manera en que se encuentra la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento y clasifica a las familias en 3 categorías: balanceada, en rango medio y extremas, se ha establecido que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción.

Se realiza un cuestionario de 20 preguntas la cual recibe un puntaje de 5 a 1 las cuales se suman y dan como resultado el grado de cohesión y adaptabilidad

<b>COHESION</b>	<b>AMPLITUD DE CLASE</b>
<b>NO RELACIONADA</b>	<b>10 A 34</b>
<b>SEMIRELACIONADA</b>	<b>35 A 40</b>
<b>RELACIONADA</b>	<b>41 A 45</b>
<b>AGLUTINADA</b>	<b>46 A 50</b>

<b>ADAPTABILIDAD</b>	<b>AMPLITUD DE CLASE</b>
<b>RIGIDA</b>	<b>10 A 19</b>

<b>ESTRUCTURADA</b>	<b>20 A 24</b>
<b>FLEXIBLE</b>	<b>25 A 28</b>
<b>CAOTICA</b>	<b>29 A 50</b>

## **2.6 ANALISIS ESTADISTICO**

Se utilizará estadística descriptiva

1.- Para el análisis de las variables cuantitativas se emplearán medidas de tendencia central como son media, moda, promedio, desviación estándar.

2.- Para el análisis de las variables cualitativas se utilizará frecuencia y porcentaje

La relación de variables será con OR e IC al 95%

## **VII.- RESULTADOS**

Se encuestaron a 300 niños y a su tutor encontrándose en el perfil sociodemográfico que predomina el sexo masculino con 70% (n 210), de edad mínimo de 6 y máximo de 12 años con un promedio de 8.47, con de de +- 11.97, profesión de jefe de familia obrero especializado con 56.7% (n 170), escolaridad de la madre secundaria incompleta con 40 % (n 120), fuente de ingreso por sueldo semanal con 81.7% (n 245), condiciones de alojamiento en buenas condiciones sanitarias en un 95.7% (n287), estrato socioeconómico obrero del 59.7% (n 179).

### **Cuadro1**

En la somatometría se encuentra una talla con media de 1.3, un rango de 0.95 a 1.63 y de de +-0.14, además de peso con media de 31.12, rango de 13 a 69 kg y de +- 11.97.

### **Cuadro 2**

En los APP se encuentran resultados positivos para: enfermedades exantemáticas de 59% (n177), para DM 69% (n207), HAS con 61.3% (n184), cáncer 25.3% (n 76) y TDAH 9.7% (n 29).

### **Cuadro 3**

En los antecedentes perinatales se encuentran valores positivos de: madre expuesta a radiación 3.3% (n10), madre expuesta al alcohol 0.7% (n 2), madre expuesta al tabaco 18.7% (n56), madre expuesta a drogas del 0% (n 0), IRA 6% (n18), I. vaginal 15.3% (n 46), IVU con 21.3% (n64), gesta con media de 1.99, rango de 1-5 y de ±.985, APGAR con media de 8.5, rango de 5 a 10 y de ±0.68, semanas de gestación con media de 38.54, rango de 26 a 42 y de ±1.99, peso al nacer con media de 3.11, rango de 0.75-5.4 y de ± 0.57, talla al nacer con una

media de 49.63, rango de 33-58 y de  $\pm 3.023$  y terminación del embarazo por cesárea 56% (n168).

#### **Cuadro 4**

Las características de las familias de los niños encuestados son familia nuclear 52% (n 156), urbana 100% (n300), obrera 64% (n192), semirelacionada 29.7% (n 89), flexible 23.3% (n70).

#### **Cuadro 5**

El tipo de apoyo familiar por escala de DUKE con apoyo global intermedio con 71.3% (n 214), el afectivo intermedio de 67% (n201), confidencial intermedio 61% (n183) y por MOS predomina el apoyo social adecuado con 84.7% (n 254), emocional adecuado 76% (n228), afectivo adecuado con 89.3% n (268)

#### **Cuadro 6**

En el grupo con TDAH predomina el tipo mixto con 27,7% (n83), diagnosticado por neurología 47.3% (n142), recaídas negadas en un 63.3% (n95), con predominio de sintomatología de inatención 44% (n 132) por DSM IV.

#### **Cuadro 7**

Se realiza cotejo del perfil sociodemográfico obteniéndose predominancia del sexo masculino, para TDAH del 80.7% (n 121), versus 59.3% (n 89), profesión del jefe de familia obrero especializado con un 50% (n 75) para TDAH y 63.3% para (n 95) para el control, escolaridad de la madre secundaria incompleta, para TDAH 42.7% (n64) y 37.3% (n 56) para el control, la fuente de ingreso predomina sueldo semanal para TDAH 79.3% (n119) y 84% (n 126) para el grupo control, condiciones de alojamiento predomina vivienda con buenas condiciones sanitarias y espacios suficientes con 95.3% (n 143) para TDAH versus 96% (n 144) para los controles. Predomina estrato obrero para TDAH 59.3% (n 89) versus 60% (n 90) para el grupo control.

#### **Cuadro 8**

Al comparar la somatometria encontrándose para la talla una media de 1.31, con rango de 0.98-1.63 y una de  $\pm 0.15$ , para el control una media de 0.95-1.6 con un rango de 0.95 a 1.6 con una de  $\pm 1.3$ . En el peso se obtuvo para el grupo de TDAH una media de 32.92 con un rango de 15-68 y una de  $\pm 13.08$  y para el grupo control una media de 29.3 con un rango de 13 a 69 y una de  $\pm 10.49$ .

#### **Cuadro 9**

Se compara antecedentes encontrándose positivos: exantemáticas 41.3% (n 62) para TDAH y 32% (n 48) para el grupo control, DM 73.3% (n110) para TDAH versus DM 64.7% (n 97), HAS de 66.7% (n 100) para TDAH y 56% (n84) para el

control, cáncer 20.7% (n31) para TDAH y 30% (n45) para el grupo control, TDAH de 16.7% (n 25) en grupo de TDAH y 2.7% (n 4).

#### **Cuadro 10**

Al comparar antecedentes perinatales y prenatales se encuentran positivos: madre expuesta a radiación para TDAH 1.3% (n2) y 5.3% (n 8) para grupo control, madre expuesta al alcohol 0.7% (n 1) para ambos grupos, madre expuesta al tabaco para TDAH 21.3% (n 32) y 16% (n 24) para el grupo control, madre expuesta a drogas del 0% (n 0) en ambos grupos, IRA para TDAH 6.7% (n 10) y 6% (n 8) para el grupo control, infección vaginal para TDAH de 21.3% (n 32) y 9.3% (n 14) para grupo control, IVU del 28.7% (n 43) para TDAH y 14% (n 21) para el grupo control. Se encuentra para la gesta una media de 1.97 con rango de 1-5, DE  $\pm$  0.955 para TDAH y media de 2.01 con rango de 1-5 y de  $\pm$ 1.017 para el grupo control, un APGAR para TDAH con media de 8.34, rango de 5-10 y de  $\pm$  0.758 y media de 8.67, rango de 5-10 con DE de  $\pm$ 0.564 para el grupo control, semanas de gestación con media de 38.3, rango 26-42 y DE  $\pm$  2.140 para TDAH y media de 38.72, rango 26-42 y de  $\pm$ 1.829 para el grupo control, peso al nacer con media de 3.1, rango 0.75 a 5.4 y de  $\pm$ 0.60 para TDAH y para grupo control media de 3.11 con rango 0.75 a 5.4 y de  $\pm$  0.54, talla al nacer con media de 49.01, rango de 33-58 y de  $\pm$  3.280 para TDAH y media de 50.26, rango de 33-58 y de  $\pm$ 2.6 para el grupo control. La terminación del embarazo por cesárea con 54% (n 81) para TDAH y 58% (n 87) para grupo control.

#### **Cuadro 11**

Comparando las características de las familias predomina familia nuclear, para TDAH 46% (n 69) versus 57.3% (n 86) para el control, urbana en 100% (n 150) para ambos, obrera para TDAH un 66% (n99) para el grupo control un 62% (n 93), aglutinada para TDAH con 36.7% (n 55) y relacionada para el grupo control 44.7%, caótica del 52.7% (n 79) para TDAH y 46.7% (n 70) para el grupo control.

#### **Cuadro 12**

Al relacionar los tipos de apoyo predomina para el cuestionario DUKE un apoyo global intermedio de 56.7% (n85) para el grupo de TDAH y 86% (n 129) para el grupo control, apoyo afectivo intermedio del 53.3% (n80) para TDAH y 80.7% (n 121) para el control, apoyo confidencial intermedio del 50% (n 75) para TDAH y 72% (n108) para el grupo control. En la evaluación del MOS predomina el apoyo social adecuado del 76% (n 114) para TDAH y 93.3% (n 140) para el grupo control, del apoyo emocional adecuado del 62% (n 93) para el TDAH y 90% (135) para el grupo control, el instrumental adecuado con 54.7% (n82) para el grupo con TDAH y 90.7% (n 136) para el grupo control y el apoyo afectivo adecuado de 82.7% (n124) para TDAH y 96% (n 144) para el grupo control.

