



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL DE QUINTANA ROO
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 16, CANCÚN, QUINTANA ROO

**“TIPOLOGÍA FAMILIAR SEGÚN PARENTESCO EN PACIENTES CON
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA
DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 17 DE
CANCÚN, QUINTANA ROO, MÉXICO”.**

TESIS DE ESPECIALIDAD EN:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. PAULINA KARINA MOSQUEDA GÓMEZ

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. ZOILA INÉS CEBALLOS MARTÍNEZ

Número de registro: R-2012-2301-30

Cancún, Quintana Roo. Enero 2014

**UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**“TIPOLOGIA FAMILIAR SEGÚN PARENTESCO EN PACIENTES
CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION EN CONSULTA
EXTERNA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 17
DE CANCÚN, QUINTANA ROO.”**

DIRECTOR DE TESIS

DRA. ZOILA INES CEBALLOS MARTINEZ

TESISTA

DRA. PAULINA KARINA MOSQUEDA GOMEZ

**“TIPOLOGIA FAMILIAR SEGÚN PARENTESCO EN PACIENTES
CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION EN CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 17 DE CANCÚN,
QUINTANA ROO, MÉXICO.”**

Por el Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. María de Lourdes Rojas Armadillo
Coordinación de Planeación y Enlace Institucional

Dra. María Valeria Jiménez Báez
Coordinación Auxiliar de Investigación en
Salud

Dra. María Margarita Chávez Hernández
Coordinador Auxiliar de Educación en Salud

Dra. Luisa Enriqueta Hernández
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2301
H GRAL ZONA NUM 3, QUINTANA ROO

FECHA **25/06/2012**

MTRA. ZOILA INÉS CEBALLOS MARTÍNEZ

P R E S E N T E

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

Tipología familiar según parentesco en pacientes con Trastorno por Déficit de Atención en consulta externa de pediatría del Hospital General Regional #17 de Cancún, Quintana Roo, México.

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

Núm. de Registro
R-2012-2301-30

ATENTAMENTE


DR.(A). HELIODORO FLORES JAIMES

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2301

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DEDICATORIA

Yo estoy orgullosa de dedicar a mi colaboradora en la investigación y en la clínica, familias y seres queridos. Mi colaboradora que amplió mi trabajo, corrigió el rumbo, con sus propios esfuerzos y éxitos. A mis seres queridos debo expresarles mi más profundo agradecimiento por sus cuidados y sustento en los días buenos y, especialmente, en aquellos que no lo son tanto.

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento a la persona más importante en mi vida Saúl Salas Zurita, a mis 2 familias: Mosqueda Gómez y Salas Zurita, amigos que encontré en esta etapa los cuales fueron como una familia, por su paciencia, apoyo; su orientación y consejos doy gracias.

Dra. Paulina Karina Mosqueda Gómez.

Índice	Pág
1.-Resumen	1
2.-Introducción	2
2.1 Planteamiento del problema	
2.2 justificación	
2.3 Objetivos	
3.- Antecedentes	6
4.- Metodología	17
4.1 Tipo de estudio	
4.2 Población de estudio	
4.3 Tamaño de la muestra	
4.4 Método de muestreo	
4.5 Criterios de selección	
4.6 Definición operacional de las variables	
4.7 Instrumento de la recolección de datos.	
4.8 Organización general del estudio	
4.9 Análisis de datos	
5.- Aspectos Éticos	24
6.- Resultados	26
7.- Discusión	36
8.- Conclusiones	37
9.- Recomendaciones	38
10.- Referencias	39
11.- Anexos	42
11.1 Carta de consentimiento informado	
11.2 Formato de recolección de datos (Cuestionario Leiden de satisfacción de los pacientes en los cuidados perioperatorios, LPPSq)	

1. RESUMEN

TIPOLOGIA FAMILIAR SEGÚN PARENTESCO EN PACIENTES CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 17 DE CANCUN, QUINTANA ROO, MÉXICO.

Objetivo general: Describir la tipología de familia según parentesco en pacientes con trastorno por déficit de atención en consulta externa del Hospital General Regional #17 de Cancún, Quintana Roo, México.

Metodología: estudio Transversal Descriptivo, en una muestra de 162 pacientes que cumplan los criterios de selección.

Resultados: Se incluyeron en el estudio un total de 31 niños con diagnóstico de TDA, TDAH o TDA combinado, se observó que el promedio de edad de la madre y el padre fue de 35 y 39 años respectivamente. La distribución del diagnóstico, fue de 25.8% para TDA, 64.5% para TDAH y 9.7% para TDA combinado. Respecto a la tipología familiar en base a la demografía, se observó que el 96.8% fue urbana y solo el 3.2% rural. De igual manera, y en base a la composición, el 61.3% fue nuclear, 16.1% no parenteral, 6.5% extensa y 3.2% para extensa y reconstruida. De acuerdo al desarrollo, se identificó que el 51.6% fue para familia moderna y 48.4% para la tradicional.

Conclusiones: En los niños con TDA, la estructura y tipología de la familia juegan un papel fundamental en el tratamiento y/o control de esta enfermedad, debido a que requiere la participación de todos los miembros de la misma, e incluso de los que no pertenecen al núcleo familiar (Tíos, abuelos, etc). Sin embargo aunque la familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación en este estudio no se observó que la tipología o estructura familiar se presentara en mayor frecuencia en los niños con este padecimiento.

Palabras claves: Trastorno por Déficit de Atención, Tipología Familiar.

2. INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención (TDA) es la entidad más frecuente en la consulta pediátrica neuropsiquiátrica, surge como problema de salud pública mundial. La población infantil en México se estima en aproximadamente 33 millones de niños, de los que 15% tiene algún problema de Salud Mental. El TDA afecta entre 4 y el 12% de la población escolar y se calcula que en México existe alrededor de 1 500 000 niños con TDA. En niños y adolescentes (4-16 años) de la población general de la Ciudad de México la prevalencia fue del 5%. Organización Mundial de la Salud: Señala que por familia se entiende "a los miembros del hogar emparentado entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio". La familia es un sistema abierto en constante interacción con los entornos histórico, social, económico y cultural; no es una unidad homogénea en su conformación, lo cual indica que no todas están integradas de igual manera. Por tanto, hay una gran variedad de ellas; ya que se modifican por diferentes factores, por ejemplo: sus características sociodemográficas, la formación de organización hogareña y familiar que varía con el tiempo, también según las transformaciones económicas, demográficas y culturales del contexto social.

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la tipología familiar en pacientes pediátricos con diagnósticos de TDA en la consulta externa de pediatría de Hospital General Regional # 17 de Cancún, Quintana Roo?

2.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En base a la literatura sobre TDA se destaca su importancia como uno de los principales trastornos que afectan a la población pediátrica que acude a los servicios de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social y a la inexistencia de estudios enfocados a relacionar los aspectos que vinculan el TDA con la tipología familiar, se pretende observar la incidencia en relación a la familia para detectar factores comunes de riesgo y prevenir aquellos que puedan ser modificables así como mantener una vigilancia y especial énfasis en aquellos que por sus factores de riesgo, sean propensos a padecer TDA. Así como también es importante contar con registros en hospitales que tienen contacto con estos pacientes para brindar un enfoque más veraz y actualizado acerca del problema que puedan servir de referencia para futuros estudios, guías de atención y manejo para lograr en conjunto un mejor entendimiento integral y en consecuencia mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares con TDA.

2.3 OBJETIVOS

Describir la tipología de familia según parentesco en pacientes con Trastorno por Déficit de Atención en consulta externa del Hospital General Regional #17 de Cancún, Quintana Roo, México.

3. ANTECEDENTES

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION Y FAMILIA.

