



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ZACATECAS

“FRANCISCO GRACIA SALINAS”

ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD



**UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD CON ESPECIALIDAD EN SALUD
PÚBLICA**

**IMPACTO POR DETERIORO DE RELACIONES INTRAFAMILIARES EN
ESCOLARES CON SOSPECHA DE TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD. GUADALUPE, ZACATECAS, 2016**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD
CON ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA**

PRESENTA:

ANA PERLA VILLASANA RUÍZ

DIRECTOR DE TESIS:

M. EN C. JUAN LAMBERTO HERRERA MARTÍNEZ

ASESOR DE TESIS:

DR. PSIC. ENRIQUE ROSALES ACEVEDO

Zacatecas, Zac., Diciembre de 2017.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis está dedicada especialmente a mis padres el Ing. José Luis Villasana Montes y a mi madre la médico Cirujano Dentista Ma. Refugio Ruíz Candelas, a quien agradezco de todo corazón su cariño y apoyo en la realización de este trabajo de tesis ya que sin su ayuda este sueño jamás sería una realidad hoy en día.

Agradezco a dios por llenarme de dicha y bendición, ya que siempre estuvo conmigo en las buenas y en las malas como mi ángel de la guarda en este arduo trabajo.

Agradezco especialmente al Ing. Juan Lamberto Herrera Martínez por haber confiado en mi persona, por la paciencia y por la dirección de este trabajo. Al Dr. en Psic. Enrique Rosales Acebedo por el apoyo y el ánimo que me brindó en todo momento, ya que sin sus consejos jamás llevaría a término la realización de este trabajo de tesis.

Agradezco a la Dra. Dellanira Ruiz por su buena orientación en el tema presentado y al personal de la maestría de ciencias de la salud por el apoyo incondicional que me otorgaron, al igual que todo el personal del programa USAER-SEDUZAC «Ignacio M. Altamirano» del municipio de Guadalupe, Zacatecas (Región 10, Zona 2).

Agradezco a mi familia en general, en especial a mis hermanas que nunca me decepcionaron y siempre recibí su apoyo incondicional, a pesar de verme estresada en ciertos momentos, siempre estuvieron ahí con palabras de aliento.

Y por último agradezco a mi hermano y a su familia por ser el motivo principal de la realización de este trabajo; esperando que en un futuro no muy lejano los niños con TDAH puedan sobrellevar una vida y un pleno desarrollo cognitivo, emocional y familiar.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN.....	10
ANTECEDENTES	12
Internacionales	12
Antecedentes nacionales	24
Antecedentes locales.....	25
MARCO TEÓRICO.....	26
Determinantes psicosociales	26
<i>Determinantes Sociales de la Salud</i>	31
Relaciones intrafamiliares	33
<i>Apoyo familiar</i>	33
<i>Conocimiento del TDAH en el ámbito familiar</i>	37
<i>Expresión</i>	40
<i>Dificultades</i>	42
Impacto familiar.....	43
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).....	45
Enfoque filosófico.....	49
<i>Teoría Estructural de la Familia y Teoría del Aprendizaje (conductismo)</i>	49
MARCO CONTEXTUAL.....	55
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	57
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	60
JUSTIFICACIÓN.....	61
OBJETIVO GENERAL	63
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	63
HIPÓTESIS.....	63
MATERIALES Y MÉTODOS.....	64
Tipo de estudio.....	64
Unidad de observación y análisis	64
Universo (población de estudio).....	64
Unidad de muestreo	64
Criterios de inclusión.....	64
Criterios de exclusión.....	64
Diseño y tamaño de la muestra.....	65
Variables de estudio.....	65

Operacionalización de variables	65
Instrumentos y técnicas de recopilación de la información.....	66
<i>Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares</i>	66
<i>Escala de Conners (Cuestionario de conducta de CONNERS para padres)</i>	68
<i>Escala de Impacto Familiar</i>	69
Plan de recolección de datos	71
Plan de tabulación y análisis	71
Consideraciones éticas.....	72
RESULTADOS.....	73
Características generales de los escolares con sospecha TDAH y sus cuidadores	73
Diagnóstico en escolares.....	76
<i>Análisis de sospecha de TDAH por escala de CONNERS</i>	76
<i>Análisis de la escala de relaciones intrafamiliares para la evaluación de la unión y apoyo, expresión y dificultades de las familias</i>	76
<i>Análisis de la escala de impacto familiar</i>	78
Análisis de Correlación de la Escala de Impacto Familiar y Relaciones Intrafamiliares	84
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	87
Características generales.....	87
Escala de relaciones intrafamiliares	88
<i>Dimensión de unión y apoyo Familiar</i>	88
<i>Dimensión de Expresión en la Familia</i>	89
<i>Dimensión de Dificultades en la Familia</i>	89
Escala de Impacto Familiar	89
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
ANEXOS.....	103
Operacionalización de las Variables.....	103
Análisis del impacto familiar de niños con TDAH en la USAER «Ignacio Manuel Altamirano» en Guadalupe, Zacatecas.....	107
Análisis estadístico inferencial del Impacto Familiar y Relaciones Intrafamiliares	112
Instrumentos de Validación	121
Carta de Consentimiento Informado para Participación en Protocolos de Investigación ...	130

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Factores protectores que influyen favorablemente en la Salud Mental de los individuos (Especialmente los niños)	28
TABLA 2. Características psicométricas del instrumento de evaluación de las relaciones intrafamiliares	67
TABLA 3. Propuesta para interpretar los puntajes obtenidos en el E.R.I	67
TABLA 4. Confirmación de los grupos con puntajes altos y bajos a partir de la distribución de frecuencias.....	68
TABLA 5. Índice de confiabilidad para la escala de Conners	68
Tabla 6. Clasificación del nivel de correlación Tau-b de Kendall.....	72
TABLA 7. Distribución de la muestra por escuela, grado y sexo.....	73
TABLA 8. Características del cuidador	74
TABLA 9. Características económicas y laborales del cuidador.....	75
TABLA 10. Diagnóstico por Escala de CONNERS	76
TABLA 11. Escala de Impacto Familiar: Impacto Negativo en las Relaciones Sociales	78
TABLA 12. Escala de Impacto Familiar: Impacto Negativo en los Sentimientos de la Crianza...	79
TABLA 13. Escala de Impacto Familiar: Impacto Positivo en los Sentimientos de la Crianza	79
TABLA 14. Escala de Impacto Familiar: Impacto Financiero en la Familia	80
TABLA 15. Escala de Impacto Familiar: Impacto en las Relaciones Matrimoniales	80
TABLA 16. Escala de Impacto Familiar: Impacto en la Relación entre Hermanos.....	81
TABLA 17. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar con la Escala de Relaciones Intrafamiliares.....	82
TABLA 18. Correlación Tau-b Kendall: Escala de Impacto Familiar con la Escala de Relaciones Intrafamiliares.....	85
Tabla 19. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Negativo en las Relaciones Sociales con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Unión y Apoyo	112
Tabla 20. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Negativo en los Sentimientos de la Crianza con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Unión y Apoyo	112

Tabla 21. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Positivo en los Sentimientos de la Crianza con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Unión y Apoyo	113
Tabla 22. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Financiero con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Unión y Apoyo	113
Tabla 23. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto en la Relación Matrimonial con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Unión y Apoyo	114
Tabla 24. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Negativo en la Relación entre Hermanos con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Unión y Apoyo	114
Tabla 25. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Negativo en las Relaciones Sociales con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Dificultades	115
Tabla 26. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Negativo en los Sentimientos de la Crianza con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Dificultades	115
Tabla 27. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Positivo en los Sentimientos de la Crianza con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Dificultades	116
Tabla 28. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Financiero con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Dificultades.....	116
Tabla 29. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto en la Relación Matrimonial con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Dificultades	117
Tabla 30. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto en la Relación entre Hermanos con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Dificultades.....	117
Tabla 31. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Negativo en las Relaciones Sociales con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Expresión	118
Tabla 32. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Negativo en los Sentimientos de la Crianza con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Expresión	118
Tabla 33. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Positivo en los Sentimientos de la Crianza con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Expresión	119
Tabla 34. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Financiero con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Expresión.....	119
Tabla 35. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto en la Relación Matrimonial con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Expresión	120
Tabla 36. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto en la Relación entre Hermanos con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Expresión.....	120

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Escala de Relaciones Intrafamiliares: Unión y Apoyo	77
FIGURA 2. Escala de Relaciones Intrafamiliares: Expresión	77
FIGURA 3. Escala de Relaciones Intrafamiliares: Dificultades	78

Glosario

Ambivalencia: Posibilidad de que algo tenga dos valores distintos o pueda entenderse o interpretarse de dos maneras distintas o estado de ánimo en el que coexisten dos emociones o sentimientos opuestos.