### **Cuadro 13**

Se hizo el análisis bivariado de las variables asociadas a TDAH haciendo comparación de cada una de ellas con el grupo control y con el grupo que padece de TDAH encontrándose una  $p < 0.05$  para las variables: APP de TDAH con OR 7.30 con IC 2.33-25.48, infección vaginal OR 2.63 con IC 1.28-5.47, IVU OR de 2.47 con IC 1.33-4.6, Familia extensa OR de 1.77 con IC de 1.07-5.48, Familia no relacionada OR 2.41 con IC 1.07 a 2.92, Familia aglutinada OR 2.64 con IC 1.5-4.6 y familia rígida OR 7.3 con IC 2.3 a 25.48. Cuadro 14

**Cuadro 1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS NIÑOS ENCUESTADOS**

<b>VARIABLE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>Sexo</b>			
• MASCULINO	210	70	
• FEMENINO	90	30	
<b>Edad</b>			
➤ 6 A 12	Media 8.47	DE ± 2.071	
<b>PROFESION JEFE DE FAMILIA</b>			
• UNIVERSITARIA	18	6,0	
• TÉCNICA SUPERIOR	66	22,0	
• OBREROS ESPECIALIZADOS	170	56,7	
• OBREROS NO ESPECIALIZADOS	46	15,3	
<b>ESCOLARIDAD DE LA MADRE</b>			
• UNIVERSITARIA	14	4,7	
• TÉCNICA SUPERIOR, SECUNDARIA	74	24,7	
• SECUNDARIA INCOMPLETA	120	40,0	
• PRIMARIA	91	30,3	
• ANALFABETA	1	,3	
<b>FUENTE DE INGRESO</b>			
• HONORARIOS PROFESIONALES	1	,3	
• SUELDO MENSUAL	54	18,0	
• SUELDO SEMANAL, POR DÍA	245	81,7	
<b>CONDICIONES DE ALOJAMIENTO</b>			
• LUJO SIN EXCESO	4	1,3	
• BUENAS CONDICIONES SANITARIAS	287	95,7	
• DEFICIENCIA SANITARIA	9	3,0	
<b>ESTRATO SOCIOECONOMICO</b>			
➤ MEDIO ALTO	12	4,0	
➤ MEDIO BAJO	109	36,3	<b>22  </b>
➤ OBRERO	179	59,7	

**Cuadro 2 SOMATOMETRIA**

<b>Variable</b>	<b>Rango</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>
<b>Talla</b>	.95-1.63	Media 1.3	±0.14
<b>Peso</b>	13-69	Media 31.12	DE ±11.97

**Cuadro 3 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS**

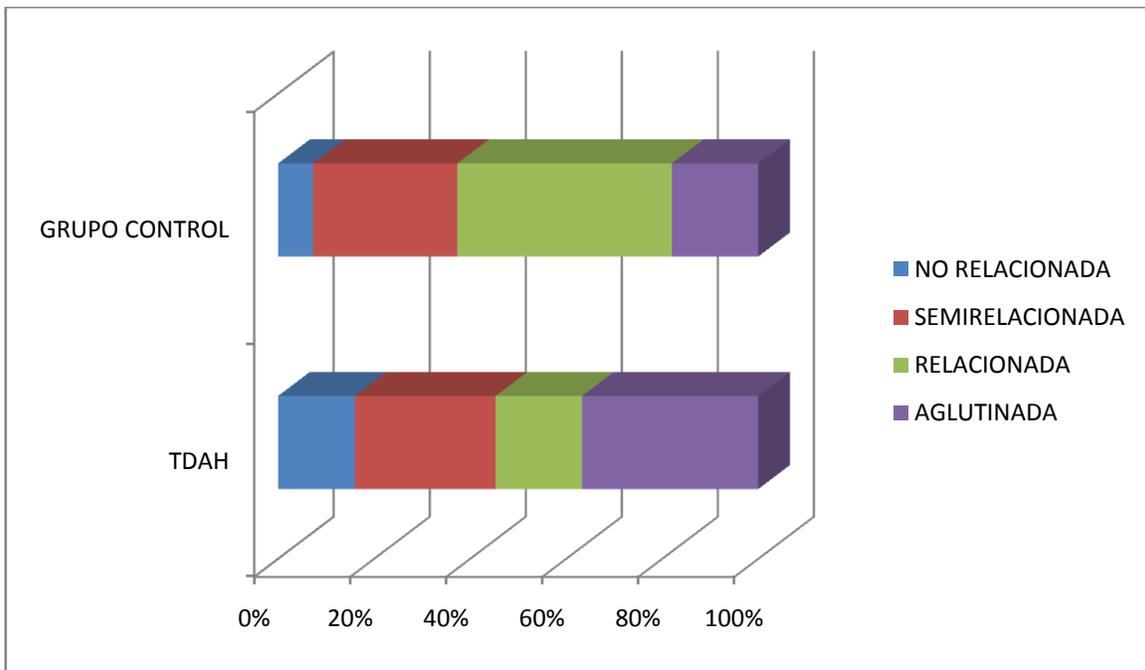
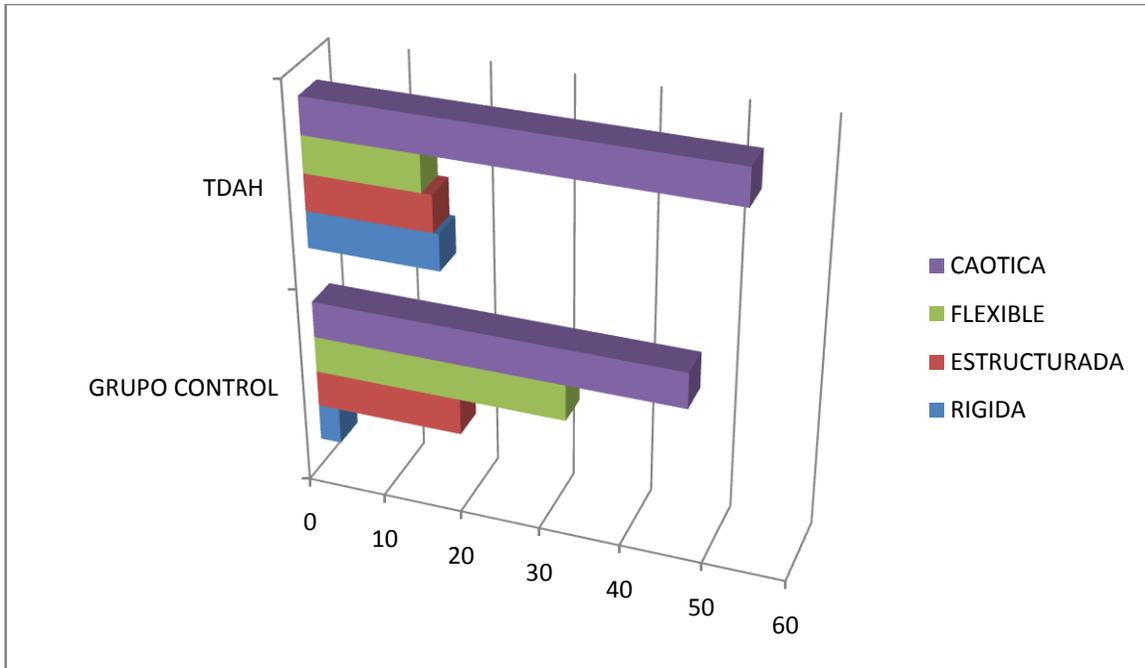
<b>Variable</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>ENF. EXANTEMATICAS</b>		
POSITIVO	177	59,0
NEGADO	123	41,0
<b>DIABETES</b>		
POSITIVO	207	69,0
NEGADO	93	31,0
<b>HIPERTENSION</b>		
POSITIVO	184	61,3
NEGATIVO	116	38,7
<b>CANCER</b>		
POSITIVO	76	25,3
NEGATIVO	224	74,7
<b>DEFICIT DE ATENCION</b>		
POSITIVO	29	9,7
NEGADOS	271	90,3