El trastorno por déficit de atención (TDA) es la entidad más frecuente en la consulta pediátrica neuropsiquiátrica, surge como problema de salud pública mundial. La población infantil en México se estima en aproximadamente 33 millones de niños, de los que 15% tiene algún problema de Salud Mental. El TDA afecta entre 4 y el 12% de la población escolar y se calcula que en México existe alrededor de 1 500 000 niños con TDA.³ En niños y adolescentes (4-16 años) de la población general de la Ciudad de México la prevalencia fue del 5%.⁴ Existen varias definiciones de TDA; entre estas la más relevantes son de Clasificación Internacional de Enfermedades de la organización Mundial de la Salud, décima edición (CIE – 10) define TDA dentro del grupo de trastornos hipercinéticos caracterizados por un comienzo precoz de edad y la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado, con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas.¹ El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición versión revisada para América (DSM-IV-TR) menciona que es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad- impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Es más frecuente en varones que en mujeres, varían de 9: 1 a 3: 1, dependiendo de si la muestra se hace referencia clínica o en la comunidad³⁴. Es un trastorno caracterizado por deficiencia de dopamina y noradrenalina, es un desorden primariamente poligénico que involucra cuando menos 50 genes.²¹ El transportador de la dopamina, DAT (cromosoma5), receptor de la dopamina, DRDA4 (cromosoma 11), DRD5, 5HT1B, 5HTT y SNAP-25. Afectan tanto la síntesis de la dopamina como la liberación presináptica, la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos y la hiperactividad de los transportadores de dopamina, conduciendo al cerebro a un estado hipodopaminérgico. El 80% de los casos son de origen genético y el 20% son factores de riesgo, heredable de padres a hijos, alrededor del 50%⁷, los factores de riesgo son: Prenatal, tabaquismo, ingesta de alcohol y drogas durante

el embarazo, exposición de plomo, Perinatales: bajo peso al nacer, hipoxia neonatal, prematurez.⁸ Postnatales: traumatismos craneo-encefalicos, infecciones del SNC, familia con antecedentes de TDA. Adversidad psicosocial: Bajo ingreso económico de la familia, escasa escolaridad en la familia, familia numerosa, psicopatología en la familia, antecedentes hereditarios de trastorno disocial, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abuso de sustancias y/o alcohol del cuidador del niño o adolescente.¹⁹ Existen evidencias tanto genéticas como ambientales, en las cuales pueden estar involucradas las diferencias propuestas, entre la anatomía cerebral. El núcleo caudado, putamen y globo pálido: son parte del circuito que controla la actividad motora, las funciones ejecutivas, la inhibición de la conducta y la modulación de las vías de gratificación. Existen 2 tipos de circuitos: los ejecutivos, que presentan déficit en la inhibición y disfunción ejecutiva dirigidos hacia la atención y los de recompensa, que reducen el tiempo hasta la recompensa y retrasan la aversión, dirigidos hacia la fascinación.⁶ La falta de funcionalidad en los circuitos que conectan la región posterior del cíngulo, la corteza ventro-medial frontal, así como la región dorsal anterior del cíngulo y probablemente son la base de su disfuncionalidad. Las características de los TDAH en orden de frecuencia son: a) Inatención: Incapacidad (acorde a su edad) que tiene un individuo para concentrarse por periodos suficientes que le permitan terminar una actividad que requiera de un esfuerzo mental sostenido o lograr el aprendizaje, no prestan atención, no consiguen organizarse para trabajar, no logran sostener el esfuerzo, se distraen con facilidad, pierden y olvidan cosas. b) Hiperactividad: La actividad motora exagerada que parece conducir a un fin sin que este se alcance. c) Impulsividad: Dificultad para mantenerse quietos y cambian frecuentemente de posición, brincan, trepan o mueven persistentemente las manos y los pies, dificultad que tienen los pacientes para lograr el autocontrol que les permita respetar el espacio y las actividades de los que lo rodean. Actúan antes de pensar (imprudencia en situaciones de peligro lo que los hace propensos a accidentes), lo que implica un quebrantamiento impulsivo (sin premeditación) de las normas sociales que les crean conflicto.¹⁰ d) Alteración de la percepción motora: Tiene problemas en la regulación de sus movimientos. La hipofunción

dopaminérgica en los núcleos nigro-estriatales, da como resultado un problema en la coordinación motora y frecuentemente la presencia de signos neurológicos blandos. e) Labilidad emocional: Manifiestan sus emociones públicamente con más intensidad y duración que los demás. Como consecuencia es más fácil que parezcan menos maduros, infantiles, rápidamente alterables, y fácilmente frustrables por los acontecimientos, parece que están soñando despiertos o ensimismados, cuando deberían estar centrados o implicados activamente en una tarea. f) Trastorno de memoria y pensamiento: La insuficiente atención sostenida, o su irrelevancia, y el cambio frecuente en su atención explica las deficiencias de memoria.¹² g) Alteraciones del aprendizaje: Cuando se combinan los efectos del déficit de atención y de la hiperactividad, déficit cognitivo, problemas para recordar y usar la memoria de trabajo, déficit de regulación de las emociones, problemas perceptuales y alteraciones en la coordinación motriz, aumentan los riesgos de retraso o fracaso escolar. El DSM-IV-TR subtipifica el trastorno de la siguiente manera: Tipo combinado cuando se satisfacen tanto los criterios de inatención como los de hiperactividad/impulsividad es el más frecuente. Con predominio del déficit de atención cuando se satisfacen los de inatención pero no los de hiperactividad/impulsividad o viceversa. Tipo hiperactivo impulsivo cuando se satisfacen los de hiperactividad/impulsividad pero no los de inatención.² La clasificación de la CIE-10: Solamente establece diferencias entre niños con déficit de atención e hiperactividad sin problemas importantes de conducta (F.90.0) y aquellos que llevan asociados importantes problemas de comportamiento (F.90.1)¹⁴ La expresión de las manifestaciones el TDA puede ser: leve, moderado o severo. El diagnóstico para la CIE – 10 debe satisfacer ambas pautas, las de la alteración en la atención y la hiperactividad, requieren al menos seis síntomas de inatención, al menos tres de hiperactividad y por lo menos uno de impulsividad. En el DSM -IV –TR requiere para el diagnóstico 6 o más síntomas de desatención o bien 6 síntomas de hiperactividad/impulsividad con persistencia por lo menos 6 meses con una intensidad desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo y deben de causar importante detrimento en la funcionalidad y adaptación del paciente¹³, social, familiar, escolar y/u ocupacional.²⁰ El diagnóstico

se hace en base a los criterios diagnósticos de la CIE – 10 o del DSM –IV. Los preescolares deben cubrir los criterios durante al menos 9 meses de sintomatología persistente y los escolares durante 6 meses. El diagnóstico del DSM-IV requiere seis síntomas de inatención o bien seis de hiperactividad/impulsividad.

INATENCIÓN

- (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.
- (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.

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 en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor.
- (f) A menudo habla en exceso.

IMPULSIVIDAD

- a) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- b) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- c) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.

La sintomatología del paciente deben ser proporcionados por los cuidadores del portador de TDA. Se debe realizar una historia clínica detallada acerca de los datos del desarrollo y de los síntomas del padecimiento.¹⁹ Los niños suelen presentar un bajo aprovechamiento académico, recursan grados escolares, son suspendidos frecuentemente, necesitan buscar un nuevo colegio o abandonan la escuela durante la adolescencia, presentan problemas para relacionarse con pares, disfunción familiar y mayores probabilidades de delinquir que aquellos niños que no tienen TDAH. Diagnostico diferencial: Trastorno de ansiedad, Trastorno depresivo, Trastorno bipolar, Trastorno del espectro autista, Trastornos del aprendizaje, Retraso mental, Hipertiroidismo, Intoxicación por plomo, Trastorno oposicionista desafiante/trastorno disocial.