APA: Asociación Americana de Psicología.

Biofeedback: es una técnica que se emplea para controlar las funciones fisiológicas del organismo humano, mediante la utilización de un sistema de retroalimentación que informa al sujeto del estado de la función que se desea controlar de manera voluntaria.

Caótico: absolutamente desordenado o confuso.

Comorbilidades: presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.

Connatural: propio de la naturaleza de un ser viviente y no adquirido, o que tiene relación con ella.

Dialéctica: técnica de la conversación; con igual significado, en latín (ars) dialéctica, es una rama de la filosofía cuyo ámbito y alcance ha variado significativamente a lo largo de la historia

DIF: desarrollo integral de la familia.

DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ª edición.

Electroencefalograma: gráfico en el que se registra la actividad del cerebro y es obtenido por un electroencefalógrafo.

Emancipado: se refiere a toda aquella acción que permite a una persona o a un grupo de personas acceder a un estado de autonomía por cese de la sujeción a alguna autoridad o potestad.

Enajenación: Pérdida transitoria de la razón o los sentidos, especialmente a causa de un sentimiento intenso de miedo, enfado o dolor.

Exclusión social: Entiéndase la falta de participación de segmentos de la población en la vida social, económica y cultural de sus respectivas sociedades debido a la carencia de derechos, recursos y capacidades básicas (acceso a la legalidad, al mercado laboral, a la educación, a las tecnologías de la información, a los sistemas de salud y protección social) factores que hacen posible una participación social plena.

FQoL: Escala de Calidad de Vida Familiar.

Inequidad: desigualdad o falta de equidad.

Lateralidad cruzada: consecuencia de la distribución de funciones que se establece entre los dos hemisferios cerebrales. De dicha distribución depende la utilización preferente de un lado o el otro del cuerpo (derecho o izquierdo) para ejecutar determinadas respuestas o acciones.

Multifactorial: hecho que puede ser provocado por diversos factores.

Nosología: es la rama de la medicina cuyo objeto es describir, explicar, diferenciar y clasificar la amplia variedad de enfermedades y procesos patológicos existentes, entendiendo éstos como entidades clínico-semiológicas, generalmente independientes e identificables según criterios idóneos.

Polimorfismos: hace referencia a la existencia en una población de múltiples alelos de un gen. Es decir, un polimorfismo es una variación en la secuencia de un lugar determinado del ADN en los cromosomas (locus) entre los individuos de una población.

Psicopatología: estudio de las enfermedades o trastornos mentales, así como de su naturaleza y sus causas.

TD: trastorno desafiante

TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad

TDAH-C: trastorno por déficit de atención e hiperactividad del tipo combinado

TOD: trastorno oposicionista desafiante

Transgresión: actuar en contra de una ley, norma, pacto o costumbre

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia o Unicef es un programa de la Organización de las Naciones Unidas con base en Nueva York y que provee ayuda humanitaria y de desarrollo a niños y madres en países en desarrollo.

USAER: Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular

Vulnerabilidad social: expresa potencialidad; es decir, capacidad de afrontar y/o evitar amenazas no deseadas.

INTRODUCCIÓN

En México uno de los mayores problemas de salud pública y mental en niños en etapa escolarizada es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), en el cual uno de cada 10 mil niños presenta este trastorno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud mental como la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar el uno con el otro de forma tal, que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de las habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales), la adquisición de las metas individuales y colectivas en forma congruente con la justicia y la adquisición y preservación de las condiciones de equidad fundamental.

La importancia otorgada a los problemas neuroconductuales en los niños, específicamente al TDAH ha ido en aumento; prueba de este interés son las numerosas publicaciones que existen respecto al tema. Se estima que aproximadamente un diez por ciento de los niños escolares presentan problemas de aprendizaje y de conducta, y dentro de este grupo el que consideran «más seriamente afectado» es el del TDAH, de tres a cinco por ciento de la población escolar. En México, la población infantil se calcula en aproximadamente 33 millones, de los cuales se considera que un 15 por ciento tiene algún problema de salud mental. Lo anterior refleja que aproximadamente 5 millones de niños presentan trastornos mentales y de éstos 2.5 millones requieren de atención especializada. Se considera que el TDAH afecta entre el cuatro y 12 por ciento de la población escolar.

Los 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 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.

Para esta investigación cuyo objetivo general fue medir el impacto en función del deterioro de las relaciones intrafamiliares con niños con sospecha de TDAH que asisten al programa de USAER-SEDUZAC “M. Altamirano” en el municipio de Guadalupe Zacatecas, 2016; se valoraron dimensiones entorno a las diferentes áreas del comportamiento de la familia, analizadas con la Escalas de Impacto Familiar la cual mide 6 dimensiones: Impacto Negativo

Social, Impacto negativo en la crianza del hijo, Impacto Positivo en la crianza del hijo, Impacto Financiero, Impacto Matrimonial e Impacto entre Hermanos; y la Escala de relaciones Intrafamiliares que evalúa tres dimensiones generales: Apoyo y Unión Familiar, Expresión y Dificultades en la Familia, a través de un estudio analítico, descriptivo y transversal. La recolección de la muestra se hizo a través de un censo conformado por el total de los casos de niños en edad escolar con sospecha de TDAH; conformada por el total de 86 casos de los cuales 57 presentó sospecha de TDAH valorado bajo la Escala de Conner para Padres, la cual evalúa los síntomas del TDAH bajo una escala de tipo Likert, y obtener así un presunto diagnóstico; el cual se apega a lo dispuesto en la Declaración de Helsinki, el Código de Núremberg y la Ley General de Salud.

Los datos obtenidos de la escala se procesaron mediante el paquete estadístico Statical Package for Social Sciences (SPSS) versión 15.0, al cual se le aplicó la estadística descriptiva e inferencial. Se llegó a la conclusión de un deterioro drástico en las diferentes áreas del comportamiento de la familia, se demostró un impacto negativo en los sentimientos generados en la crianza de sus hijos con sospecha de TDAH, se evidenció estrés, frustración, falta de confianza, tensión física y emocional y problemas conductuales. Se pudo comprobar que las relaciones sociales arrojaron un impacto negativo informal, un costo económico elevado, las relaciones matrimoniales deterioradas y una relación entre hermanos dañada. También se pudo visualizar que la unión y apoyo que la familia brinda al niño con sospecha TDAH coexisten, el grado de expresión persiste debido a que son capaces de expresar sus emociones, sentimientos e ideales, y el grado de dificultad es marcado ya que no presentan capacidad para afrontar la problemática que están viviendo.

Una vez que se identificó el impacto familiar dependiente de las relaciones intrafamiliares, la USAER-SEDUZAC debe adaptarse y adecuarse a las nuevas exigencias para mantener su permanencia, una de estas necesidades son la aplicación de escalas psicosociales para el diagnóstico severo del TDAH así como la autoevaluación de los docentes y padres de familia, ya que ello permitirá una retroalimentación de los procedimientos de diagnóstico, tanto del TDAH como de las principales debilidades de las familias.

ANTECEDENTES

Internacionales

El desarrollo sobre factores psicosociales y contextuales ponen de manifiesto la influencia que éstos ejercen en la evolución del trastorno hiperactivo, los apoyos institucionales, relación con el grupo de iguales y los factores sociales que ejercen una poderosa influencia sobre cualquier niño, como medios de comunicación, modas, influencias del contexto inmediato Rosello B. y colaboradores realizaron un estudio en la Universidad de Valencia, España, en el año 2003, cuyo objetivo se dirige, en primer lugar, a analizar el impacto que tiene el TDAH en diferentes ámbitos de la familia. Se valoraron las repercusiones que tiene el TDAH en los sentimientos de los padres, en la economía familiar, en las relaciones maritales y en las relaciones entre hermanos. En segundo lugar, se compararon los cambios que se producen en la forma como se enfrentan los padres a situaciones cotidianas y en las atribuciones/expectativas sobre su hijo con TDAH tras recibir un asesoramiento y un entrenamiento por parte de un terapeuta especialista en TDAH.