**Cuadro 4 ANTECEDENTES PRENATALES Y PERINATALES**

VARIABLE	N	%
<b>MADRE EXPUESTA A RADIACION</b>		
• POSITIVO	10	3,3
• NEGADO	290	96,7
<b>MADRE EXPUESTA A ALCOHOL</b>		
• POSITIVO	2	,7
• NEGADO	298	99,3
<b>MADRE EXPUESTA A TABACO</b>		
• POSITIVO	56	18,7
• NEGATIVO	244	81,3
<b>MADRE EXPUESTA A DROGAS</b>		
• NEGADO	300	100
<b>I. RESPIRATORIA</b>		
• NEGADO	282	94,0
• POSITIVO	18	6,0
<b>I. VAGINAL</b>		
• NEGADO	254	84,7
• POSITIVO	46	15,3
<b>IVU</b>		
• NEGADO	236	78,7
• POSITIVO	64	21,3
<b>GESTA (1-5)</b>	1.99	±.985
<b>APGAR (5-10)</b>	8.5	±.68
<b>SEMANAS DE GESTACION (26-42)</b>	38.54	±1.995
<b>PESO AL NACER (.75-5.4)</b>	3.11	±.57
<b>TALLA AL NACER (33-58)</b>	49.63	±3.023
<b>TERMINACION EMBARAZO</b>		
• PARTOS	132	44,0
• CESAREA	168	56,0

**Cuadro 5** CARACTERISTICAS FAMILIARES DE LOS NIÑOS ENCUESTADOS

<b>VARIABLE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>COMPOSICION FAMILIAR</b>		
• MONOPARENTAL	21	7,0
• NUCLEAR	156	52,0
• EXTENSA	113	37,7
• EXTENSA COMPUESTA	10	3,3
<b>DEMOGRAFICO</b>		
• URBANA	300	100,0
<b>OCUPACION</b>		
• OBRERA	192	64,0
• PROFESIONAL	108	36,0
<b>COHESION</b>		
• NO RELACIONADA	35	11,7
• SEMIRELACIONADA	89	29,7
• RELACIONADA	94	31,3
• AGLUTINADA	82	27,3
<b>ADAPTABILIDAD</b>		
• RIGIDA	29	9,7
• ESTRUCTURADA	52	17,3
• FLEXIBLE	70	23,3
• CAOTICA	149	49,7



**Cuadro 6 TIPO DE APOYO FAMILIAR**

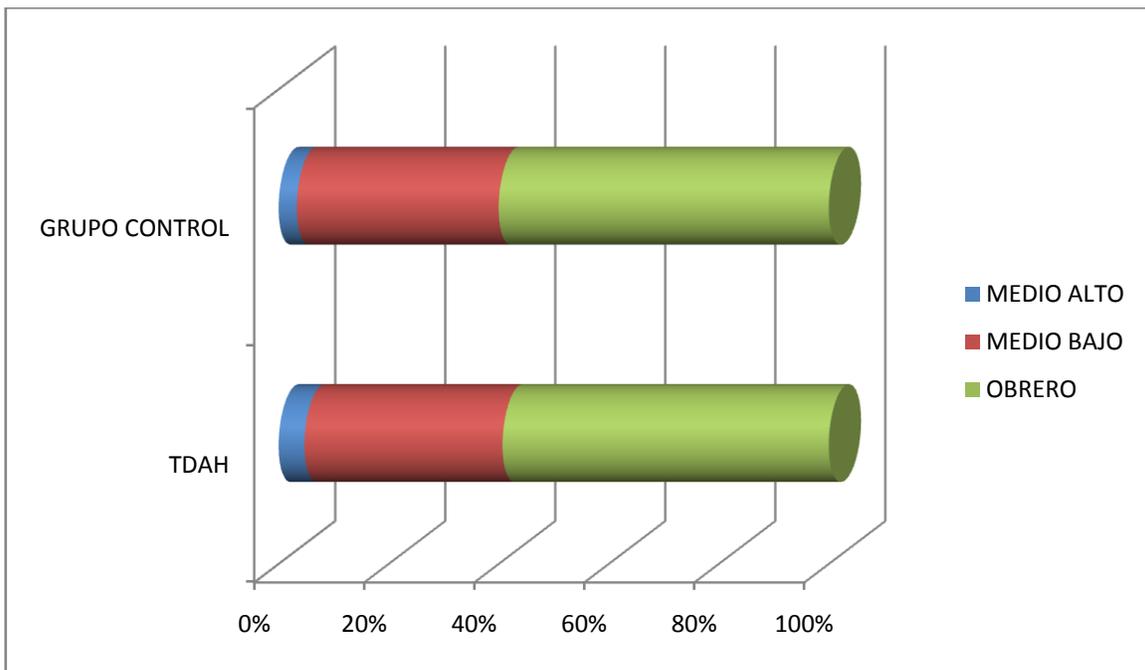
<b>VARIABLE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>DUKE UNC</b>		
<b>APOYO GLOBAL</b>		
• MAXIMO	15	5,0
• INTERMEDIO	214	71,3
• ESCASO	71	23,7
<b>AFFECTIVO</b>		
• MAXIMO	28	9,3
• INTERMEDIO	201	67,0
• ESCASO	71	23,7
<b>CONFIDENCIAL</b>		
• MAXIMO	45	15,0
• INTERMEDIO	183	61,0
• ESCASO	72	24,0
<b>MOS</b>		
<b>SOCIAL</b>		
• ADECUADO	254	84,7
• FALTA DE APOYO	46	15,3
<b>EMOCIONAL</b>		
• ADECUADO	228	76,0
• FALTA DE APOYO	72	24,0
<b>INSTRUMENTAL</b>		
• ADECUADO	218	72,7
• FALTA DE APOYO	82	27,3
<b>AFFECTIVO</b>		
• ADECUADO	268	89,3
• FALTA DE APOYO	32	10,7

**Cuadro 7 DESCRIPCIÓN DEL TDAH**

**Cuadro 8** COMPARACIÓN DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES  
CON Y SIN TDAH

<b>VARIABLE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
TIPO		
• HIPERACTIVIDAD	25	8,3
• INATENCION	42	14,0
• MIXTO	83	27,7
DIAGNOSTICO		
• NEUROLOGIA	142	47,3
• PSICOLOGIA	8	2,7
• RECAIDAS		
• NEGADOS	95	63,3
• POSITIVAS	55	36,7
RESULTADOS DSM IV		
HIPERACTIVIDAD / IMPULSIVIDAD		
• POSITIVO	124	41,3
• NEGATIVO	176	58,7
INATENCION		
• POSITIVO	132	44,0
• NEGATIVO	168	56,0

Variable	TDAH		CONTROL	
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
• Masculino	121	80.7	89	59.3
• Femenino	29	19.3	61	40.7
<b>PROFESION JEFE DE FAMILIA</b>				
• universitaria	12	8	6	4
• técnica superior	36	24	30	20
• obreros especializados	75	50	95	63.3
• obreros no especializados	27	18	19	12.7
<b>ESCOLARIDAD DE LA MADRE</b>				
• universitaria	11	7.3	3	2
• técnica superior, secundaria	29	19.3	45	30
• secundaria incompleta	64	42.7	56	37.3
• primaria	45	30	46	30
• analfabeta	1	7	0	0
<b>FUENTE DE INGRESO</b>				
• honorarios profesionales	1	7	0	0
• sueldo mensual	30	20	24	16
• sueldo semanal, por día	119	79.3	126	84
<b>CONDICIONES DE ALOJAMIENTO</b>				
• lujo sin exceso	3	2	1	7
• buenas condiciones sanitarias	143	95.3	144	96
• deficiencia sanitaria	4	2.7	5	3.3
<b>ESTRATO SOCIOECONOMICO</b>				
• medio alto	7	4.7	5	3.3
• medio bajo	53	36	55	36.7
• obrero	89	59.3	90	60



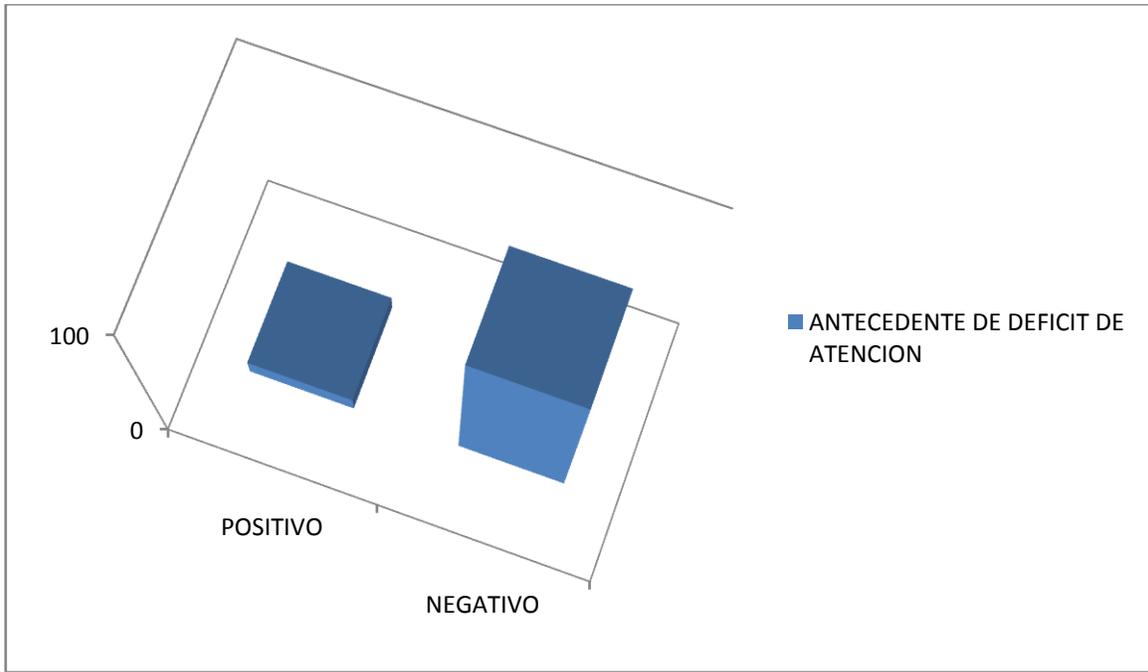
**CUADRO 1 ESTRATO SOCIOECONOMICO**

**Cuadro 9** COMPARACION DE SOMATOMETRIA ENTRE GRUPO CONTROL Y TDAH

Variable	TDAH			CONTROL		
	RANGO	MEDIA	DE	RANGO	MEDIA	DE
<b>Talla</b>	0.98-1.63	1.31	0.15	0.95-1.6	1.2	1.3
<b>Peso</b>	15-68	32.92	13.08	13-69	29.3	10.49