Cerca del 65% de los pacientes tiene un trastorno comorbido, las principales entidades asocian trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno bipolar y el riesgo por abuso de alcohol y/o de sustancias, problemas de aprendizaje, problemas legales y trastornos de la alimentación.^{10,16} El adolescente con TDA no tratado y con comorbilidad con el trastorno oposicionista desafiante y/o trastorno disocial, tiende a rodearse de malas compañías lo cual es precipitado por el rechazo social que sufren, lo que los coloca en riesgo de involucrarse en robos, pelas, consumo de drogas y posesión de armas de fuego y en problemas con la ley. Los pacientes con TDAH-I (inatento) tienden a manifestar mayor comorbilidad con padecimientos ansioso o depresivo. Los pacientes con TDAH (hiperactivo) o

combinado tienden a manifestar más problemas comorbidos con trastorno negativista desafiante y trastornos disociales.^{24, 25}

En el tratamiento el uso de la psicoeducación es indispensable en todas las etapas del manejo. En el preescolar: Solo en caso de que las intervenciones psicoeducativas, las modificaciones conductuales y ambientales, no hayan proporcionado beneficios sustantivos se utilizaran medicamentos.

Tratamiento psicosocial: El manejo es multidisciplinario, integral e individualizado (multimodal).²² El enfoque psicofarmacológico constituye la piedra angular del tratamiento.²³ La psicoeducación y la disciplina, así como apoyo educativo en el salón de clases y/o fuera de él, son instrumentos fundamentales para lograr un tratamiento exitoso. Entrenamiento a los padres: Técnicas asertivas en relación al manejo de sus hijos como establecimiento de límites, horarios, reforzamientos positivos, motivación, manejo de contingencias, ayudar al menor a desarrollar habilidades sociales, terapia cognitivo conductual y psicoterapia. En la escuela: Es donde el trastorno se puede volver más incapacitante. Sentarlo adelante para optimizar la atención minimizando las distracciones, hacer grupos para fortalecer habilidades sociales a través de juegos, enseñándolos a esperar turno y tolerar la frustración suele ser muy útil. Suele ser necesario solicitar apoyo de otras áreas para que brinden terapias adicionales según las áreas afectadas en el desarrollo de cada paciente: Lenguaje, Apoyo psicopedagógico, Psicomotricidad, Terapia física, Terapia ocupacional, Terapia conductual, Terapia cognitivo– conductual, Terapia de socialización, Terapia de juego, Terapia psicodinámica.

El TDA puede afectar el aprendizaje, desarrollo afectivo, social y el funcionamiento familiar. Las manifestaciones y consecuencias son el resultado de la interacción entre el individuo que lo representa y su entorno. El trabajo grupal con los padres al ser una intervención complementaria a las que recibe su hijo, permite disminuir la sensación de exclusión en los padres, se acentúa la idea de que su participación activa es fundamental para que los profesionales puedan realizar con éxito el tratamiento del hijo, además de sentirse más participes, disminuye la ansiedad e inseguridad que puede aparecer frente a la situación particular que

implica entregar a su hijo a un adulto que puede manejar mejor al niño. El incorporar objetivos informativos los padres logran acceder a una imagen del hijo diferente, incorporando una visión más positiva e integral de este, lo que disminuye sus niveles de ansiedad, sintiéndose más empoderados en su rol y con una menor incertidumbre respecto al futuro. La intervención de los padres permite una mayor adherencia al tratamiento con una mejor comprensión de las necesidades del abordaje multidisciplinario. Brinda a los padres información que disminuye su inseguridad y sentimiento de culpabilidad, estrategias que permitan reducir el estrés que puede provocar el comportamiento de sus hijos; Favorecer una distribución clara de responsabilidades y roles y construir un estilo educativo funcional, es decir, no autoritario ni permisivo.⁹ La relación que se establece entre padres e hijos, puesto que está implícita la posibilidad de afectar las relaciones interpersonales cuando los patrones de interacción son disfuncionales entre el niño/adolescente y su contexto.¹¹

El pronóstico depende de varios factores y será negativo si existe: Mayor severidad de TDA, Tiempo de evolución sin tratamiento, Presencia de comorbilidad, Mala dinámica familiar, Familiares de primer grado con TDA, Adversidad psicosocial, Falta de apoyo por parte de la familia.¹⁵ Alrededor del 85% de los pacientes que presentaron el padecimiento en la niñez seguirá presentándolo en la adolescencia y en la vida adulta.⁵

Familia.

La Organización Mundial de la Salud: Señala que por familia se entiende "a los miembros del hogar emparentado entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio".²⁷ La familia es un sistema abierto en constante interacción con los entornos histórico, social, económico y cultural; no es una unidad homogénea en su conformación, lo cual indica que no todas están integradas de igual manera. Por tanto, hay una gran variedad de ellas; la prevalencia de los distintos tipos de familias, sus características sociodemográficas y la formación de organización hogareña y familiar varía con el tiempo y según las transformaciones económicas, demográficas y culturales del

contexto social. Clasificación o tipología de familia. Familia según composición: nuclear, seminuclear, extensa, semiextensa, compuesta, interrumpida, contraída, reconstruida. Con base en la ocupación del jefe de familia: campesina, obrera, profesionalista. Según su demografía: urbana y rural. Desarrollo de la familia: moderna, tradicional o arcaica. Por su integración: integrada, semi-integrada, desintegrada. Como resultado de la primera reunión de consenso académico en medicina familiar de organismos e instituciones educativas y de salud menciona "la familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros; su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad."³¹ En cuanto a la familia se reconocen como elementos básicos dos características de la familia que le dan una naturaleza institucional, la primera porque establecen las reglas que gobiernan las relaciones entre marido y mujer, la segunda porque determinan el reconocimiento de los deberes y los derechos de los padres hacia los hijos,²⁶ la función más importante en la formación de la identidad, en el desarrollo del proceso de identidad del individuo son muy importantes las figuras de la madre y padre, al grado que se identifica con ella parcial o totalmente.

En esta se recibe la información y los estímulos más determinantes para su estructuración biológica y psicológica, así como para su socialización.

Familia: Definir lo que es el concepto de familia no es una tarea fácil dada la gran dinámica que presenta esta en su evolución histórica y social. El término "familia" ha sido definido en múltiples formas, aún persiste la idea central del grupo formado por el hombre- mujer- niño y de la cual giran todos aquellos conceptos y definiciones; así, se le otorga este grupo la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos, darles apoyo físico y emocional, para después integrarlos a la sociedad en la que interactúan.^{28, 29} El diccionario de la lengua española señala que por familia se debe entender "al grupo de personas

que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Número de criado de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje".³⁰

Derecho civil: Señala que la familia es el conjunto de personas entre las cuales existe vínculo jurídico interdependientes y recíproco, emergentes de la unión sexual y la procreación. Se le considera "el núcleo básico de la sociedad o una unidad biopsicosocial integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable y que viven en un mismo hogar". Clasificación o tipología de la familia: la familia es un sistema abierto en constante interacción con los entornos histórico, social, económico y cultural; no es una unidad homogénea en su conformación, lo cual indica que no todas están integradas de igual manera. Por tanto, hay una gran variedad de ellas; la prevalencia de los distintos tipos de familias, sus características sociodemográficas y la formación de organización hogareña y familiar varía con el tiempo y según las transformaciones económicas, demográficas y culturales del contexto social. Familia según su composición: Nuclear: es la que conforma la pareja con o sin hijos. Se caracteriza por los lazos de parentesco legítimos y por el hecho de vivir juntos bajo el mismo techo. Seminuclear (Monoparental o Uniparental): familia de un solo padre, ya sea por la soltería de la madre (con hijos que pueden ser de un solo padre o consecuencia de monogamia serial, es decir, de distintos padres) o como consecuencia de complicaciones en el desarrollo familiar como el fallecimiento (familia contraída), separación o divorcio (familia interrumpida) de la pareja. Extensa: es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los conyugues o que nunca salió del seno familiar y permaneció allí después de realizar unión conyugal. Semiextensa: consiste en una familia nuclear con la que viven uno o varios miembros de la familia de origen de uno de los conyugues.³² Compuesta: es la familia compuesta por el padre, la madre, los hijos, algún pariente consanguíneo y alguna otra persona sin parentesco familiar (compadre, amigos).³³ Interrumpida: ocurre por la separación o divorcio de los padres. Contraída: se da por la muerte de uno de los miembros. Cuando es uno de los conyugues quien ha fallecido, el tipo de familia resultante, al