Para ello, se recogen datos antes y después de la intervención, a través de dos cuestionarios rellenos por los padres, cuestionario de impacto familiar, cuestionario de conocimientos y técnicas de manejo del TDAH, los resultados que se obtuvieron con relación a la categoría de sentimientos y actitudes indicaron que el 88.8 por ciento de los padres sentían un nivel muy elevado de estrés, el 75 por ciento creía que no era capaz de manejar el comportamiento de su hijo, el 50 por ciento consideró que podría ser mejor padre, el 44 por ciento opinó que su hijo le producía más sentimientos de frustración y de ira; por último, el 22 por ciento se sentían menos efectivos y competentes como padres. En la categoría de relación de pareja, el 50 por ciento de los padres indicaron que tenían mayores enfrentamientos maritales a causa de su hijo. Las características del niño y la familia actuaron como un tándem y la disfunción familiar, las incoherentes prácticas educativas, así como la ineficacia en el uso de prácticas disciplinarias, pudieron contribuir como un factor de riesgo que interactúa con una predisposición del niño para exacerbar la presentación y la continuidad del TDAH.¹

¹ROSELLO B., *et al.*, «El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad», Revista NEUROL, Volumen 36, Número 1, Universidad de Valencia, España, 2003, pp. 79-84.

En el año 2004 en Japón Hiroyuki Satake y colaboradores realizaron un estudio cuyo objetivo fue valorar las correlaciones de las características psicosociales de la familia entre los niños con TDAH el cual se diferencia con el trastorno oposicionista desafiante y del trastorno de la conducta. Para el estudio se formaron tres grupos: 12 niños con TDAH, 15 niños con TDAH más el TDO (trastorno desafiante oposicionista) y el TD (trastorno de la conducta) y 14 niños como grupo control. En el estudio se hizo el análisis de las variables sobre las características demográficas de los niños y su familia, las características sobre la conducta y los aspectos emocionales de los niños y el entorno familiar y la psicopatología de los padres. Las variables de los grupos se compararon utilizando la prueba de Pearson y la X^2 .

Los datos se analizaron en SPSS 10.0 para Windows. Los resultados indican que las relaciones interpersonales en la familia de niños con TDAH más el trastorno desafiante oposicionista y el trastorno de la conducta eran menos organizadas que las del control; la salud mental de las madres y padres de niños con TDAH más el trastorno desafiante oposicionista y el trastorno de la conducta de más conflictivas fue peor que la de los niños con solo TDAH y los niños control. Estos resultados apoyan la distinción nosológica entre las comorbilidades como el trastorno desafiante oposicionista y el trastorno de la conducta del TDAH. La necesidad de la intervención clínica es de suma importancia, dependiendo de la comorbilidad del TDAH.²

En el año 2004 en la Universidad de Buffalo, Todd B. Kashdan y colaboradores realizaron un estudio cuyo objetivo fue investigar la relación entre la ansiedad y depresión de los padres, el funcionamiento familiar con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad de los niños, junto con el trastorno desafiante oposicionista (TOD), siendo incluidos como predictores de tres medidas del funcionamiento de la familia para examinar la contribución independiente de cada variable. Para el estudio participaron 45 padres de familias que tenía un hijo con TDAH, estos participantes formaban parte de una muestra mayor de 252 padres de niños con TDAH de entre cinco y doce años de edad (186 madres y 66 padres).

Los datos fueron recolectados a través de instrumentos de validación como: externalización de la gravedad de los síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños, los síntomas depresivos y ansiedad de los padres, la deseabilidad social

²SATAKE Hiroyuki, *et al.*, «The Family Psychosocial Characteristics of Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder with or Without Oppositional or Conduct Problems in Japan», *Child Psychiatry and Human Development*, Volume 34, Number3, Kyushu University, Japan, 2004, pp. 219-235.

de los padres, la adaptación social y calidad de las relaciones de padres e hijos. Se han llevado a cabo pruebas preliminares sobre la interdependencia de los datos o el grado de similitud entre la madre y el padre. Los resultados indican que la ansiedad de los padres y la madre se asoció negativamente con la participación positiva, la instrucción, la disciplina y los problemas sociales y no hubo diferencias ni asociación significativa con el TOD y el TDAH.³

El efecto del clima familiar en el desarrollo del TDAH no se conoce. Cecilia Montiel Nava y colaboradores realizaron un estudio transaccional de casos y controles en Venezuela en el año 2005, cuyo objetivo fue examinar los factores que están asociados con una característica de interés, comparando casos de niños con TDAH y no casos en cuantos a las diferentes dimensiones del clima familiar. Se recolectaron datos demográficos y se aplicaron escalas como la «Escala Conners para padres, versión larga», «Escala Wechsler para niños III edición», «Entrevista diagnóstica para niños versión IV» y «Escala de clima familiar» a 53 niños (edades de cuatro a trece años); 29 con diagnóstico de TDAH y 24 no casos.

Para el análisis estadístico las variables categóricas (sexo y nivel socioeconómico) fueron analizadas utilizando la prueba de chi cuadrado (X^2) el resto de las variables dimensionales fueron analizadas con pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney). El nivel de significación fue establecido a 0.05. El análisis estadístico arrojó un perfil de clima familiar dentro del rango promedio para ambas muestras. Se encontraron diferencias significativas entre casos y controles para las subescalas de cohesión, orientación hacia actividades intelectuales y orientación hacia actividades recreativas. Una mayor gravedad en síntomas de TDAH estuvo relacionada con menor cohesión y mayor conflicto familiar. Los hallazgos sugirieron falta de asociación entre la calidad del clima familiar y el diagnóstico del TDAH.⁴

Rosa García Castellar y colaboradores en la Universidad del Ríoja España en el año 2006 realizaron un estudio descriptivo cuyo objetivo fue conocer el impacto familiar que supone un niño con TDAH-C (trastorno por déficit de atención con hiperactividad, subtipo combinado), a partir del análisis de las percepciones de sus padres, y comprobar si los problemas de conducta asociados modulan dicho impacto. En el estudio participaron un grupo formado por los padres

³KASHDAN Todd B., *et al.*, «Depression and Anxiety in Parents of Children with ADHD and Varying Levels of Oppositional Defiant Behaviors: Modeling Relationships with Family Functioning», *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, Volume 33, Number 1, University at Buffalo, State University of New York, U.S.A., 2004, pp. 169-181.

⁴MONTIEL Nava Cecilia, *et al.*, «Clima familiar en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad», *Revista Psicología Conductual*, Volumen 13, Número 2, Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo y Universidad del Zulia, Venezuela, 2005, pp. 297-310.

de veintisiete niños con TDAH-C y otro por los padres de veintisiete niños sin TDAH. Los padres del grupo de TDAH-C se dividieron en dos subgrupos según la existencia o no de un trastorno negativista-desafiante y/o un trastorno disocial comórbidos (diez y diecisiete familias, respectivamente).

Los padres complementaron el cuestionario de impacto familiar de Donenberg y Baker. Este instrumento trata de evaluar la repercusión que los niños ejercen sobre diferentes áreas del funcionamiento familiar. Los análisis realizados evidencian diferencias significativas entre las percepciones de los padres de niños controles y las de los padres de niños con TDAH-C en las categorías de sentimientos y actitudes, vida social, relación matrimonial, convivencia entre iguales y hermanos, estrés y dificultad de vivir con su hijo. Las comparaciones entre ambos subgrupos de niños con TDAH-C no arrojan diferencias significativas en ninguna de las categorías, y muestran el TDAH-C como el factor básico de los problemas en el contexto familiar. No obstante, algunos ítems apuntan una mayor gravedad en el subtipo con trastornos de conducta asociados.⁵

María Dolores Grau Sevilla realizó un trabajo doctoral en la Universidad de Valencia Sevilla; España en el año 2007, cuyo objetivo fue profundizar en el estudio del contexto familiar del niño con TDAH, especialmente en el estrés parental y en las estrategias de disciplina, así como analizar las características de la historia evolutiva y clínica de los niños con TDAH, analizar el papel de la familia en la identificación, diagnóstico y tratamiento del trastorno, las relaciones familiares y los apoyos en la crianza, analizar los métodos de disciplina de padres de niños con TDAH y la influencia de las variables sexo, edad, subtipo y TOD.