**Cuadro 10** COMPARACIÓN DE ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS ENTRE GRUPO CONTROL Y TDAH

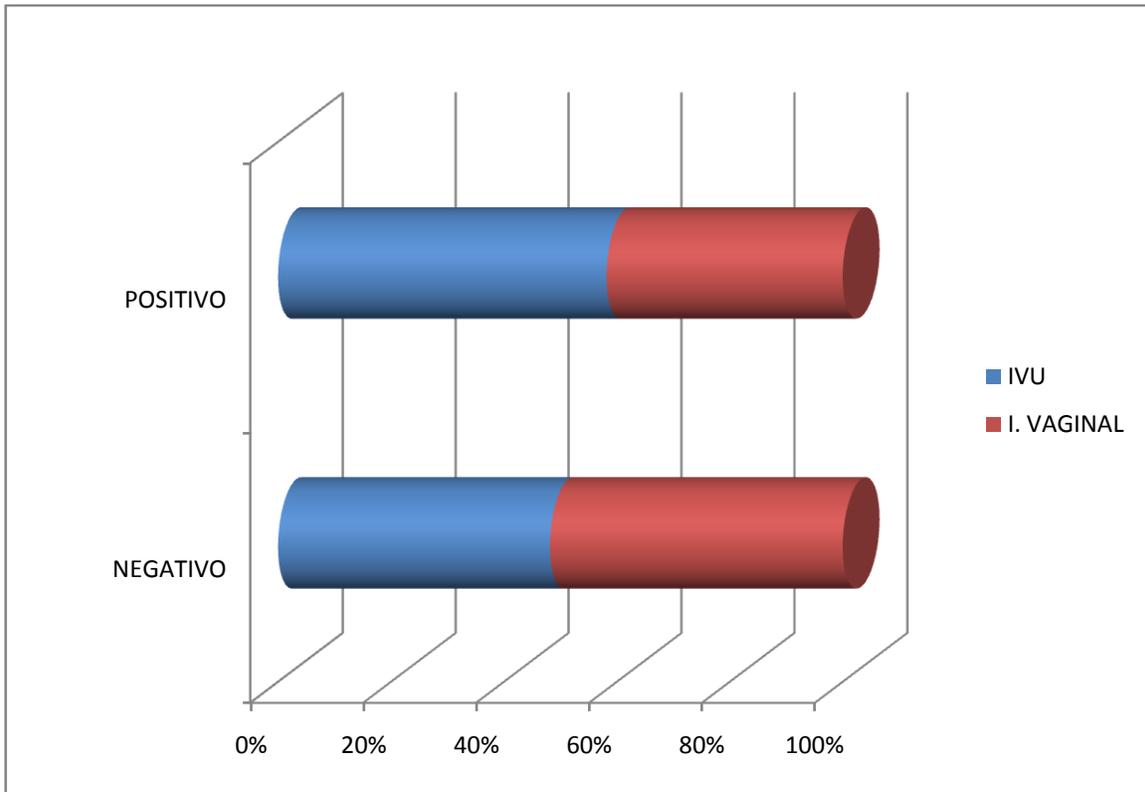
Variable	GRUPO CON TDAH		GRUPO CONTROL	
	N	%	N	%
<b>ENF.</b>				
<b>EXANTEMATICAS</b>				
• POSITIVO	62	41.3	48	32
• NEGADO	88	58.7	102	68
<b>DIABETES</b>				
• POSITIVO	110	73.3	97	64.7
• NEGADO	40	26.7	53	35.3
<b>HIPERTENSION</b>				
• POSITIVO	100	66.7	84	56
• NEGATIVO	50	33.3	66	44
<b>CANCER</b>				
• POSITIVO	31	20.7	45	30
• NEGATIVO	119	79.3	105	70
<b>DEFICIT DE ATENCION</b>				
• POSITIVO	25	16.7	4	2.7
• NEGADOS	125	83.3	146	97.3



**GRAFICO 2 ANTECEDENTE DE DEFICIT DE ATENCION**

**Cuadro 11** COMPARACIÓN DE ANTECEDENTES PRENATALES Y PERINATALES

VARIABLE	TDA		CONTROL	
	N	%	N	%
<b>MADRE EXPUESTA A RADIACION</b>				
• POSITIVO	2	1.3	8	5.3
• NEGADO	148	98.7	142	94.7
<b>MADRE EXPUESTA A ALCOHOL</b>				
• POSITIVO	1	.7	1	.7
• NEGADO	149	99.3	149	99.3
<b>MADRE EXPUESTA A TABACO</b>				
• POSITIVO	32	21.3	24	16
• NEGATIVO	118	78.7	126	84
<b>MADRE EXPUESTA A DROGAS</b>				
• NEGADO	150	100	150	100
<b>I. RESPIRATORIA</b>				
• NEGADO	140	93.3	142	94.7
• POSITIVO	10	6.7	8	6
<b>I. VAGINAL</b>				
NEGADO	118	78.7	136	90.7
POSITIVO	32	21.3	14	9.3
<b>IVU</b>				
• NEGADO	107	71.3	129	86
• POSITIVO	43	28.7	21	14
GESTA (1-5)	Media 1.97	DE ±0.955	2.01	DE ±1.017
APGAR (5-10)	M 8.34	DE ±.758	8.67	DE ± 0.564
SEMANAS DE GESTACION (26-42)	Media 38.36	DE ± 2.140	38.72	DE ± 1.829
PESO AL NACER (.75-5.4)	Media 3.1	DE ±.60	3.11	DE ±0.549
TALLA AL NACER (33-58)	Media 49.01	DE ±3.280	50.26	DE ±2.605
<b>TERMINACION EMBARAZO</b>				
• PARTOS	69	46	63	42
• CESAREA	81	54	87	58