igual que el anterior, es una familia Seminuclear o Monoparental, en el caso de que su composición (padre o madre e hijos) así lo indique. Reconstruida: está conformada por una pareja en la que uno de los conyugues o ambos han tenido una unión previa, con hijos o sin hijos, independientemente de los hijos que conciban juntos.³² Familia con base en la ocupación del jefe: Campesina: este tipo de familia considera básicamente la actividad que desarrolla y el entorno geográfico en el que se desempeña; se tiene como principal actividad productiva el cultivo de la tierra, lo cual también le determina una clasificación probablemente rural y con tecnología de tipo primitivo. Obrera: Tiene como característica principal contar con un empleo de base y una remuneración que le permitirá el acceso a ciertos satisfactorios básicos de vida; hablamos principalmente de obreros con salario mínimo o hasta tres o cuatro salarios, lo cual también le da una característica de la forma de vida familiar y la manera como se dar la convivencia de la misma. Profesionista: son las familias en las que su interior hay por lo menos un elemento con estudios superiores al nivel de técnico profesional o licenciatura, lo cual también predeterminara su posición social, su estatus y modo de vida, así como la interacción de sus miembros y la manera en que se presentara su dinámica familiar. Familia según su demografía: Urbana: están en las grandes capitales y en los grandes polos de desarrollo de las principales ciudades del país y con un número poblacional mayor de 2 500 habitantes, acceso y disponibilidad a servicios de la comunidad (agua potable, electricidad, drenaje, etc.). Rural: presentan características que pueden ser o encajan en las familias arcaicas o primitivas, y que se encuentran en poblaciones menores a 2 500 habitantes, no tienen acceso y la disponibilidad a servicios de la comunidad (agua potable, electricidad, drenaje, etc.) Desarrollo de la familia: Moderna: es si la madre de familia trabaja o no, por si solo este elemento facilita ubicar a la familia en moderna o tradicional, debido a que se sobreentiende que para que la madre trabaje- en caso de no estar divorciada, viuda o separada- requirió haber realizado una negociación con su esposo, el empleo remunerado de la madre. Tradicional: la madre no trabaja, tiene como punto o rasgo fundamental la transmisión de modelos socioculturales como son las tradiciones familiares, los valores sociales y

de vida que predeterminan la perpetuación de estas características a través del desarrollo de nuestras familias. Arcaica o primitiva: también esta predeterminada por factores socioculturales y demográficos, además de los elementos de identificación cultural; este tipo de familias se encuentran dispersas en todo el territorio nacional y con una menor oportunidad de acceso a los niveles de satisfactores individuales; entre ellas están las familias indígenas.³³ En base a su integración familiar: Integrada: en la cual los conyugues viven y cumplen sus funciones. Semi-integrada: en la cual los conyugues viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones. Desintegrada: es aquella en la cual falta alguno de los conyugues, por muerte, divorcio, separación o abandono.

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Transversal Descriptivo

4.2 Población de estudio

Pacientes que acudieron a la consulta externa de pediatría con diagnóstico de TDA de 7 años a 16 años.

4.3 Tamaño de la Muestra

No se estimó un tamaño de muestra debido a que se abarcó a la totalidad de niños que actualmente son atendidos por el servicio de pediatría y que cumplieron con los criterios de exclusión. Esta población fue de 31 pacientes con diagnóstico de TDA

4.4 Método de muestreo

No se realizó este procedimiento por ser un censo poblacional de los pacientes con este diagnóstico de TDA

4.5 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Uno u otro género.
- Diagnóstico de TDA.
- Que aceptaron participar en el estudio.

Crterios de exclusión

No hay

Crterios de eliminación

No hay

4.6 Definición operacional de las variables

- Medicamento.
- Diagnóstico.
- Edad madre.
- Edad padre.
- Ocupación.
- Manutención.
- Demografía.
- Con quien vive el niño.
- Quienes trabajan.
- Escolaridad.
- Toxicomanías.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	OPERACIONALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE
Medicamento	Sustancia que, administrada interior o exteriormente a un organismo animal, sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de esta.	Medicamento que toma para el trastorno por déficit de atención. Metilfenidato, Atomoxetina, Imipramina, Valproato de Magnesio u otros.	Cualitativa nominal
Diagnostico	Arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos.	Diagnostico referido y consignado en el expediente al momento de la entrevista. TDA, TDAH, TDA combinado, Asperger.	Cualitativo nominal
Edad madre	Años transcurridos desde el momento del nacimiento hasta el momento de la aplicación de la entrevista.	Años cumplidos al momento de la aplicación de la entrevista de la madre	Cuantitativa Discreta.
Edad padre	Años transcurridos desde el momento del nacimiento hasta el momento de la aplicación de la entrevista.	Años cumplidos al momento de la aplicación de la entrevista del padre.	Cuantitativa Discreta.
Ocupación	Trabajo, empleo, oficio.	Empleo actual. Profesionista, obrero, campesino.	Cualitativo Nominal
Manutención	Acción y efecto de mantener o mantenerse.	Quien aporta más dinero para la manutención del niño. Madre, padre, ambos u otro.	Cualitativa Nominal
Demografía	Estudio estadístico de una colectividad humana, referido a un determinado momento o a su evolución.	En base a los servicios con los que cuentan. Luz, agua, drenaje.	Cualitativo Nominal
Con quien vive el niño	Personas con quien comparte el hogar donde habita la mayor parte del tiempo.	Personal que viven con el niño. Madre, padre, abuelos u otros.	Cualitativa Nominal

Quienes trabajan	Persona u persona que labora fuera del domicilio y que aportan dinero para la manutención del sujeto de estudio.	Persona que trabajan. Madre, padre o abuelos.	Cualitativa Nominal
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Grado máximo cursado al momento de la entrevista la madre. Sin estudio, primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, preparatoria completa, preparatoria incompleta, carrera técnica, licenciatura.	Cualitativa Ordinal
Toxicomanías	Hábito patológico de intoxicarse con sustancias que procuran sensaciones agradables o que suprimen el dolor.	Sustancias nocivas consumidas durante el embarazo. Marihuana, cocaína, alcohol u otros.	Cualitativa Nominal

4.7 Instrumento de la recolección de datos

Se realizo formato de recolección de datos sociodemográficos los cuales se encuentran en el apartado de anexos.

4.8 Organización general del estudio

Se realizó un estudio transversal descriptivo en el HGR #17, registrado ante el Comité Local de Investigación y con los respectivos permisos de los directivos del HGR #17 para la recolección de datos. Se presentó el proyecto, para agilizar y tomar en cuenta la opinión donde se llevó a cabo el estudio, y se favoreció la logística y recolección de la información del mismo.

Una vez autorizado por el área de gobierno se procedió durante la consulta externa de pediatría a realizar los cuestionarios previa autorización del consentimiento informado a todos aquellos pacientes que entren dentro del grupo de edad y deseen participar en el estudio. Una vez autorizado por el tutor con su respectiva firma en el consentimiento informado, se procedió a interrogar sin interrumpir su atención médica en consulta; se realizó el mismo procedimiento todos los días hasta contar con la totalidad de pacientes que se atiende actualmente en ese servicio.

Se realizó la codificación y captura de la información, con el programa estadístico SPSS.