En el estudio participaron un total de 167 familias divididas en dos grupos, el grupo que tienen hijos con TDAH y el grupo control con hijos sin este trastorno. En el estudio se aplicaron los siguientes instrumentos de evaluación, primero una entrevista semiestructurada a padres, Escala de paternidad e índice de estrés parental. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial, se realizó la prueba de chi cuadrado (X^2), analizados los datos recolectados en SPSS versión 12. En los resultados se muestra que un 20.1 por ciento de los sujetos del grupo TDAH presentan antecedentes directos de hiperactividad frente a ningún caso en el grupo control, existiendo

⁵GARCÍA Castellar Rosa, *et al*, «Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado», Revista de neurología, Volumen 42, Número 3, Universidad de la Rioja, España, 2006, pp. 137-143.

diferencias significativas entre los dos grupos. Por otra parte un 29.8 por ciento de los familiares de niños TDAH.⁶

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) tiene un origen hereditario, pero su comprensión debe enmarcarse en un modelo que contemple la interacción genes/ambiente. Los estilos de disciplina destacan entre los factores del ambiente familiar que pueden influir en el curso del TDAH. Miranda Casas A. y colaboradores realizaron un estudio en la Universidad de Valencia, España en el año 2007, cuyo objetivo fue comparar las prácticas de disciplina de madres de niños con TDAH y las de madres de niños sin TDAH en su contexto sociocultural, y determinar la influencia de la comorbilidad con el TOD (trastorno oposicionista desafiante) y del subtipo de TDAH en las prácticas de disciplina que aplican las madres. En el estudio participaron 167 madres, que pertenecían a dos grupos diferentes. Un grupo estaba formado por 114 madres de Asociaciones de Padres de Niños con TDAH de entre cinco y trece años de edad, con un diagnóstico basado en el DSM-IV de los cuales 25.4 por ciento padecía un TDAH de subtipo con predominio de inatención, y un 74.6 por ciento, de subtipo combinado.

El grupo de control incluyó 53 madres con niños de la misma edad que los del grupo experimental. Para la recogida de los datos se realizó una entrevista semiestructurada para padres, se obtuvo información de variables sociodemográficas y de estructura de la familia. Además, incluyó los ítems relativos a los criterios diagnósticos del trastorno negativista desafiante del DSM-IV. El análisis estadístico se evaluó la escala de estilos de disciplina diseñada para medir las prácticas disfuncionales de disciplina en los padres, comparación del estilo de disciplina de madres de niños con TDAH y sin TDAH, Influencia del subtipo de TDAH en el estilo de disciplina de las madres (grupo TDAH) e Influencia de la presencia del TOD en el estilo de disciplina de las madres (grupo TDAH). Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov a las puntuaciones de las distintas subescalas de la escala de disciplina. Los análisis estadísticos señalaron que las madres de niños con TDAH utilizaban más estrategias severas de disciplina, especialmente si el TDAH estaba asociado a un trastorno oposicionista desafiante.⁷

En el año 2007 Susan Shur-Fen Gau en el colegio real de Psiquiatría de Australia y Nueva Zelanda realizaron un estudio cuyo objetivo fue examinar la asociación entre el TDAH y los

⁶GRAU Sevilla María Dolores, «Análisis del contexto familiar de niños con TDAH», Tesis Doctoral, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Valencia, España, 2006, pp. 1-233.

⁷MIRANDA Casas A., *et al.*, «Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno», Revista NEUROL, Volumen 44, Número 2, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Valencia, España, 2007, pp. 23-25.

trastornos psicológicos de la madre, el estilo de la crianza y el apoyo familiar percibido, así como la interacción del niño con los padres y los comportamientos en el hogar. Para el estudio la muestra incluyó a 375 pacientes pediátricos diagnosticados con TDAH según el DSM-IV con terapia farmacológica y 750 niños en edad escolar como controles, seleccionados basándose en la edad y sexo de los niños con TDAH. Las madres respondieron al cuestionario de salud de la versión China, el instrumento de la relación parental, la adaptación familiar, asociación, crecimiento, afecto y la manera de resolver los problemas. También se valoró el comportamiento del inventario de adaptación social de la niñez y adolescencia.

Para el análisis estadístico se analizaron los datos en el SPSS versión 9.1 y el software estadístico RTREE. Los resultados descriptivos de la comparación de los datos demográficos entre el grupo de casos y controles se mostraron en frecuencias y porcentajes, se analizaron con la prueba chi cuadrada (X^2) para las variables categóricas y se utilizó la media, la desviación estándar y la t de student para las variables continuas. Los resultados demuestran que las madres de los niños con TDAH presentan una mayor angustia psicológica y perciben menos apoyo psicológico de sus familias que las madres de los niños control, además las madres de los niños con TDAH eran menos cariñosas y más sobreprotectoras y controladoras que las madres de los niños sin TDAH. Esta evidencia fue más evidente en niños que en niñas. Los niños con TDAH eran menos propensos a interactuar con sus padres, sin embargo, demostrando problemas de conducta más graves en el hogar.⁸

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad ejerce una compleja influencia negativa sobre el sistema familiar, el tratamiento psicosocial sobre aspectos amplios de la dinámica familiar, como el grado de superación de las dificultades que las familias experimentan en el plano social y económico, las mejoras en los sentimientos y actitudes de los padres, o la tensión entre los hermanos o la propia pareja. Ma. Jesús Presentación y colaboradores realizaron un estudio en la Universidad de Valencia, España, en el año 2009, que partió de un diseño experimental mixto (entre grupos e intra grupos), el total de niños con TDAH-C participantes en la investigación se dividió en dos grupos aleatoriamente, uno de ellos recibió la intervención (grupo experimental) y el otro no (grupo control). Ambos grupos fueron sometidos a dos evaluaciones, una anterior a la intervención (pre-tratamiento) y otra posterior a la misma (post-

⁸ SHUR-FEN Gau Susan, «Parental and family factors for attention-deficit hyperactivity disorder in Taiwanese children», The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, Department of Psychiatry, National Taiwan University Hospital and College of Medicine, New Zealand, 2007, pp. 688-696.

tratamiento), el grupo de niños tratados se dividió a su vez en dos subgrupos en función de la presencia/ausencia de problemas de conducta asociados.

Participaron en la investigación 42 familias con niños con un diagnóstico de TDAH-C que estuvieran cursando Educación Primaria, fueron distribuidas en dos grupos: experimental, con veintisiete niños que recibirían la intervención, y control, con 15 niños sin tratamiento. En la selección de los participantes se utilizaron diversos instrumentos como el Cuestionario de TDAH adoptado al DSM-IV-TR (APA 200), Escala de inteligencia de Weschler para niños revisada (Wechsler 1993), Inventario de síntomas para niños y adolescentes Stony Brook (Gadow y Sprafkin, 1995) y Cuestionario de Impacto familiar de Donenberg y Baker (1993). En el análisis estadístico se realizó un estudio de normalidad de las variables y se utilizaron pruebas no paramétricas, para analizar las comparaciones intra-grupo pre-post-tratamiento se utilizó la prueba de Wilcoxon. Para las comparaciones entre los grupos se aplicó el estadístico U de Mann-Whitney.

La intervención comprendió tres programas diferenciados en función del contexto en el que se implementan: directamente con los niños, con los padres y con los profesores, incluyó técnicas de modificación de conducta, autorregulación, acomodaciones académicas y habilidades sociales. Los resultados pusieron de manifiesto el efecto beneficioso de la intervención multicomponente implementada, sobre todo para el grupo de niños sin problemas de conducta asociados.⁹

En el año 2009 en la Universidad de Norfolk, USA, M. Scroeder Valarie realizaron un estudio en el que se examinó la relación entre el funcionamiento ejecutivo, el entorno familiar y la práctica de la paternidad en niños diagnosticados con TDAH comparado con niños sin TDAH. En el estudio participaron los padres de 134 niños con TDAH de seis a doce años de edad y como control los niños que no presentaban el TDAH. En comparación con el grupo control los padres de los niños diagnosticados con TDAH presentaron mayores problemas de comportamiento y habilidades metacognitivas, y se describen sus entornos familiares menos organizados y con un mayor índice de conflictos en la familia.