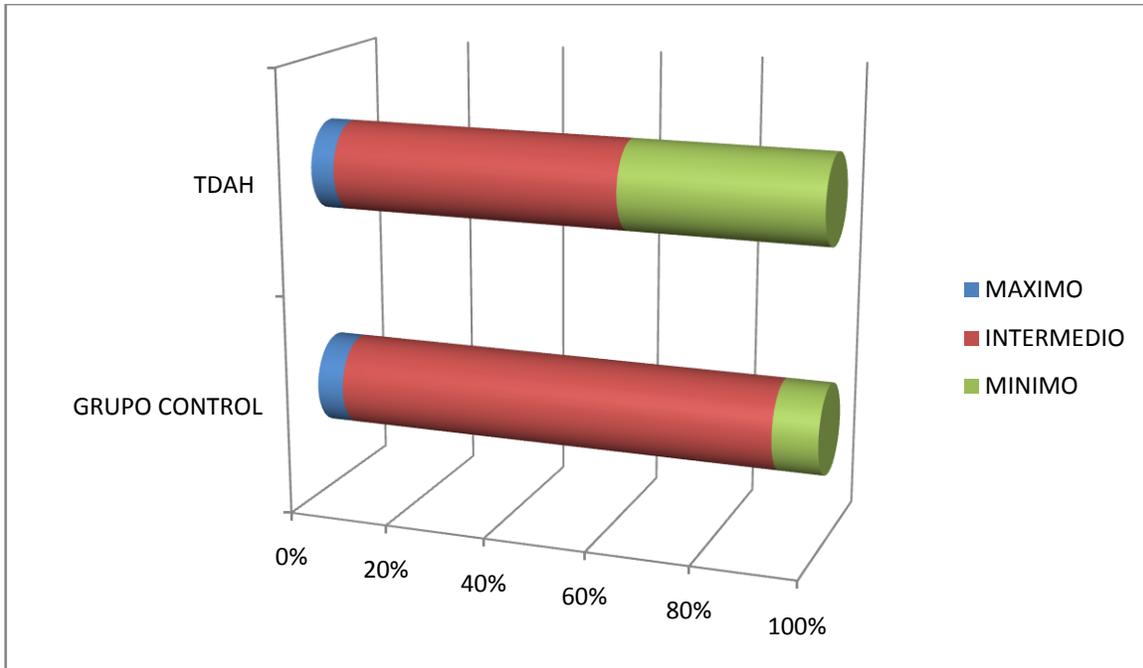
**GRAFICO 3 ANTECEDENTE DE IVU E I VAGINAL EN EL EMBARAZO**

**Cuadro 12** COMPARACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS FAMILIARES EN PACIENTES CON Y SIN TDAH

VARIABLE	TDAH		CONTROL	
	N	%	N	%
<b>COMPOSICION FAMILIAR</b>				
• MONOPARENTAL	11	7.3	10	6.7
• NUCLEAR	69	46	86	57.3
• EXTENSA	67	44.7	47	31.3
• EXTENSA COMPUESTA	3	2	7	4.7
<b>DEMOGRAFICO</b>				
• URBANA	150	50	150	50
<b>OCUPACION</b>				
• OBRERA	99	66	93	62
• PROFESIONAL	51	34	57	38
<b>COHESION</b>				
• NO RELACIONADA	24	16	11	7.3
• SEMIRELACIONADA	44	29.3	45	30
• RELACIONADA	27	18	67	44.7
• AGLUTINADA	55	36.7	27	18
<b>ADAPTABILIDAD</b>				
• RIGIDA	25	16.7	4	2.7
• ESTRUCTURADA	24	16	28	18.7
• FLEXIBLE	22	14.7	48	32
• CAOTICA	79	52.7	70	46.7

**Cuadro 13. COMPARACIÓN ENTRE APOYO FAMILIAR ENTRE PACIENTES CON Y SIN TDAH**

VARIABLES	TDAH		CONTROL	
	N	%	N	%
<b>DUKE UNC APOYO GLOBAL</b>				
• MAXIMO	7	4.7	8	5.3
• INTERMEDIO	85	56.7	129	86
• ESCASO	58	38.7	13	8.7
<b>AFECTIVO</b>				
• MAXIMO	9	6	19	12.7
• INTERMEDIO	80	53.3	121	80.7
• ESCASO	61	40.7	10	6.7
<b>CONFIDENCIAL</b>				
• MAXIMO	17	11.3	28	18.7
• INTERMEDIO	75	50	108	72
• ESCASO	58	38.7	14	9.3
<b>MOS SOCIAL</b>				
• ADECUADO	114	76	140	93.3
• FALTA DE APOYO	36	24	10	6.7
<b>EMOCIONAL</b>				
• ADECUADO	93	62	135	90
• FALTA DE APOYO	57	30	15	10
<b>INSTRUMENTAL</b>				
• ADECUADO	82	54.7%	136	90.7
• FALTA DE APOYO	68	45.3	14	9.3
<b>AFECTIVO</b>				
• ADECUADO	124	82.7	144	96
• FALTA DE APOYO	26	17.3	6	4



**Cuadro 14** ANÁLISIS BIVARIADO DE LAS VARIABLES ASOCIADAS A TDAH

VARIABLE	OR	IC AL 95%	P
APP DE TDAH/SIN ANTECEDENTE	7.30	2.33-25.48	0.000
INFECCION VAGINAL/SIN ANTECEDENTE	2.63	1.28-5.47	0.006
IVU/SIN ANTECEDENTE	2.47	1.33-4.6	0.003
FAMILIA EXTENSA/ CON Y SIN TDAH	1.77	1.07-5.48	0.024
FAM NO RELACIONADA/ CON Y SIN TDAH	2.41	1.07-2.92	0.030
FAMILIA AGLUTINADA/ CON Y SIN TDAH	2.64	1.5-4.6	0.000
FAMILIA RIGIDA/ CON Y SIN TDAH	7.3	2.3-25.48	0.000

## **VIII.- DISCUSION**

El estudio demostró que en los niños que presentan TDAH predominó el tipo mixto, en los varones y este se asocio a cursar con antecedente familiar del mismo, provenir de una familia aglutinada, caótica, de tipología nuclear, urbana, obrera, en los cuestionarios de DUKE y MOS se perciben con un adecuado apoyo aunque al compararlos, el grupo con TDAH se percibe con menos apoyo en comparación con el grupo control, no se encuentra relación alguna con el estrato socioeconómico.

Saavedra en la publicación <sup>17</sup> hizo alusión a la prevalencia que tiene el sexo masculino en este padecimiento, además refirió que tiene importancia los antecedentes hereditarios y una carga genética para llegar a padecer este trastorno lo cual corroboró lo encontrado en este estudio además de que mencionó al tabaquismo y el alcoholismo en el embarazo, como factores que pudieran ser predisponentes a padecerlo hasta ahora no se han relacionado con algún tipo de infección perinatal como la IVU que mostro ser de importancia en este estudio, sería interesante determinar si estas son causales de la patología. A ciencia cierta no se conoce una etiología o un factor de riesgo exacto para llegar a padecerlo, entre ellos la inmadurez cerebral, ciertos neurotransmisores en especial la dopamina y el ambiente familiar lo cual nos lleva a citar la tipología familiar y su funcionalidad, ciertos autores como Herrero <sup>18</sup> citó que los padres de los niños hiperactivos utilizan prácticas disciplinarias laxas, tienen menos comunicación con sus hijos y, además, hay una menor sincronía en las interacciones madre-hijo, se encuentra poca delimitación entre el sistema parental y el filial. Se llega a apreciar que los padres tendían a hacer suyos los fracasos de sus hijos, tienden a tener un excesivo involucramiento en cuanto a los resultados académicos e integración social de los pacientes, muchas veces tienen conflictos con el desarrollo de la autonomía de sus hijos, se observan padres que se frustran constantemente por no saber cómo ayudar a sus hijos, promoviendo conductas de dependencia, ayudando en exceso en las actividades, mirándolos incluso como niños desvalidos.

Este tipo de interacciones generan en los padres sentimientos más negativos sobre su paternidad, un impacto negativo en su vida social y un mayor estrés, sentimientos de ineficacia personal, frustración, enojo y rechazo, que afectan negativamente a la interacción que mantienen con sus hijos además dificulta e incomoda a sus hermanos, porque se ven obligados por sus padres a ejercer el rol de 'cuidadores' o 'guardianes' de su hermano, con lo cual se tiende a parentalizar a los hermanos y por los sentimientos de tristeza e indefensión que experimentan con ello se ilustra la disfuncionalidad familiar que en este estudio se traduce como familias aglutinadas y caóticas.

Como médicos familiares estamos de acuerdo que una de las funciones básicas en la familia es la socialización, la cual se ve interrumpida por el comportamiento de los chicos con TDAH ya que una de las características principales que deben cumplir según el DSM IV es que tengan dificultades en dos o más ambientes que los rodean, incluyendo a la misma familia y a la sociedad, esta última representada por la escuela, o el trabajo todo ello causa conflicto y enojo en los padres que llegan a verse a sí mismos como el origen del problema, sin comprender que esta situación va mas allá de sus facultades paternas o maternas, está establecido que uno de los causales son alteraciones neurofisiológicas que no le permiten al niño entrar en un estado de concentración o tranquilidad. Todo ello obviamente causa conflicto en las funciones familiares, ya que hay que recordar que la familia es un sistema que se ve afectado directamente por los actos de sus integrantes. Se ha observado en los diferentes grupos familiares crisis paranormativas como divorcios, maltrato infantil, drogadicción.