4.9 Análisis de datos

Procesamiento de los datos: Una vez contestadas las encuestas, se procedió a la codificación de las respuestas y se capturó en el software estadístico SPSS. Se limpio la base de datos para eliminar posibles errores de captura

Estadística descriptiva: Se elaboraron tablas para describir las frecuencias de cada variable. En este caso, para cuantificar cada uno de los tipos de familia encontrados. En las variables continuas se incluyó la media y la desviación estándar o mediana y valores mínimo y máximo.

5. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio cumplió con lo que se establece en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, y se apega a las consideraciones formuladas en la Investigación para la Salud de la Ley General de Salud de los Estados Unidos mexicanos. El estudio cumplió con el artículo 17 al considerarse una investigación sin riesgo ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. Estipula entre sus diversas reglas el consentimiento informado de las personas que participan en la investigación, así como la evaluación ética del protocolo de investigación. Se cumplió con el principio de Justicia exige que los posibles beneficios obtenidos de la investigación, se asignen o distribuyan en forma justa y los aprovechen en primer lugar los mismos sujetos que aceptaron participar en el estudio. Se programó y realizó la encuesta en la consulta externa a cada paciente que cumpliera con los criterios de inclusión. Principio Confidencialidad supone el respeto por la intimidad del sujeto durante todo el estudio y el guardar secreto sobre su nombre al publicar los resultados obtenidos. Se entregó carta de consentimiento informado, y posterior, se aplicó la encuesta, misma que no se entregó a las autoridades del hospital. Principio de Beneficencia, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar.

Principio Confidencialidad: supone el respeto por la intimidad del sujeto durante todo el estudio, el guardar secreto sobre su nombre al publicar los resultados obtenidos. No se revelarán los datos personales de las participantes.

Principio de Justicia exige que los posibles beneficios obtenidos de la investigación, se asignen o distribuyan en forma justa y los aprovechen en primer lugar los mismos sujetos que aceptaron participar en el estudio. Todas las pacientes tuvieron la misma oportunidad de participar y el trato fue el mismo para todas.

Estos principios hablan y explican al paciente acerca de los riesgos y beneficios, libertad de abandono del estudio a decisión propia o familiar. Estamos obligados a

no hacer daño, lograr el máximo beneficio con el mínimo riesgo. Otorgar los beneficios del estudio a los mismos pacientes que participaron y guardar secreto sobre la identidad de los participantes al publicar los resultados.

6. RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 31 niños con diagnóstico de TDA, TDAH o TDA combinado. Entre los cuales, se observó que el promedio de edad de la madre y el padre fue de 35 y 39 años respectivamente. ^{Grafico 1} La distribución del diagnóstico, fue de 25.8% para TDA, 64.5% para TDAH y 9.7% para TDA combinado. ^{Grafico 2} En cuanto al tratamiento que actualmente llevan, el 22.6% refirió al Metilfenidato, 12.9% Metilfenidato con Lamotrigina, 32.3% no sabían el tratamiento (lo desconocían) y el resto correspondía a la combinación de otros medicamentos. ^{Cuadro 1}

Al mencionar las variables sociodemográficas, encontramos que la persona que más aporta para la manutención del niño con TDA es el padre con el 67.7%, seguida de la madre con el 8.0%. ^{Grafico 3} La escolaridad de la madre fue de 43.3% para secundaria, 23.3% primaria y en menor frecuencia la licenciatura con el 6.7%. ^{Grafico 4} En la descripción de la familia en relación a la ocupación de la persona que más aporta económicamente a la casa, se observó que el 83.3% son obreros y el 16.7% profesionistas. ^{Grafico 5} Así mismo, se encontró que al cuestionar sobre quien de la pareja trabaja, se obtuvo que el 45.2% solo el padre, el 29.0% padre y madre, el 22.6% la madre y el 3.2% depende de los abuelos. ^{Grafico 6}

Respecto a la tipología familiar en base a la demografía, se observó que el 96.8% fue urbana y solo el 3.2% rural. ^{Grafico 7} De igual manera, y en base a la composición, el 61.3% fue nuclear, 16.1% no parenteral, 6.5% extensa y 3.2% para extensa y reconstruida. ^{Grafico 8} De acuerdo al desarrollo, se identificó que el 51.6% fue para familia moderna y 48.4% para la tradicional. ^{Grafico 9}

Al incluir el diagnóstico del niño y la tipología familiar en relación a la ocupación de quien más aporta económicamente a la familia, se observó que la mayor frecuencia se presentó para los niños con TDAH y ocupación obrero con el 60.0%, seguido de los niños con TDA y de la misma ocupación. ^{Cuadro 2}

La tipología en relación a la demografía y el diagnóstico médico, se encontró que la frecuencia más alta fue para la urbana y con TDAH con el 64.5% y solo un 3.2% para la rural y con este mismo diagnóstico. ^{Cuadro 3}

La estratificación de la tipología familiar en base a su composición e incluyendo el diagnóstico médico del niño, presentó una mayor frecuencia en la nuclear y TDAH con el 32.3%, la seminuclear y la no parenteral tuvieron la misma frecuencia de 9.7% para cada una. Cuadro 4

De igual manera, al estimar la frecuencia del diagnóstico médico y la tipología familiar según su desarrollo, se identificó el valor más alto de esta correspondía a la moderna y TDAH con el 38.7%. Cuadro 5

GRAFICO 1. Promedio de edad en años de los padres.

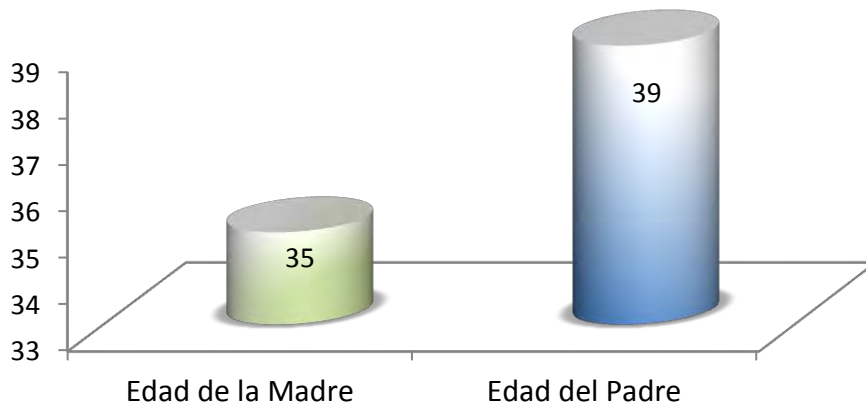
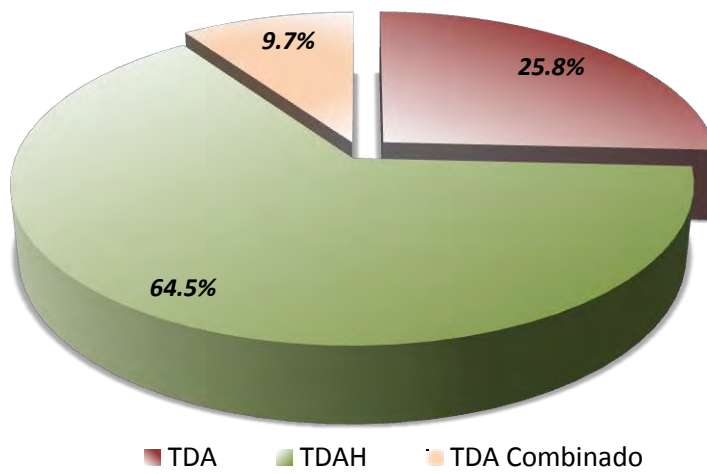


Grafico 2. Frecuencia del tipo de diagnostico



Cuadro 1. Tratamiento farmacológico de los niños

FARMACO	N	FRECUENCIA
Metilfenidato	7	22.6%
Fluoxentina	1	3.2%
Risperidona	1	3.2%
Haloperidol	1	3.2%
Metilfenidato y Lamotrigina	4	12.9%
Metilfenidato y Carbamacepina	1	3.2%
Metilfenidato y Valproato Mg	1	3.2%
Risperidona y Carbamacepina	1	3.2%
Risperidona y Valproato Mg	1	3.2%
Metilfenidato, Risperidona y Carbamacepina	2	6.5%
Metilfenidato, Risperidona y Valproato Mg	1	3.2%
No sabía (desconoce que tratamiento lleva)	10	32.3%