Para el estudio se aplicaron dos instrumentos de validación, calificación de la conducta, inventario de función ejecutiva para padres forma abreviada e inventario de relación padre-hijo. Los resultados mostraron que el contexto familiar y las prácticas de crianza no tenían relación

⁹ PRESENTACIÓN Ma. Jesús, *et al.*, «Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH», Revista Escritos de psicología, Volumen 2, Número 3, Universidad de Valencia, España, 2009, pp. 18-26.

alguna con el comportamiento y habilidades cognitivas en niños con TDAH. En los niños sin TDAH, existe mayor cohesión y expresividad, presentan menores niveles en los conflictos. Familiares, así como menor problema en la conducta.¹⁰

Pedraza Vargas Steve Fernando y colaboradores en Bogotá Colombia en el año 2007 realizaron un estudio de investigación/intervención cuyo objetivo fue comprender la organización de la experiencia y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica del TDAH, desde las narrativas construidas por el sistema en un contexto terapéutico. El proceso de investigación se llevó a cabo en cuatro momentos y doce escenarios de intervención terapéutica narrativa con tres sistemas familiares diferentes, mediante estrategias de conversación y reflexión frente a las narrativas construidas en torno a la impresión diagnóstica de TDAH.

Durante el proceso se registraron en audio y video los relatos de los participantes y, posteriormente se realizó un análisis cualitativo de los resultados. El estudio estuvo compuesto por categorías de análisis comprendidas por: experiencia familiar, afrontamiento familiar, conversación terapéutica. Los resultados mostraron cómo las familias construyen narrativas dominantes de los síntomas manifiestos del niño desde las distinciones, prejuicios y creencias; y tienden a evidenciar coalición entre el niño y el cuidador, y culpabilización mutua entre los padres.¹¹

En el proceso de socialización, la familia tiene un papel fundamental en el cuidado y la crianza de los hijos y, principalmente, en la transmisión de conocimientos, valores y costumbres que les permita adaptarse a la sociedad como personas activas y productivas. Fontana Hernández Angélica y colaboradores realizaron un estudio de tipo descriptivo en Alajuela, Costa Rica, en el año 2009, cuyo objetivo fue valorar el apoyo familiar que se proporciona durante el proceso de integración educativa a los estudiantes en condiciones de discapacidad o déficit de atención desde la perspectiva de los docentes y los miembros de la familia. La investigación se llevó a cabo en una institución pública con problemas sociales como la delincuencia, la drogadicción y el vandalismo. En el estudio participaron treinta y tres estudiantes, veintinueve padres de familia y veintiocho docentes. Para la recolección de los datos se utilizó la técnica de indagación descriptiva, mediante la entrevista.

¹⁰ SCHROEDER M. Valarie y Kelley Michelle L, «Associations Between Family Environment, Parenting Practices, and Executive Functioning of Children with and Without ADHD », J Child Fam Stud, Volume 18, Number 1, Universidad de Norfolk, U.S.A., 2009, pp. 227-235.

¹¹ PEDRAZA Vargas Steve Fernando, «Terapia narrativa en la co-construcción de la experiencia y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica de TDAH», Revista Universitas Psychologica, Volumen 8, Número 1, Bogotá, Colombia, enero-abril, 2009, pp. 199-214.

La realización del estudio se llevó a cabo en tres etapas. Se aplicaron una serie de instrumentos de validación en las cuales se valoró el concepto de apoyo familiar que tienen los docentes en el proceso de integración familiar, razones que dan los docentes sobre la importancia del apoyo familiar en el proceso de integración escolar, tipos de apoyos que proporciona la familia durante el proceso de integración escolar, según la opinión de los docentes, apoyo de parte de los miembros de la familia y los docentes. Como resultado se obtuvo que el proceso de integración educativa sea importante para el desarrollo integral de los estudiantes, porque tiene repercusiones tanto en el ámbito educativo como en el ámbito familiar y personal de los estudiantes.¹²

En la Universidad de Würzburg, en Würzburg, Alemania en el año 2010 Hanna Christiansen y colaboradores realizaron un estudio cuyo objetivo fue valorar la influencia del apoyo social en las familias con niños con TDAH, donde los niños presentan autoestima reducida debido a la expresión emocional de los padres por las críticas de los demás. Para la recolección de los datos un total de 62 niños con TDAH y sus padres, así como 61 familias de control completaron el cuestionario sobre apoyo social, la emoción expresada en las familias y los síntomas del TDAH. Para probar los efectos de medicación se utilizó el Sobel-test. Las interacciones de la autoestima se mostraban significativamente bajas en los niños con TDAH, los padres mostraban menos apoyo familiar y tenían mayor expresión emocional que los padres de niños control. Como conclusión se tiene que la terapia debe apoyar significativamente a los padres mejorando la crianza, así como mejorando la autoestima.¹³

López Collado Barbará y Romero Ayuso Dulce María realizaron un estudio en la Universidad de Castilla la Mancha en Toledo, España en el año 2012 realizaron un estudio cualitativo cuyo objetivo fue realizar una exploración acerca del papel desempeñado en la familia, especialmente las madres, en lo referente a la educación de niños con TDAH. El método utilizado en este estudio fue la teoría fundamentada conocida como «El método de comparación constante». La duración total del estudio, ha sido de unos ocho meses, desde diciembre de 2010 hasta julio del 2011. El trabajo de campo se llevó a cabo entre marzo y junio de 2011. Durante el tiempo del

¹² FONTANA Hernández Angélica, *et al.*, «El apoyo familiar en el proceso de integración educativa de estudiantes con necesidades educativas en condición de discapacidad», Revista Electrónica@Educare, Volumen 8, Número 2, Escuela Rincón del Cacao, Alajuela, Costa Rica, 2009, pp. 17-35.

¹³ CHRISTIANSEN Hanna, *et al.*, «Interactions of self-concept, social support and expressed emotion in families with ADHD», Revista Eur Child Adolesc Psychiatry, Volume 19, Number 1, University of Würzburg, Würzburg, Germany, 2010, pp. 5-91.

estudio se realizaron siete entrevistas a madres de niños con TDAH. El muestreo fué intencional a través de la técnica de bola de nieve. La recogida de los datos se realizó a través de una entrevista a profundidad.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa Atlas. TI. Versión 5.0. Después de analizar la información recopilada, los datos revelaron tres puntos importantes sobre el apoyo proporcionado por la familia a niños con TDAH: apoyo en las tareas escolares, apoyo psicológico y apoyar la realización de actividades de ocio como en familia. Como resultados se obtuvieron datos relevantes relacionados con la medicación, los diferentes estados de ánimo que experimentan las madres cuando les ayudan a realizar las tareas, una gran demanda de atención a los niños, demandas de información y pautas de crianza por parte de los padres, problemas en el seguimiento de normas por parte de los niños, largo proceso de diagnóstico. Se ha podido identificar una implicación y un apoyo importante de las madres relacionado con la educación de sus hijos en el ámbito escolar.¹⁴

La calidad de vida representa una dimensión de la situación general y del bienestar que podría estar influenciado por diversos factores. Los investigadores sugieren que los padres de niños con discapacidades pueden ser más vulnerables a desarrollar problemas físicos o mentales y que estas familias tienen una menor calidad de vida. En el año 2012 en Rumania Roxana Sipos y colaboradores realizaron un estudio cuyo objetivo primario fue evaluar la calidad de vida de las familias con niños que presentan trastorno del espectro autista en comparación con las familias de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Para la recolección de los datos se obtuvieron 65 niños con edades que van desde los doce y catorce años, diagnosticados con TEA y 49 niños diagnosticados con TDAH. Las familias fueron evaluadas por medio de la encuesta de calidad de vida (FQoL) para evaluar la calidad de vida de las familias.