Moyano <sup>19</sup> afirmó que el TDAH afectaba no sólo al enfermo, sino también a su familia, a los sistemas de salud, de educación y a la sociedad. Al enfermo, por su baja autoestima y pobre rendimiento escolar; a la familia, por sus malas relaciones interpersonales y mayor atención de sus padres en relación con sus hermanos; a los sistemas de salud, por su frecuencia en la solicitud de ayuda, su tratamiento crónico y multidisciplinario, que involucra al pediatra, al neurólogo y psicólogo, entre otros, con resultados variables; de educación, porque es mal etiquetado como problema de retardo mental y que causa fracaso escolar en 5% con mayor índice de reprobación y abandono escolar; la sociedad lo rechaza por su hiperactividad y agresividad, no es bien aceptado en su grupo de amigos, por su impulsividad, además de inicio temprano del tabaquismo, abuso de drogas y conducta delictiva, con lo anterior se ilustra perfectamente la necesidad que tienen de percibir un adecuado apoyo en cualquier ámbito, llámese social, afectivo, emocional o instrumental, que en la mayoría de los artículos se infiere que los pacientes tienen menos apoyo, en este estudio se refirieron en promedio con apoyo adecuado, sin embargo al compararlos con el grupo control se percibe que hay una mayor carencia de este para el grupo con TDAH. Esto último también es comentado por Nava <sup>20</sup>

Escobar <sup>21</sup> encontró que no hay una diferencia significativa en cuanto al estrato socioeconómico, de igual manera se reportó en este estudio, sin embargo se citó un artículo en donde se hace constar que este padecimiento puede llegar a generar gastos considerables en el consumo de bienes médicos desde los medicamentos básicos para el manejo de el mismo hasta el cubrir los múltiples accidentes que pueden sufrir por la impulsividad y el ser temerario, lo cual ocasiona fracturas, contusiones, así como accidentes automovilísticos y de todas

las índoles que se pudieran mencionar en el texto, aunque se haga alusión de que el estrato socioeconómico no tiene relación con el TDAH, sería adecuado e importante que se hicieran estudios comparativos con personas de diferentes estratos económicos. En este estudio, la población a la que se atiende en esta clínica principalmente es de estrato obrero, así que se podría esperar este resultado. Todo esto se citó por SWENSEN en su publicación.<sup>22</sup>

Cruz <sup>23</sup> describió la variable de grado de escolaridad de los progenitores, encontrando un promedio de escolaridad en los padres de 7.85 años, y de 7.86 años en las madres, la cual fue similar a la encontrada en los padres que sus hijos no presentaban el trastorno por déficit de atención. Para este estudio se encontró que el grado de escolaridad en su mayoría fue secundaria y la profesión del padre en mayor proporción fue obrero.

También señaló que no hubo diferencias significativas entre los niños que estudian en la escuela pública comparados con la escuela privada, como es reportado por otros autores, además cabe señalar que las diferencias en el nivel socioeconómico en nuestro país son diferentes entre los que estudian en cada tipo de escuela.

En conclusión el TDAH se asocia principalmente a varones, es de tipo mixto, y a pesar de que predominó un apoyo adecuado en los distintos rubros al comparar con el grupo control se obtiene mayor carencia de apoyo tanto emocional, instrumental, afectivo y social, además de que no tiene relación alguna con el estrato socioeconómico, aunque en este último rubro se podría caer en un sesgo ya que dentro de las instalaciones del IMSS en donde se realizó este estudio se encuentra en su mayoría personas que son asalariadas, valdría la pena hacer un estudio comparativo con personas que tengan una clase social alta para determinar si el estrato socioeconómico realmente pudiera ser un factor protector o de riesgo. El estudio abarca muchos aspectos de la vida de las familias con TDAH, sin embargo hace falta investigar más rubros dentro de estas familias, como por ejemplo la calidad de vida que tienen las familias, los problemas escolares a los que se asocia el TDAH en algún colegio perteneciente a esta urbe, ya que por la bibliografía y por experiencia personal, una de las principales preocupaciones de los padres es el bajo rendimiento escolar así como el fracaso dentro de este mismo ámbito, así como la asociación de otros trastornos del aprendizaje como la dislexia o la acalculia.

Hace falta sobre todo un estudio que denotara realmente la prevalencia de este padecimiento a nivel nacional, ya que sólo se ha reportado en ciertos estados de la república y no se tiene una idea sólida de la realidad en cuanto a esta variable en el TDAH, no se ha reportado si los tratamientos que son aportados por el instituto realmente son efectivos o no, otra de las quejas de los padres ha sido que a pesar de los medicamentos y acatar las instrucciones del personal de salud

algunos niños continúan teniendo el problema sin notar algún tipo de mejoría, se podría evaluar el grado de satisfacción en cuanto a la atención dentro de este instituto ya que muchas veces es un trastorno que no es identificado a tiempo, los tiempos en los que son atendidos son insuficientes para dar una adecuada orientación y educación al paciente además de que en ocasiones no se cuenta con una adecuada cantidad de medicamento dentro del instituto o por lo menos son algunas de las inquietudes que son expresadas por los mismos padres.

Sería interesante observar los efectos que una terapia familiar (por ejemplo una terapia breve) pudiera ocasionar dentro de la población del IMSS.

El TDAH tiene muchas variables que pueden ser investigadas en un futuro por otros residentes de medicina familiar a fin de mejorar la calidad de vida de estos pacientes y sus familias proporcionando una adecuada atención y orientación a los padres de estos infantes.

## **IX.- CONCLUSIONES**

**a)** Se determinó que en el grupo con TDAH (n 150) predomina el tipo mixto con 27,7%, la mayoría fue diagnosticado por el servicio de neurología 47.3% con predominio de sintomatología de inatención 44% por DSM IV.

**b)** La funcionalidad familiar se percibió por medio del FACES III encontrándose por cohesión predominio de familias aglutinadas, para TDAH con 36.7% y relacionada para el grupo control 44.7%, y por adaptabilidad ambos grupos se clasificaron como familias caóticas del 52.7% para TDAH y 46.7% para el grupo control.

**c)** Las características de las familias de los niños encuestados son familia nuclear en un 52%, urbana 100%, obrera 64% y comparando ambos grupos predomina la familia nuclear, para el grupo con TDAH 46% y 57.3% para el grupo control, urbana en 100% para ambos y obrera, para el grupo de TDAH en un 66% y para el grupo control un 62%.

**d)** En general el tipo de apoyo familiar percibido por los tutores por escala de DUKE se encuentra un apoyo global intermedio con 71.3% y por MOS predomina el apoyo afectivo adecuado con 89.3% n (268). Al relacionarlos predomina para el cuestionario DUKE un apoyo global intermedio de 56.7% para el grupo de TDAH y 86% para el grupo control, en la evaluación del cuestionario MOS predomina el apoyo afectivo adecuado de 82.7% para TDAH y 96% para el grupo control.

**e)** Predomina estrato obrero en ambos grupos, para TDAH 59.3% y 60% para el grupo control.

## **X.- RECOMENDACIONES**

El TDAH es más frecuente de lo que se piensa, es un problema de salud pública ya que afecta en su totalidad a la familia y por ser el padecimiento psiquiátrico más frecuente en la población infantil, muchas veces pasa desapercibido por los médicos familiares como un mal comportamiento sin llegar a pensar el impacto familiar que se puede tener por descuidar y tomar por normal el comportamiento de los niños. Es preocupante ya que se cuenta con los medios necesarios para llegar a ser evaluados, de los principales se encuentran los criterios del DSM-IV a fin de descartar o confirmar este padecimiento para posteriormente ser canalizados a los servicios pertinentes llámese neurología, psiquiatría, higiene mental o pediatría donde se les puede ofrecer un manejo adecuado y oportuno.

Además contamos con la capacidad de dar orientación familiar, se pueden encontrar los puntos fuertes de la familia así como de sus integrantes a fin de mejorar la autoestima en cada uno de ellos para lograr mejorar su calidad de vida.

Se hace evidente la necesidad de la capacitación de los profesionales de la salud así como de los padres a fin de que sepa que no es culpa del paciente o de la forma de educarlo, simplemente se tienen bases neurofisiológicas, genéticas y ambientales que pueden generar en el niño este tipo de comportamiento y hacer que empeore o mejore según la funcionalidad familiar prevalente dentro del núcleo familiar, la cual se ve afectada y puede convertirse en un círculo vicioso ya que a su vez esta disfunción impacta directamente en el comportamiento del niño.

Haciendo hincapié en que somos médicos familiares y que debemos tratar a los pacientes de manera holística podemos intervenir educando e involucrando a los padres para que sirvan como una base de apoyo para el manejo y tratamiento de sus propios hijos mejorando su funcionalidad familiar así como su calidad de vida.

## **XI.- REFERENCIAS**

1. Isabel Menéndez Benavente. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad: clínica y diagnóstico. Rev Psiquiatr Psicol Niño y Adolesc, 2007, 4(1): 92-102
2. A. Miranda, S. Jarque, M. Soriano. Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. Rev Neurol 2009; 28 (Supl 2): S 182-S 188
3. J.L. Herranz, A. Argumosa. Trastorno con déficit de atención e hiperactividad BOL PEDIATR 2008; 40: 88-92
4. NICHCY El Trastorno por Déficit de Atención /Hiperactividad, NICHCY febrero de 2010 FS19-fs 29
5. Cecilia Montiel-Nava, Isabel Montiel-Barbero y Joaquín A. Peña. Clima familiar en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad. Psicología Conductual, Vol. 13, Nº 2, 2009, pp. 297-310
6. M<sup>a</sup> Inés Hidalgo Vicario, César Soutullo Esperón. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) Pediatra. Clínica Universitaria, Universidad de Navarra. 432-454
7. G.X. López-Campo, L.A. Gómez-Betancur, D.C. Aguirre-Acevedo, I.C. Puerta, D.A. Pineda. Componentes de las pruebas de atención y función ejecutiva en niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. REV NEUROL 2008; 40 (6): 331-339
8. Trabajo de revisión. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Revista Mexicana de Pediatría Vol. 70, Núm. 2 • Mar.-Abr. 2009 pp 87-90
9. Teresita Romero Ogawa, Carmen Lara-Muñoz, Silvia Herrera. Estudio familiar del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Salud Mental, Vol. 25, No. 3, junio 2009
10. Herrero a, R. García-Castellar a, A. Miranda-Casas b, R. Siegenthaler-Hierro a, P. Jara-Jiménez. Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. M.J. REV NEUROL 2008; 42 (3): 137-143
11. Joseph Biederman, M.D. Carter R. Petty, M.A. Timothy E. Wilens, M.D. Maria G. Fnaire. Familial Risk Analyses of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders. B.A. Am J Psychiatry 165:1, January 2008
12. Andrine r. swensen, ph.d., howard g. birnbaum, ph.d., kristina secnik, ph.d. maryna marynchenko. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Increased Costs for Patients and Their Families. Child adolesc. psychiatry, 42:12, december 2003
13. Jennifer m. jester, joel t. nigg, kenneth adams, hiram e. fitzgerald, leon i. puttler, maria m. wong, and robert a. zucker. Inattention/hyperactivity and aggression from early childhood to adolescence: Heterogeneity of trajectories and

differential influence of family environment characteristics. *Dev Psychopathol.* 2005 ; 17(1): 99–125.