Grafico 3. Persona con mayor aportación económica para la manutención del niño

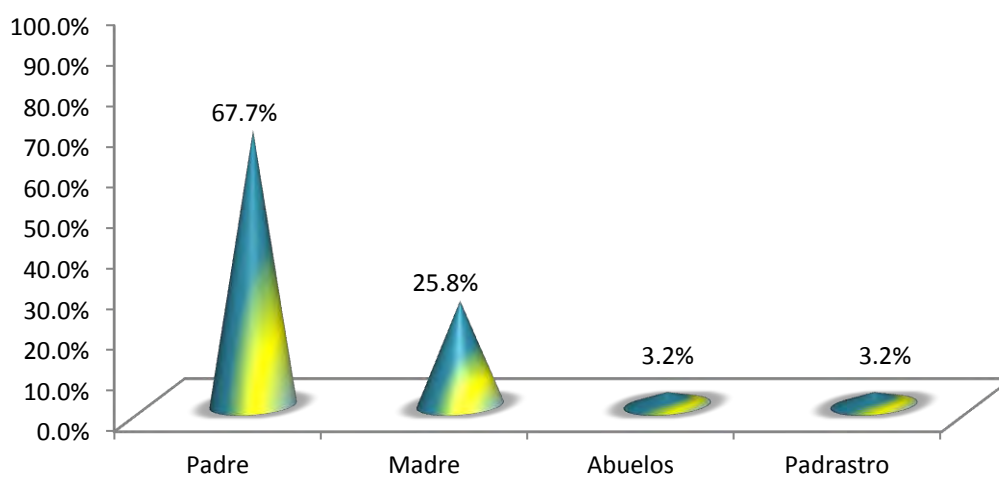


Grafico 4. Escolaridad de la madre

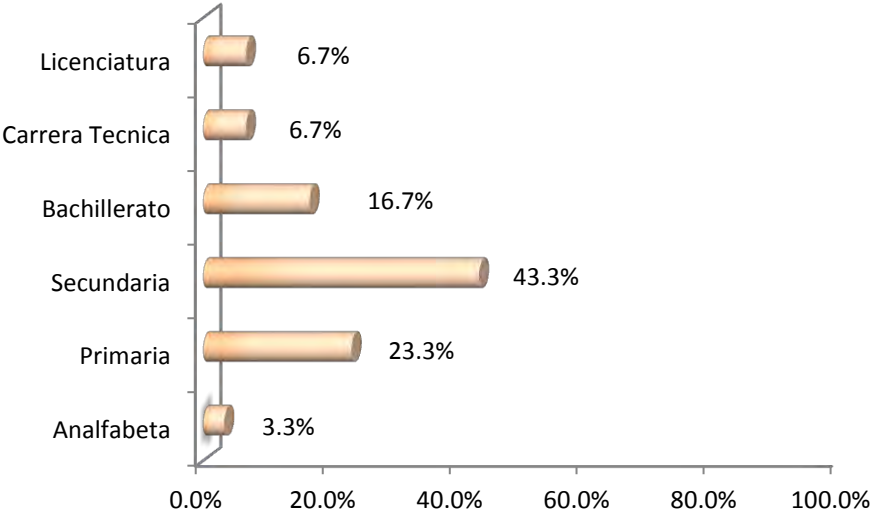


Grafico 5. Familia en relación a la ocupación de quien aporta más económicamente

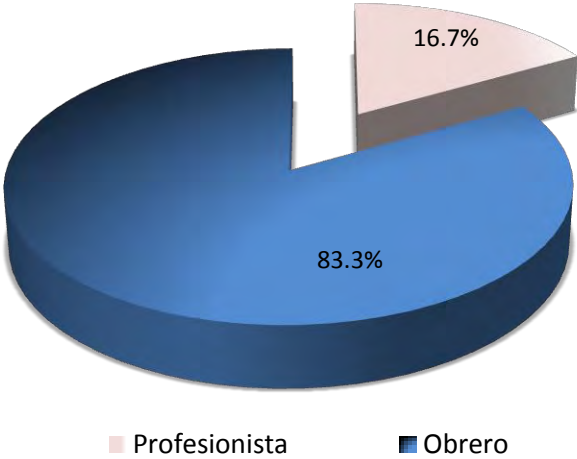


Grafico 6. Persona que labora fuera del hogar y de quien depende económicamente

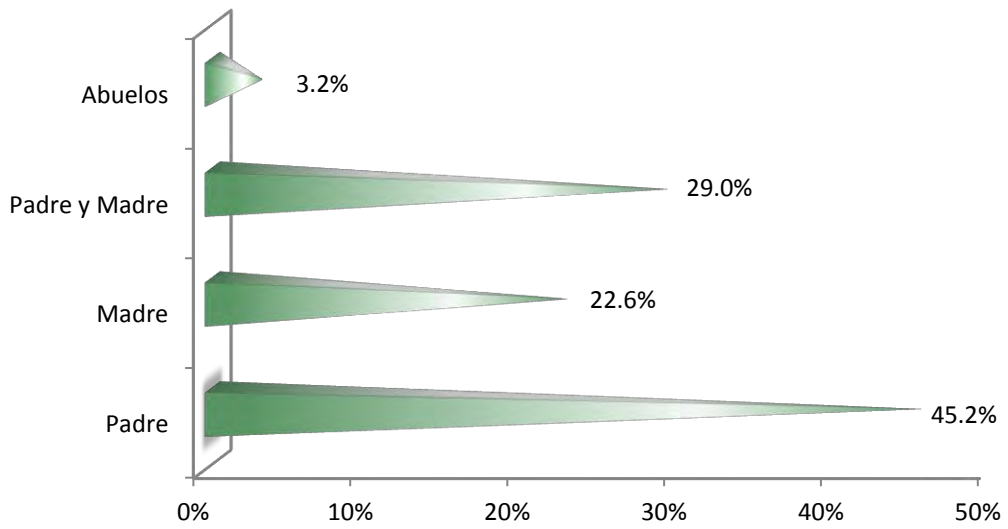


Grafico 7. Tipología familiar en relación a la demografía

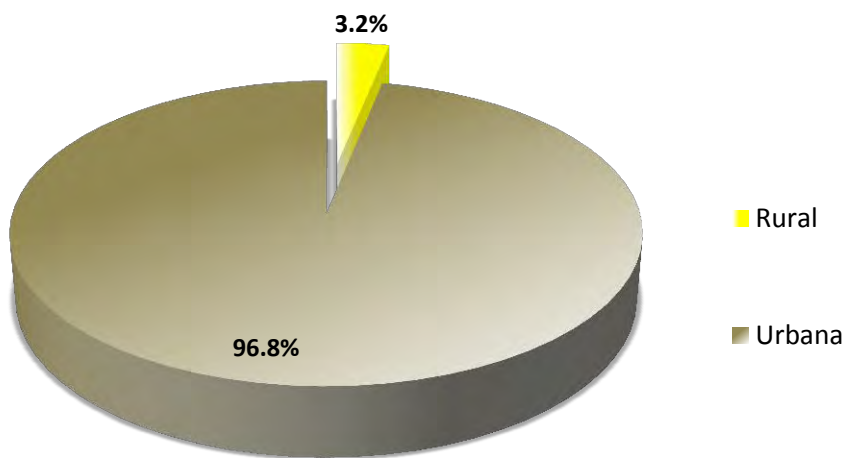


Grafico 8. Tipología Familiar en relación a la composición

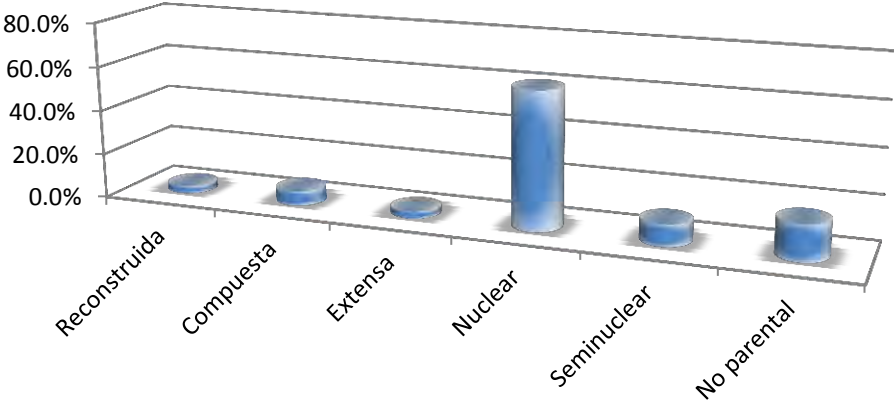
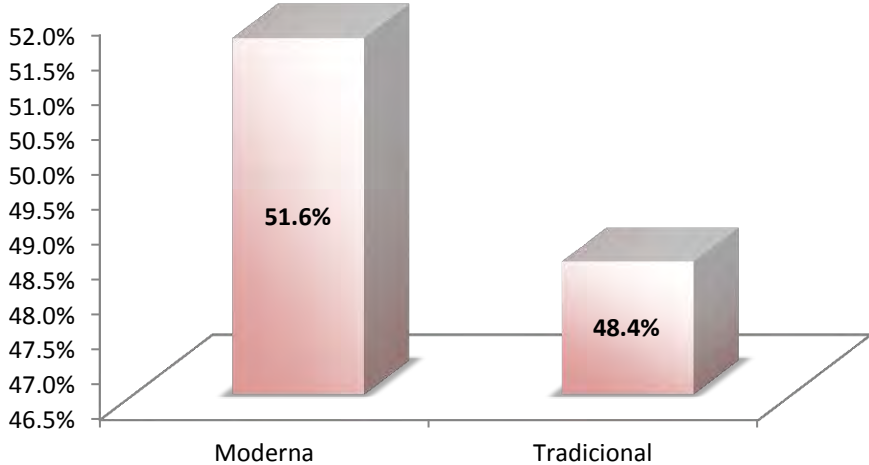


Grafico 9. Tipología familiar en base al desarrollo



Cuadro 2. Tipología familiar en relación a la ocupación del quien mas aporta económicamente y el diagnostico medico

Diagnostico Medico	Ocupación de la persona que más aporta económicamente		Total
	Profesionista	Obrero	
TDA	3.3%	20.0%	23.3%
TDAH	6.7%	60.0%	66.7%
TDA combinado	6.7%	3.3%	10.0%
Total	16.7%	83.3%	100.0%

Cuadro 3. Tipología familiar en relación a la demografía y el diagnostico medico

Diagnostico Medico	Demografía		Total
	Urbana	Rural	
TDA	22.6%	3.2%	25.8%
TDAH	64.5%	-	64.5%
TDA combinado	9.7%	-	9.7%
Total	96.8%	3.2%	100.0%

Cuadro 4. Tipología familiar en relación a la composición y diagnostico medico

Diagnostico medico	Tipología en relación a la composición						Total
	Reconstruida	Compuesta	Extensa	Nuclear	Semi Nuclear	No parental	
TDA	-	-	-	19.4%	-	6.5%	25.8%
TDAH	3.2%	6.5%	3.2%	32.3%	9.7%	9.7%	64.5%
TDA combinado	-	-	-	9.7%	-	-	9.7%
Total	3.2%	6.5%	3.3%	61.3%	9.7%	16.1%	100%

Cuadro 5. Tipología familiar en relación a la desarrollo y el diagnostico medico

Diagnostico Medico	Demografía		Total
	Moderna	Tradicional	
TDA	9.7%	16.1%	25.8%
TDAH	38.7%	25.8%	64.5%
TDA combinado	3.2%	6.5%	9.7%
Total	51.6%	48.4%	100.0%

7. DISCUSIÓN

Podemos encontrar que en nuestro estudio entre TDA, TDAH, y TDA combina se obtuvo un 25.8% fue de TDA comparado con otros estudios que tuvo una prevalencia entre 4 y el 12% de la población; sin embargo en niños y adolescentes (4-16 años) de la población general de la Ciudad de México la prevalencia fue del 5%. Tomando en cuenta que nuestra población estudio fue menor no es concluyente.^{3,4}

El primer estudio piloto permitió detectar los problemas de conducta que presentaban los niños; identificaban solamente los problemas de conducta externalizada con conductas disruptivas y socialmente no aceptadas, como romper reglas, la desobediencia y la agresión física y verbal. Los problemas de conducta internalizada no fueron mencionados como problemas de conducta, estas conductas no involucran ni afectan a los demás, esta falla de detección primaria y/o de información por parte de los maestros, padres y niños conlleva a un retraso importante en la atención de los problemas de conducta internalizada.¹⁷

Comentando los resultados respecto a la tipología en general se observo que predomina una familia nuclear moderna urbana obrera, y comparado solo con el TDA se observa en cuanto al desarrollo que de tipo tradicional.

Se reviso la literatura médica y no se encontró ningún estudio que relacionara la tipología con el TDA hasta la fecha, se concluye que a pesar de las diferencias metodológicas empleadas en los diferentes estudios y la inconsistencia de los hallazgos entre ellos sobre el TDA pudimos relacionarlo con la tipología familiar.