Los datos fueron analizados en SPSS versión 17. Se utilizó un análisis de dos variables estadísticas (correlación de Pearson y la prueba de t de student para muestras independientes) para identificar las asociaciones significativas entre los grupos. Un análisis de regresión lineal múltiple fue utilizado para analizar la contribución independiente de cada factor de FQoL a la satisfacción general en cuanto a la calidad de vida. Los resultados demuestran que los padres de niños con TDAH creen que las relaciones familiares son menos importantes para la calidad de

¹⁴ LÓPEZ Collado Barbará y Romero Ayuso Dulce María, «Influencia del entorno familiar en las actividades escolares en los niños con TDAH, una aproximación cualitativa», Revista tatog, Volumen 9, Número 15, Universidad de Castilla la Mancha, Toledo, España, 2012, pp. 1-26.

vida familiar, tienen menos oportunidades de mejorar sus relaciones familiares y una menor iniciativa que puede derivar de la pérdida de la importancia que le dan a este dominio.¹⁵

El presente trabajo investigativo-terapéutico, da cuenta de los cambios que se presentan en el funcionamiento de familias con niños diagnosticados con TDAH después de realizar un proceso de terapia familiar sistémica. El TDAH es considerado un trastorno del comportamiento infantil que impacta al sistema de relaciones, en este caso la familia de la cual el niño hace parte. Bedoya Cardona Ledy Maryory y Alviar Ruiz Margarita María realizaron un estudio cualitativo con tendencia hermenéutica cuyo propósito fue realizar una comparación de dos grupos de cinco familias, uno de estos grupos participó del proceso de terapia familiar sistémica y el otro grupo fue considerado de control. Para la investigación se aplicó la Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y la Cohesión Familiar - FASES III, instrumento que permitió obtener una visión del funcionamiento antes y después del proceso terapéutico.

En este trabajo fue posible identificar cambios posteriores al proceso terapéutico que respondían a un nivel mayor de satisfacción en el funcionamiento familiar, en contraste con el grupo control cuyas familias presentaron pocos movimientos, permaneciendo más estables. Estos cambios tenían directa relación con el ejercicio de la autoridad y la relación que la familia establecía con el diagnóstico del TDAH. Se encontró concordancia entre los aportes de la narrativa en el ejercicio terapéutico con el abordaje de este tipo de situaciones.¹⁶

Guerrero Pardo D. y colaboradores realizaron un estudio observacional, prospectivo, no comparativo multicéntrico en el Departamento Médico de Madrid, España en el año 2014, con un periodo de seguimiento de cuatro meses, cuyo objetivo fue analizar la evolución del estrés en las familias de niños o adolescentes que comienzan un tratamiento psicofarmacológico tras ser diagnosticados con TDAH. La intensidad de los síntomas del TDAH en niños y adolescentes se evaluó por medio la escala de validación abreviada de Connors completado por padres de familia y el estrés familiar o la tensión se midieron a través del Índice de Tensión Familiar (FSI) que se completó por el padre o tutor.

Para el estudio se incluyeron 429 familias de niños diagnosticados con TDAH, representadas por el padre, la madre o el tutor. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de

¹⁵ SIPOS Roxana, *et al.*, «The Evaluation of Family Quality of Life of Children with Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactive Disorder», *Applied Medical Informatics*, Volume 30, Number 1, University of Medicine and Pharmacy Cluj-Napoca, Romania, 2012, pp. 1-8.

¹⁶ CARDONA Ledy Maryory y ALVIAR RUIZ Margarita María, «Familias atrapadas en la hiperactividad», *Revista Facultad de Trabajo Social*, Volumen 29, Número 29, Universidad en Medellín, Colombia, 2013, pp. 237-259.

las frecuencias y porcentajes para medir las variables cualitativas, con un intervalo de confianza al 95 por ciento para las variables cuantitativas, se utilizó la chi cuadrada (X^2) y el análisis de ANOVA para realizar una comparativa de las categorías a analizar. Se observó: a) mejoría en la puntuación global del FSI y en todas sus dimensiones ($p < 0.001$); b) mejoría en la intensidad de los síntomas de hiperactividad (Conners, $p < 0.0001$); c) una buena concordancia entre las 2 escalas, a los 2 meses (R-intraclase 0.825, $p < 0.0001$) y a los 4 meses de seguimiento (R-intraclase 0.784, $p < 0.0001$).

El 97.9 por ciento de los niños (420) recibieron tratamiento con metilfenidato de liberación modificada. Se observó una correlación significativa entre la evolución positiva de los síntomas de los niños con TDAH y la reducción del estrés familiar evaluado mediante el cuestionario FSI, tras la instauración del tratamiento psicofarmacológico. Este estudio demostró una gran sensibilidad al cambio de la situación clínica de los pacientes con TDAH evaluado a través del estrés producido sobre sus familias.¹⁷

La percepción que tienen los niños de la relación con sus padres tiene una gran importancia para su desarrollo social y afectivo. El TDAH tiene un efecto particularmente negativo sobre las relaciones familiares. Molina María Fernanda en el año 2014 para el VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología presentó una investigación donde se compararon tres grupos de niños de entre siete y trece años del Área Metropolitana Bonaerense: un grupo de niños diagnosticados (según criterios del DSM IV) como TDAH por un profesional especializado ($n = 31$), un grupo de niños derivados a psicoterapia sin el diagnóstico de TDAH ($n = 25$) y un grupo de niños que no realizaban tratamiento ($n = 44$). Los niños completaron la Escala Argentina de Percepción de la relación con los padres. Se utilizó el análisis de varianza (ANOVA) con pruebas post hoc de Bonferroni para comparar los grupos. Los resultados muestran que los niños con TDAH perciben un mayor control en la relación con su madre que los niños de los otros dos grupos.¹⁸

¹⁷ GUERRERO Pardo D., *et al.*, «Evolution of stress in families of children with attention deficit hyperactivity disorder», *Revista An Pediatr (Barc)*, Volumen 83, Número 5, Asociación Española de Pediatría, Madrid, España, 2014, pp. 328-335.

¹⁸ MOLINA María Fernanda, VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Argentina, 2014.

Antecedentes nacionales

En el año 2008 en la Universidad Veracruzana de México Rosalba Traffon Vicent y su colaborador Félix Guillermo Márquez Celedonio, realizaron un estudio prospectivo, observacional, comparativo, transversal, en la Unidad de Medicina Familiar No. 6 cuyo objetivo fue determinar el impacto familiar en escolares con TDAH. Se analizó un grupo de 87 familias con hijos con TDAH y un grupo control de 87 familias con niños no hiperactivos, ambos grupos en edad escolarizada, de sexo masculino y femenino sin patología crónica agregada. Para la medición se aplicó a uno de los padres el cuestionario de Impacto Familiar (FIQ) de Donenberg y Baker, el cual mide la percepción del impacto familiar.

Se realizaron medidas de dispersión, y la comparación de las diferencias entre los grupos se efectuó con la prueba U de Mann Whitney, así como la Chi-Cuadrada con correlación de Yates o prueba exacta de Fisher. En los resultados se observó que la escolaridad, edad de la madre, edad del padre, estado civil e ingreso familiar no se encontraron diferencias significativas entre los grupos, por el contrario, en el número de hermanos la mediana fue de 1 con un rango de (0-6) para el grupo con TDAH y una mediana de 1 con un rango de (0-3) para el grupo control. Los padres percibieron un mayor impacto familiar en las dimensiones de vida social, financiera, relación matrimonial, relación entre hermanos y dificultad para vivir con el escolar, y en cambio consideraron una menor influencia sobre la familia en el grupo de escolares con TDAH que en el grupo control. La dimensión de sentimientos y actitudes de los padres hacia el escolar fue la única similar en ambos grupos 25(17-41) grupo con TDAH y 26(17-34) con grupo control.¹⁹ Robledo Ramón Patricia y García Sánchez Jesús N. realizaron un estudio donde aplicaron encuestas para identificar la tipología de los alumnos y cuyo objetivo fue comparar el clima familiar, la implicación educativa parental y sus expectativas académicas en tres grupos de familias diferentes según la tipología de los hijos, y analiza si las percepciones de la realidad familiar difieren de padres a hijos. En el estudio participaron 87 familias de alumnos con dificultades de aprendizaje (N = 29), TDAH (N = 29) o rendimiento normalizado (N = 29). Los resultados indican que, en las familias de niños DEA o TDAH, la implicación educativa