14. Lijing ouyang, xiangming fang, james mercy, ruth perou and scott d. grosse. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Child Maltreatment: A Population-Based Study .*The Journal of Pediatrics* • December 2008 139-148

15. Carla a. count, joel t. nigg, julie ann stawicki, marsha d. rapple, m.d, and alexander von eye. Family Adversity in DSM-IV ADHD Combined and Inattentive Subtypes and Associated Disruptive Behavior Problems *PSYCHIATRY*, 44:7, JULY 2005

16. B. T., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., Gnagy, E. M., Wilson, T, & Greenhouse, J. B. Rate and predictors of divorce among parents of youth with ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. J Consult Clin Psychol.* 2008 October ; 76(5): 735–744.

19. Andrea Moyano Cornejo María José Eyheramendy Calderón Paula Torres RetamaP. Experiencia de trabajo grupal con padres de niños con síndrome de déficit atencional *Cuad Mécj Soc (Chile)* 2010, 50 (3): 235-240

20. Cecilia Montiel-Nava. CLIMA FAMILIAR EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN-HIPERACTIVIDAD. *Psicología Conductual*, Vol. 13, Nº 2, 2005, pp. 297-310

21. M.J. Presentación-Herrero a, R. García-Castellar a, A. Miranda-Casas b,

R. Siegenthaler-Hierro a, P. Jara-Jiménez a Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados *REV NEUROL* 2006; 42 (3): 137-143

22. ANDRINE R. SWENSEN, PH.D. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Increased Costs for Patients and Their Families, *J . AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY*, 42:12, DECEMBER 2003

23. Cruz Alcalá Leonardo Eleazar, Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares de tres poblaciones del estado de Jalisco *Revista Mexicana de Neurociencia* Enero-Febrero, 2010; 11(1): 15-19

## **XII ANEXOS**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar \_\_\_\_\_ y  
fecha \_\_\_\_\_  
Por \_\_\_\_\_ medio \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ presente \_\_\_\_\_ autorizo \_\_\_\_\_ que \_\_\_\_\_ mi:

participe en el protocolo de investigación titulado: FUNCIONALIDAD FAMILIAR, TIPO DE APOYO Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO PREDOMINANTES EN EL TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número:-

El objetivo del estudio es: Determinar los tipos de funcionalidad familiar, el apoyo y el estrato económico en las familias de niños con TDAH.

Se me ha explicado que la participación de mi familiar o representado consistirá en: Contestar de forma clara, fidedigna y verídica los instrumentos que le sean proporcionados así como un exámen médico clínico completo.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de la participación de mi familiar o representado en el estudio, que son los siguientes: Ser visitados en sus domicilios o solicitar su presencia por vía telefónica cuando así se requiera. Entre los beneficios se encuentran una vigilancia estrecha de la evolución de su padecimiento actual así como el envío a los servicios de segundo nivel cuando lo amerite, con ello se pretende mejorar la calidad de vida familiar.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para el tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con el tratamiento de mi familiar o representado (en su caso). Entiendo que conservo el derecho de retirar del estudio a mi familiar o representado en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se identificará a mi familiar o representado en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con la privacidad de mi familiar o representado serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia de mi familiar o representado en el mismo.

Nombre y firma de ambos padres o tutores

Nombre, firma y matrícula del Investigador

Número (s) telefónico (s) a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

TESTIGO

TESTIGO

Nombre y firma

Nombre y firma

FICHA DE IDENTIFICACION

FECHA Y LUGAR DE REALIZACION:

RESPONDA A CADA PREGUNTA COMO SE LE SOLICITA:

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_

NSS: \_\_\_\_\_

UMF: \_\_\_\_\_

TELEFONO CON LADA \_\_\_\_\_

TELEFONO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: (REFIERA EL PARENTESCO DEL ENFERMO)

SU FAMILIA (PADRES, HERMANOS, TIOS, ABUELOS) HA PADECIDO:

ALERGICOS \_\_\_\_\_ CROMOSOMOPATIAS \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES

EXANTEMATICAS \_\_\_\_\_

DIABETES \_\_\_\_\_ HIPERTENSION \_\_\_\_\_ CANCER (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

DEFICIT DE ATENCION \_\_\_\_\_ OTRAS (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERINATALES

EN EL EMBARAZO ESTUVO EXPUESTA A: (MARQUE Y RESPONDA)

RADIACION ( )

TABACO ( ), CANTIDAD CIGARROS AL DIA \_\_\_\_\_ DIAS A LA SEMANA \_\_\_\_\_

ALCOHOL ( ), CANTIDAD INGERIDA (ML) \_\_\_\_\_ DIAS A LA SEMANA \_\_\_\_\_

DROGAS ( ), TIPO DE DROGA \_\_\_\_\_ CANTIDAD AL DIA \_\_\_\_\_

DIAS A LA SEMANA \_\_\_\_\_

OTROS (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

GESTA \_\_\_\_\_ APGAR \_\_\_\_\_ SEMANAS DE GESTACION \_\_\_\_\_

PESO AL NACER \_\_\_\_\_ TALLA AL NACER \_\_\_\_\_ CAPURRO \_\_\_\_\_

NACE POR CESAREA O PARTO \_\_\_\_\_

COMPLICACIONES AL NACER \_\_\_\_\_  
 INFECCIONES DURANTE EL EMBARAZO (RESPIRATORIAS, VAGINAL, VIAS URINARIAS, DIGESTIVAS) \_\_\_\_\_

FECHA DE DX DE TDAH \_\_\_\_\_ CRITERIO DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_

QUIEN DIAGNOSTICA \_\_\_\_\_ #

CONSULTAS \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO(S) PARA TDAH \_\_\_\_\_ DOSIS AL DIA \_\_\_\_\_

TIEMPO QUE LO HA TOMADO \_\_\_\_\_

OTRAS ENFERMEDADES \_\_\_\_\_

¿TOMA ALGUN OTRO MEDICAMENTO(S)? SI \_\_\_ NO \_\_\_ ¿CUAL? \_\_\_\_\_

DOSIS AL DIA \_\_\_\_\_ TIEMPO QUE LO HA

TOMADO \_\_\_\_\_

RECAIDAS SI ( ) NO ( ) FECHA DE RECAIDA \_\_\_\_\_

PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_

SU FAMILIA SE COMPONE DE:

NOMBRE	PARENTEZCO	EDAD	ENFERMEDADES

### Checklist para TDAH basada en el DSM-IV.

FRECUENCIA	NUNCA	AVECES	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
Inatención	(Presenta al menos 6 de los siguientes 9 síntomas durante un mínimo de 6 meses):			
1.No pone atención a los detalles y comete errores por descuido en sus tareas				
2.Tiene dificultades para mantener la atención en las tareas y en los juegos				
3.No parece escuchar lo que se le dice				
4.No sigue instrucciones o no termina las tareas en la escuela o en la casa, a pesar de comprender las órdenes				
5.Tiene dificultades para organizar sus actividades				
6.Evita hacer tareas o cosas que le demanden esfuerzo				
7.Pierde sus útiles o las cosas				

necesarias para hacer sus actividades				
8.Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes				
9.Olvidadizo en las actividades de la vida diaria				
Hiperactividad-impulsividad:	(Presenta al menos 6 de los siguientes 9 síntomas durante un mínimo de 6 meses).			
10.Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado				
11.Se levanta del sitio en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado				
12.Corretea y trepa en situaciones inadecuadas				
13.Tiene dificultades para relajarse o practicar juegos donde deba permanecer quieto				
14.Está permanentemente en marcha, como si tuviera un motor por dentro				
15.Habla demasiado				
16. Contesta o actúa antes de que se le terminen de formular las preguntas				