8. CONCLUSIONES

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad en sus miembros es la mayor fuente de apoyo social del que puede disponer una persona, tanto en los periodos de dependencia como de independencia. Sin embargo existe la probabilidad de que este equilibrio funcional pueda alterarse por la presencia de una enfermedad, donde la cooperación y participación de todos los miembros de la familia es necesaria para alcanzar de nuevo el equilibrio de la salud familiar. Así y desde este punto de vista, la conformación de la misma debe estar bien sustentada para afrontar esta (s) enfermedades.

En los niños con TDA, la estructura y tipología de la familia juegan un papel fundamental en el tratamiento y/o control de esta enfermedad, debido a que requiere la participación de todos los miembros de la misma, e incluso de los que no pertenecen al núcleo familiar (Tíos, abuelos, etc). Sin embargo aunque la familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación en este estudio no se observó que la tipología o estructura familiar se presentara en mayor frecuencia en los niños con este padecimiento.

9. RECOMENDACIONES

Se sugiere este estudio como punto de partida para dar un seguimiento con un estudio donde se realice la comparación entre la tipología y estructura familiar en niños con y sin esta enfermedad.

10. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Organización Mundial de la Salud. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales. Décima edición: Meditor. 1992.
- 2.- DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Editorial Masson. Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador; p: 84.
- 3.- Medina Mora M, Caraveo J, et al. Epidemiología en el ámbito internacional. En análisis de la problemática de la salud mental en México (Capítulo III). Obtenido desde http://www.sersame.salud.gob.mx/pdf/pasm_cap3.pdf. 1988-1997.
- 4.- Caraveo J, Colmenares E, Romano P, Wagner F. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Obtenido desde: <http://www.deficitdeatencion.org/cancun03.ppt>. 2003.
- 5.- Biederman J, Faraone S, Spencer T, et al. Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: a controlled study of 1001 adults in the community. J Clin Psychiatry 2006;67:524-540.
- 6.- Benamor L, Grizenko N, Schwartz G, Lageix P, Baron C, et al. Perinatal Complications in Children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder and their Unaffected Siblings. J Psychiatry Neurosci 2005;30:120-126.
- 7.- Swanson J, Kinsbourne M, Nigg J, Castellanos X. Etiologic Subtypes of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Brain Imaging, Molecular Genetic and Environmental Factors and the Dopamine Hypothesis. Neuropsychology Review 2007;17:39-59.
- 8.- Mick E, Biederman J, Faraone S, Sayer J, Kleinman S. Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002;41:4.
- 9.- Miranda-Casas, A. Grau-Sevilla, D. Marco-Taberner, R. Roselló, B.: Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad:

influencia en la evolución del trastorno Revista de neurología [versión electrónica].2007,44 (Suplemento 2)

10.- Rothe E. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: diagnóstico y manejo a lo largo de la vida. XX Congreso Nacional de Psiquiatría. Mérida, Yucatán, México. 2007.