¹⁹ STRAFFON Vincent Rosalba y Márquez Celedonio Félix Guillermo, «Impacto familiar del escolar con trastorno por déficit de atención e hiperactividad», Revista Médica de la Universidad Veracruzana, Volumen 8, Número 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 61, México, enero - junio 2008, pp. 22.

parental y sus expectativas son menores, hay mayor hostilidad hacia los hijos y el clima familiar es menos adecuado. Se confirman diferencias perceptivas padres-hijos.²⁰

Antecedentes locales

En el presente trabajo se abordan varias teorías que explican la actitud negativa y la falta de iniciativa de docentes y padres de familia de la ciudad de Zacatecas. Xóchitl Ixchel Chavira Hernández y colaboradores realizaron una investigación de tipo transversal, descriptivo, analítico, comparativo y correlacional, en la Universidad Autónoma de Zacatecas en el año 2010, cuyo objetivo general fue analizar los conocimientos, actitudes del educador y el padre de familia ante el niño con déficit de atención e hiperactividad en edad escolar.

Para la realización del estudio se utilizó una muestra por cuotas de doce docentes de cada una de las seis primarias elegidas del turno matutino del estado de Zacatecas las cuales son: Profa. María Soledad Fernández B., Valentín Gómez Farías, Francisco García Salinas, Miguel Auza, Prof. Francisco Berumen Varela y Revolución. De igual manera se eligieron a veinticinco padres de familia en cada escuela. Se implementó en diferentes etapas, la primera fue la aplicación de cuestionarios a docentes y padres, luego se practicó una intervención educativa a ambos grupos y, al finalizar, se retornó a aplicar los cuestionarios para medir su impacto. La información se procesó en el programa SPSS versión 15.0. Se llevó a cabo pruebas estadísticas: ANOVA, kolmogorov para muestras relacionadas y pruebas de independencia chi-cuadrada. Para todas ellas se considera una significancia estadística de $p \leq 0.05$.

Como resultado se obtuvo que el 55 por ciento de los docentes obtuvieron un nivel bajo y el 45 por ciento un nivel medio en conocimiento del déficit de atención e hiperactividad, con un 58 por ciento de actitud inadecuada, y el 85 por ciento de los padres de familia un nivel bajo en conocimiento. Conclusiones. Los docentes y padres de familia tienen una noción baja en relación a este trastorno, y por lo mismo tienen actitudes inadecuadas.²¹

²⁰ ROBLEDO Ramón Patricia y García Sánchez Jesús N., «Contexto familiar del alumnado con dificultades de aprendizaje o TDAH, percepciones de padres e hijos», Revista ESTUDIOS SOBRE EDUCACIÓN, Volumen 26, Número 1, Universidad de León, México, 2014, pp. 149-173.

²¹ Xóchitl Ixchel Chavira Hernández, *et al.*, «Conocimiento y actitudes del docente y padre de familia ante el niño con déficit de atención e hiperactividad en edad escolares en la ciudad de Zacatecas», Revista electrónica semestral especializada en el área de la salud, Volumen 1, Número 1, Universidad Autónoma de Zacatecas, México, 2010, pp. 59-79.

MARCO TEÓRICO

Determinantes psicosociales

Históricamente, los avances de la medicina han sido dominados por la creencia de que las enfermedades tienen una causa específica y si esta causa es eliminada, la enfermedad podrá ser prevenida o curada. La mayoría de las enfermedades de alto impacto social están multifactorialmente determinadas. En la práctica médica esto no es sencillo, en la mayoría de los casos el curso de la enfermedad es complejo e involucra un rango de factores con diferentes niveles de causalidad. La mayoría de las enfermedades y trastornos, que representan un alto impacto y una carga para la humanidad, tienen una causa multifactorial, determinantes y factores de riesgo y protección, que interactúan entre sí, en un complejo sistema biopsicosocial. Los problemas de salud mental y específicamente los trastornos mentales se desarrollan a partir de éste y rara vez es posible identificar una causa única; por otra parte, la naturaleza exacta de las interacciones causales que afectan estos trastornos es frecuentemente desconocida.

Una causa es definida como un agente interno o externo, que resulta de una condición o trastorno en una persona que es susceptible a padecerlo. Asimismo, un determinante es un factor que opera en un sistema biológico o social, que produce una probabilidad para desarrollar una enfermedad; típicamente, los determinantes son mejor entendidos en términos de poblaciones sanas. La población de riesgo son los individuos que son vulnerables a un determinante en particular. La salud mental es el resultado de la armonía entre los aspectos biológicos y sociales del individuo; el desequilibrio entre ellos genera como consecuencia un trastorno mental.

Para la mayoría de los mexicanos los progresos que se han observado en el campo de las neurociencias en el nivel internacional, en los últimos años, no han repercutido en términos de su salud mental. Los nuevos conocimientos básicos, clínicos y terapéuticos acerca de los trastornos mentales, no han tenido el impacto esperado, porque no han podido llegar a las poblaciones con problemas de salud mental que lo necesitan; esto ha hecho que inclusive algunos trastornos se hayan incrementado de manera considerable. El concepto de salud mental no sólo es la ausencia de enfermedad, sino la capacidad del individuo y el grupo social para interactuar entre sí y con el medio ambiente, logrando el máximo bienestar individual y colectivo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud mental como la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar el uno con el otro de forma tal, que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de las habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales), la adquisición de las metas individuales y colectivas en forma congruente con la justicia y la adquisición y preservación de las condiciones de equidad fundamental. El inicio de un trastorno mental puede ser súbito; sin embargo, en la mayoría de las ocasiones suelen ser lentos y paulatinos y pueden ser desencadenados por una situación de intenso estrés y en otras se comportan como una enfermedad crónica. La detección temprana e intervención oportuna pueden cambiar drásticamente el curso de la mayoría de éstos, reduciendo significativamente la discapacidad que generan.

Los factores psicosociales son aquellos que están relacionados con el medio ambiente físico y social; éstos, siempre han estado presentes como condicionantes, en diversa medida, de la salud mental. La modernidad económica ha producido grandes logros y avances en la vida del país, pero también ha provocado intensos desequilibrios regionales, crecimiento explosivo de la población, así como la consecuente sobreexplotación de los recursos naturales; esto ha modificado la distribución territorial a partir de intensos flujos migratorios, campo-ciudad. Esta situación ha producido, además de una marcada polarización social, una demanda creciente y compleja de los grupos sociales para replantear sus valores, costumbres y estilos de comportamiento, lo que repercute de manera importante en la calidad de vida y en el bienestar de las familias y de la sociedad en su conjunto.

Se ha demostrado la relación entre la exposición a factores psicosociales y la salud en general; esto tiene su origen en la agresión hacia el individuo provocada por la inseguridad y tensión que se produce en el contexto físico y social. Este proceso daña la convivencia humana, propicia la aparición y mantenimiento de diversos fenómenos sociales como pobreza, violencia urbana, violencia familiar, fuerte presión en el lugar de trabajo, inseguridad de empleo, bajo apoyo social, conductas adictivas, desintegración familiar, niños en situación de calle, explotación sexual y abuso físico de menores, entre otros, así como el incremento de los problemas epidemiológicos del subdesarrollo como la desnutrición e infecciones, que se mezclan con las enfermedades originalmente propias del primer mundo.

Los determinantes de la salud que operan en una comunidad se traducen en factores de riesgo y de protección que influyen en la salud física y mental de los individuos que la integran. Los factores protectores son las condiciones, situaciones o características de la persona, familia

o grupo social que funcionan como mecanismos para proteger o para potenciar sus capacidades y que les permite estar fortalecidos ante las situaciones de riesgo o cuando se encuentran en una situación de adversidad. Éstos moderan el impacto del estrés y regulan los síntomas transitorios para lograr el bienestar físico y psicosocial, además de reducir la posibilidad de que se presente un trastorno.