### FACES III

N.	DESCRIBA SU FAMILIA	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de todos los hijos para resolver los problemas					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas					

9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11	Nos sentimos muy unidos					
12	Cuando se toma una decisión importante toda la familia esta presente					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo nadie falta					
14	En nuestra familia las reglas cambian					
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante					
20	Es difícil decidir quien hace las labores del hogar					

### Medical Outcomes Survey – MOS

	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE VECES	SIEMPRE
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama					
Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.					
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.					
Alguien que le					

demuestre amor y afecto					
Alguien con quien pasar un buen rato					
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación					
Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
Alguien que le abrace					
Alguien con quien pueda relajarse					
Alguien que le prepare comida si no puede hacerlo					
Alguien cuyo consejo realmente desee					
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
Alguien que le ayude con sus tareas domesticas si enferma					
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.					
Alguien con quien divertirse					
Alguien que comprenda sus problemas					
Alguien a quien amar					

**Escala de Graffar-Méndez Castellanos**

**Para clasificar el estrato socioeconómico de las familias.**

**SUBRAYE LA OPCIÓN QUE MÁS SE ACERQUE A SU SITUACIÓN**

**1. Profesión del Jefe de Familia**

- 1 Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
- 2 Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
- 3 Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
- 4 Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
- 5 Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)

**2.- Nivel de instrucción de la madre**

- 1 Enseñanza Universitaria o su equivalente
- 2 Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
- 3 Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
- 4 Enseñanza primaria, o alfabeto (con algún grado de instrucción primaria)
- 5 Analfabeta

**3.-Principal fuente de ingreso de la familia**

- 1 Fortuna heredada o adquirida
- 2 Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
- 3 Sueldo mensual
- 4 Salario semanal, por día, entrada a destajo
- 5 Donaciones de origen público o privado

**4.- Condiciones de alojamiento**

- 1 Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
- 2 Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
- 3 Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
- 4 Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
- 5 Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

## Cuestionario de apoyo social funcional de DUKE-UNC

CIRCUNSTANCIAS	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces
1) Recibo visitas de mis amigos y familiares				
2) Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa				
3) Recibo elogios o reconocimiento cuando hago bien mi trabajo				
4) Cuento con personas que se preocupan por lo que me sucede				
5) Recibo amor y afecto				
6) Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o casa				
7) Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas familiares y personales				
8) Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos				
9) Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas				
10) Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida				
11) Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.				

**TUTORA**

---

**DRA BLANCA ELSA RIVERA GARCIA  
MEDICO NO FAMILIAR  
MAESTRA EN EPIDEMIOLOGIA CLINICA**

**ASESOR METODOLOGICO**

---

**DRA MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION DE MEDICINA  
FAMILIAR  
UMF NO 20**

**ASESOR CLINICO**

---

**DRA SANTA VEGA MENDOZA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR  
UMF 20**

**Vo. Bo**

---

**DRA VICTORIA PINEDA AQUINO  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
MAESTRA EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA  
COORDINADORA CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
UMF 20**

Hay tantas personas a las que quisiera agradecer que este simple espacio resulta insuficiente para hacerlo, sin embargo si hay que dar gracias es a la vida misma que me puso en este camino.

Primero que nada a mi familia quienes me han apoyado de forma sincera y honesta desde mi nacimiento, en especial a mi madre la cual literalmente dio su vida por el bienestar de sus hijos a quien amo profundamente y que sigue a mi lado a pesar de haber partido en el inicio de esta etapa de mi vida.

A mis maestras quienes me dieron todo el apoyo que necesite para salir adelante, gracias Dras Carmen, Santa, Victoria y Blanca por quienes pude terminar mi especialidad.

Al amor de mi vida que me ama y es correspondida de la misma forma, la cual también compartió desvelos conmigo en esta fase final de la carrera.

A quien también hay que agradecer con riesgo de sonar tillado es a Dios quien me permite vivir esta gran aventura llamada vida.

Sin embargo la vida continúa y nuevos retos y esperanzas vienen en un futuro no muy lejano, espero crecer y tener más experiencias en el área de la salud por la cual procuraré apasionarme de ahora en adelante.

INDICE  
PAGINA

TITULO

RESUMEN

ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
JUSTIFICACION	9
OBJETIVOS	10
HIPOTESIS DE TRABAJO	11
MATERIAL Y METODOS	11
RESULTADOS	18
DISCUSION	38
CONCLUSION	42
RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS	44
ANEXOS	45

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR, TIPO DE APOYO Y ESTRATO  
SOCIOECONÓMICO PREDOMINANTES EN EL TRASTORNO DE DEFICIT DE  
ATENCIÓN**

## **FUNCIONALIDAD FAMILIAR, TIPO DE APOYO Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO PREDOMINANTES EN EL TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN**

LUCENA FLORES JC<sup>1</sup> , AGUIRRE GARCIA MC<sup>2</sup>, VEGA MENDOZA S<sup>3</sup>, RIVERA GARCIA BE<sup>4</sup>

1. Residente del Tercer año del curso de especialización en Medicina Familiar UMF 20
2. Médico familiar. Profesora adjunta del curso de especialización en Medicina Familiar
3. Médico familiar. Profesora adjunta del curso de especialización en Medicina Familiar
4. M en C del hospital HGZ 24

**Objetivos.** Determinar y comparar los tipos de funcionalidad familiar, el apoyo y el estrato económico en las familias de niños con y sin diagnóstico de TDAH.

**Métodos.** Se realizará un estudio comparativo de 2 grupos: Familias de Niños con diagnóstico de TDAH y familias de niños sin diagnóstico de TDAH que se evaluó con FACES III, MOS, DUKE-UNC, GRAFAR-MENDEZ CASTELLANO) para evaluar la funcionalidad familiar, el tipo de apoyo y estrato socioeconómico.

**Resultados:** Población infantil conformado por niñas 30% (90) y niños 70% (210) con edad de 6 a 12 años con  $X = 8.47$  con predominio de 6 años, cuyo peso varía de 13 a 69 kg con  $X = 31.12$  kg, con predominio de 20 kg, talla de 0.95 m a 1.63 m con  $X = 1.3$  con moda de 1.2 m, sin TDAH 50% (150) y con TDAH 50%, corroborados por el DSM-IV, el 55.3% (83) TDAH mixto. Predominio de familias nucleares 156 (52%), urbana (100%), obrera 192 (64%), relacionada para el grupo control y aglutinada para el grupo de TDAH, caótica para ambos grupos. Apoyo adecuado y de estrato obrero.

**Conclusiones:** El TDAH tiene un impacto directo sobre la funcionalidad familiar, causando en su mayor parte sobreprotección y desorganización dentro de las mismas, es importante dar un manejo holístico a estos pacientes a fin de que puedan ser integrados a una vida socialmente activa con un adecuado apoyo así como el proporcionar a los padres la información adecuada de su manejo, se pretende con ello mejorar la funcionalidad familiar.

**PALABRAS CLAVE:** TDAH, Funcionalidad familiar, Apoyo familiar, estrato socioeconómico.

## FUNCTIONAL FAMILY SUPPORT AND TYPE PREVAILING SOCIOECONOMIC DEFICIT DISORDER CARE

LUCENA FLORES JC1, AGUIRRE GARCIA MC2, VEGA MENDOZA S3,  
RIVERA GARCIA BE4

1. Third year resident course in Family Medicine UMF 20
2. Family physician. Associate Professor of the course in Family Medicine
3. Family physician. Associate Professor of the course in Family Medicine
4. M in the hospital C HGZ 24

**Objectives.** To determine and compare the types of family functioning, support and economic status in families of children with and without a diagnosis of ADHD.

**Methods.** There will be a comparative study of 2 groups: Families of Children with ADHD and families of children without a diagnosis of ADHD was assessed with FACES III, MOS, DUKE-UNC-MENDEZ GRAFAR CASTILIAN) to assess family functioning, the type support and socioeconomic status.

**Results:** Child population comprised of girls 30% (90) and children 70% (210) aged 6 to 12 with  $X = 8.47$  with a predominance of 6 years, whose weight varies from 13 to 69 kg with  $X = 31.12$  kg, with predominance of 20 kg, height of 0.95 m to 1.63 m with  $X = 1.3$  with 1.2 m fashion without ADHD 50% (150) and 50% with ADHD, corroborated by the DSM-IV, 55.3% (83) ADHD mixed . Predominance of nuclear families 156 (52%), urban (100%), working 192 (64%), related to the control group and bonded to the ADHD group, chaotic for both groups. Adequate support and tier workers.

**Conclusions:** ADHD has a direct impact on family functioning, causing mostly overprotection and disorganization within them, it is important to take a holistic management of these patients so that they can be integrated into an active social life with an adequate support as well as provide parents with adequate information management, is intended thereby improve family functioning.

**KEY WORDS:** ADHD, Functionality family, family support, socioeconomic status.