11.- Almonte, C. y Sepúlveda, G. (2006). Desarrollo de la personalidad. En I. López; V. Boehme, L Troncoso, J. Eoerster, T. Mesa, R. García (Eds.), Síndrome de Déficit Atencional. Santiago de Chile. Ed Universitaria

12.- Biederman J. Revisión Neurobiológica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En Impacto del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el Trascuro de la Vida. European College of Neuropsychopharmacology 2007.

13.- Cantwell D. Attention Deficit Disorder: A Review of the Past 10 Years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:8.

14.- De La Peña F, Rohde L, Michanie C, Linárez R, García R, et al. Diagnóstico y Clasificación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Psiquiatría 2007;23:5-8.

15.- Barley R. Attention deficit hyperactivity disorder. Handbook for diagnosis and treatment. 3rd edition. New York: The Guildford Press. 2006.

16.- Barkley R, Fischer M, Smallish L, et al. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006;45: 192-202.

19.- Barkley R. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children: Diagnosis and Assessment. Obtenido desde: <http://www.continuingeducation.net/active/courses/course004.php>. 2007.

20.- Committee on Quality Improvement SoA-DHD. Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. Pediatrics 2000;105:1158-1170.

21.- Dimaio S, Grizenko N, Joobar R. Dopamin genes and attention deficit hyperactive disorder: a review. J Psychia- try Neurosci. 2003; 28: 27-38.

22. Majewicz-Hefley A, Carlson J. A meta-analysis of combined treatments for children diagnosed with ADHD. J Atten Disord. 2007; 10: 239-50.

- 23.- Elia J, Ambrosini J. Treatment of attention-deficit-hyperactivity disorder. N Engl J Med. 1999; 340: 780-8.
- 24.- Resendiz JC, de la Peña F. Generalidades de la comorbilidad. En: Ruiz M, editor. Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de trastornos por déficit de atención. México, D. F.: Editores de Textos Mexicanos; 2007.
- 25.- Pliszka SR. Subtyping ADHD based on comorbidity. ADHD Report. 2006; 14: 1-5.
- 26.- Membrillo Luna A, Rodríguez López JL, Definiciones y conceptos de familia. Familia Introducción al estudio de sus elementos. Cap. 3. Editores de Textos Mexicanos, 2008; p: 37.
- 27.- Bronfman M. la familia: dinámica, estructura y riesgo diferenciado. En: cómo se vive se muere la familia, redes sociales y muerte infantil Universidad Nacional Autónoma de México, 2000; 79-97.
- 28.- Unsain LM. Algunos conceptos básicos para trabajar en historia. Disponible en [URL:http://www.didacticahistoria.com/ccss/ccss26.html](http://www.didacticahistoria.com/ccss/ccss26.html)
- 29.- Repaso antropológico al concepto de familia. Disponible en [URL:http://www.cristianshomosexuals.org/actualitat/repaso.html](http://www.cristianshomosexuals.org/actualitat/repaso.html)
- 30.- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 19ª. Ed. España. 1970.
- 31.-Elementos Esenciales de la Medicina Familiar, Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias y Código de Bioética en Medicina Familiar. Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. 1ª. Ed. Medicina Familiar Mexicana México, 2005.
- 32.- Huerta González JL. En: medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad Cap. 2. Editorial Alfil, 2005; p: 48-53.
- 33.- Membrillo Luna A. composición familiar. En: familia Introducción al estudio de sus elementos. Cap. 4. Editoriales de textos mexicanos, 2008; p: 55-59.
- 34.- Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36 (8): 1036-45.

11. ANEXOS

ANEXO 1



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

TIPOLOGIA FAMILIAR SEGÚN PARENTESCO EN PACIENTES CON TRASTORNO CON DEFICIT DE ATENCION DE CONSULTA EXTERNA EN HOSPITAL GENERAL REGIONAL #17 CANCUN, QUINTANA ROO, MEXICO.

Nombre del estudio:

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Procedimientos:

Posibles riesgos y molestias:

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

NO APLICA

Beneficios al término del estudio:

INFORMACION

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

DRA. PAULINA KARINA MOSQUEDA GOMEZ.

Colaboradores:

DRA. INES CEBALLOS MARTINEZ.

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO 2

FOLIO: _____									
NOMBRE DEL PACIENTE: _____									
NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: _____					FECHA DE DIAGNOSTICO DE TDA: _____				
1.- MEDICAMENTO QUE TOMA PARA EL TDA:									
A)			B)			C)			
2.- DIANOSTICO MEDICO: marque con una "X" el "O"									
1.- O TDA		2.- O TDAH		3.- O TDA COMBINADO			4.- O ASPEGER		
3.- EDAD DE LA MADRE: _____									
4.- EDAD DEL PADRE: _____									
5.- OCUPACION DEL QUE APORTA MAS DINERO A LA CASA: marque con una "X" el "O"									
1.- O PROFESIONISTA			2.- O OBRERO (A)			3.- O CAMPESINO (A)			
6.- QUIEN APORTA MAS DINERO PARA LA MANUTENCION DEL NIÑO: _____									
7.- DEMOGRAFIA: servicios intradomiciliarios (luz, agua, drenaje) marque con una "X" el "O"									
1.- O CUENTA CON SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS					2.- O NO CUENTA CON SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS: RURAL				
8.- QUIENES VIVEN EN LA CASA CON EL NIÑO: marque con una "X" el "O"									
1.- O (PADRE O MADRE) + HIJO + (PADRAS TRO O MADRAS TRA) + HIJO	2.-O PADRE + MADRE + HIJO + OTROS FAMILIARES	3.-O PADRE + MADRE + HIIJO + ABUELOS	4.- O PADR E + MAD RE + HIJOS + TIOS	5.- O PADRE + MADRE + HIJO	6.- O PADRE + MADR E + HIJO + OTROS NO FAMILIARES	7.- O ALGUN PADRE MUERTO	8.- O (PADR E O MADR E) + HIJO	9.- O PADRES DIVORCIA DOS	10.- O VIVE CON FAMILIARE S O CON OTROS NO FAMILIARE S

9.- ESCOLARIDAD DE LA MADRE: marque con una "X" el "O"								
1.- O ANALFA BETA	2.- O LICENCIAT URA	3.- O PRIMARIA COMPLETA	4.- O PRIMARIA INCOMPLET A	5.- O SECUNDARI A COMPLETA	6.- O SECUND ARIA INCOMPL ETA	7.- O CARRERA TECNICA	8.- O PREPARAT ORIA COMPLET A	9.- O PREPARATORIA INCOMPLETA
10 . QUIEN TRABAJA FUERA DE CASA: marque con una "X" el "O"								
1.- O SOLO LA MADRE TRABAJA	2.- O SOLO EL PADRE TRABAJA	3.- O AMBOS TRABAJAN	4.- O DEPENDEN DE LOS ABUELOS MATERNOS	5.- O DEPENDEN DE LOS ABUELOS PATERNOS	6.-O PADRE TRABAJA EN EL CAMPO			
11 . TOXICOMANIAS MATERNAS DURANTE EL EBARAZO: marque con una "X" el "O"								
1.-O ALCOHOLIS MO	2.- O TABAQUISMO	3.- O MARIHUANA	4.- O COCAINA	5.- O OTRAS DROGAS	6.- O NINGUNA			