Los factores de riesgo son todas aquellas condiciones que propician que un trastorno mental se desarrolle y pueda agravar las circunstancias, el estado de salud físico, emocional o social de la persona, familia o comunidad expuesta a los factores biológicos y psicosociales. Los factores de un solo riesgo pueden tener diversos niveles de impacto y crear combinaciones de gran efecto interactivo, por lo que la exposición prolongada a varios factores de riesgo tiene un efecto acumulativo. Las cadenas de riesgo operan a través del tiempo para aumentar la vulnerabilidad, como es el caso de la pobreza; sin embargo, existen otros que pueden precipitar la aparición de algún trastorno, como es el caso de la falta de atención a los hijos por parte de los padres. A continuación, se muestra una lista de los principales factores.

TABLA 1. Factores protectores que influyen favorablemente en la Salud Mental de los individuos (Especialmente los niños)

Individuales	Familiares	Escolares	Sociales	Eventos
1. Alimentación adecuada	1. Padres que proveen cuidado y ayuda	1. Sentimientos de pertenecía	1. Relación cercana con una persona significativa (compañero/ mentor)	1. Relación cercana con una persona significativa (compañero/ mentor)
2. cercanía o apego con la familia	2. Armonía familiar	2. Clima escolar positivo	2. Oferta de oportunidades en momentos críticos o en cambios importantes	2. Oferta de oportunidades en momentos críticos o en cambios importantes
3. Inteligencia superior a la media	3. Familia segura y estable	3. Grupo de pares prosocial	3. Seguridad económica	3. Seguridad económica
4. Logros escolares	4. Familia pequeña	4. Colaboración y apoyo	4. Buena salud	4. Buena salud
5. Habilidades en la resolución de problemas	5. Más de dos años entre embarazos	5. Responsabilidades	5. Acceso al mercado laboral	
6. Autocontrol	6. Responsabilidades en la familia (de adultos y niños)	6. Oportunidades de éxito y reconocimiento de logros	6. Vivienda digna	
7. Habilidad social	7. Relación de apoyo con otro adulto (de un niño a otro adulto)	7. Reglas en la escuela en contra de la violencia		

8. Habilidades de relación	8. Normas y moral sólidas en la familia			
9. Optimismo	9. Comunicación afectiva			
10. Creencias morales	10. Expresión emocional			
11. Valores				
12. Autoestima				

FUENTE: Promotion, Prevention and Early intervention for Mental Health. A Monograph 2000. National Mental Health Strategy, Canberra, Australia.

La pobreza como reflejo de mala nutrición, carencia de servicios básicos, marginalidad, acceso limitado a los servicios educativos y de salud, repercute directamente en la salud mental del individuo, impactando directamente en las condiciones de vida de la familia y de la sociedad. Este es un problema complejo, en el que la dimensión de la carencia, la privación o la marginalidad son los rasgos que habitualmente se destacan:

Vulnerabilidad social: Condición de las familias, grupos o personas que, debido a su edad, género, origen étnico, limitaciones físicas, presentan mayores riesgos en su salud, en su integridad física, mental o moral y en su desarrollo como personas plenas.

Exclusión social: Efecto final en que se ven afectadas las personas por falta de acceso a los bienes y servicios, sea por vínculos débiles con el mercado o bien con las prestaciones sociales.

Bajo este contexto e independientemente de las estadísticas que sitúan a grupos de población en pobreza y pobreza extrema, los últimos años se han caracterizado por el incremento de problemas sociales asociados al desarrollo del ser humano, a su salud y más concretamente a su salud mental. Encuestas recientes han demostrado que las familias pobres tienen una mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad; los niños que viven en la pobreza se encuentran más expuestos a enfermedades, estrés familiar, apoyo social inadecuado y a la depresión de los padres. La pobreza se asocia con la falta de apoyo y de estimulación, ambientes caóticos, estrés psicológico y bajo control en la familia.

Las familias mexicanas se encuentran en un complejo momento de transición debido al cambio de los roles en el hogar y a una doble carga para las mujeres, en la que además de cumplir con las labores del hogar, aportan una mayor contribución económica; esto ha provocado un incremento en su intervención en las decisiones familiares, pero también ha generado un desfase mayor entre las expectativas de comportamiento de hombres y mujeres y las realidades domésticas, que estalla en diversas situaciones de violencia intrafamiliar, que en la mayoría de los casos recae directamente sobre las mujeres y los menores de edad. Asimismo, la mayor

participación de las mujeres en el mundo del trabajo incrementa a su vez el número de menores que crecen al margen del cuidado y la vigilancia de ambos padres, así como de aquellos que ingresan de manera temprana al mercado informal de trabajo.

El niño de la calle es todo menor que depende o está en condiciones de depender de su propia actividad en la calle para sobrevivir; de igual modo existen menores que trabajan en la calle para contribuir al ingreso familiar, llamados también niños en la calle. El «Estudio de niñas y niños y adolescentes trabajadores en cien ciudades» realizado por DIF-UNICEF en 1997, permitió identificar que en catorce ciudades del país se concentra el 45 por ciento de los niños trabajadores en situación de calle. Los resultados de este estudio indican que 114,947 menores de diecisiete años trabajan y/o viven en las calles de las principales ciudades del país. Con su inclusión en el mercado laboral, los niños y jóvenes de hogares más desfavorecidos se encuentran en condiciones de enorme desventaja, pues trabajar para contribuir al ingreso familiar les impide asistir a la escuela; esta falta de preparación se convierte en un obstáculo para superar, en el futuro, sus precarias condiciones de vida.

Estos niños y jóvenes viven continuamente expuestos al uso de drogas, a la violencia social, al abuso sexual, a la prostitución, a la explotación y a las enfermedades transmitidas por vía sexual; entre las secuelas que esta situación deja en los menores se encuentran el retraimiento emocional, la ansiedad, la depresión y los problemas para relacionarse, entre otros. En suma, estos niños habitan en condiciones de alto riesgo, que les impiden romper con el círculo intergeneracional de la pobreza y enfrentan adversidades que pueden ocasionarles trastornos en su salud física y mental.

La maternidad y paternidad adolescentes son fenómenos de actualidad que cuentan cada vez con mayor atención por parte de las políticas públicas en México y en otros países, debido a las implicaciones que tiene en el ámbito de la salud, la psicología, la educación, la economía y la integración social de la madre, su hijo y su pareja. Son innumerables los factores involucrados en el embarazo en la adolescencia: falta de información sobre educación sexual y reproductiva, familias disfuncionales, consumo de drogas, reproducción de patrones culturales, falta de oportunidades de desarrollo para los jóvenes y la presencia de problemas mentales como el trastorno por déficit de atención, entre otras.

Las mujeres que inician la maternidad en esta etapa de su vida ven reducidas las posibilidades de permanecer en el sistema educativo o de incorporarse al mercado de trabajo. La mayoría de las madres adolescentes tiene que abandonar sus estudios, sea por cuestiones

personales, presiones familiares o por discriminación escolar. Enfrentan situaciones de conflicto, que les significan cambios fundamentales en su condición y las exponen a experiencias de vida con soledad, dolor emocional, intolerancia y tensiones emocionales fuertes que las afectan tanto a ellas como a sus hijos.²²

Determinantes Sociales de la Salud

Se considera a las Determinantes Sociales de la Salud (DSS), como las circunstancias en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local que dependen a su vez de las políticas adoptadas. Las DSS explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades, persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales:

1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
3. Medición y análisis del problema.²³

A escala mundial, no menos de 200 millones de niños no se desarrollan plenamente. Ello tiene enormes consecuencias para su salud y para la sociedad en su conjunto. Invertir en los primeros años de vida es una de las medidas que con más probabilidad permitiría reducir las inequidades sanitarias. Es importante destacar que existen diversas definiciones de estos determinantes y sus propuestas de elementos a investigar. En primer lugar, la OMS a través de la CDSS enfatiza la necesidad del estudio de:

²² PROGRAMA de Acción en Salud mental, «Trastorno por déficit de atención e hiperactividad», PASM 2, Conceptos Generales: Salud mental, Capítulo 2, consultado en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_intro.pdf, el 27 de noviembre de 2015.

²³ ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud, «Determinantes Sociales de la Salud», http://www.who.int/social_determinants/es/. Consultado el 14 de noviembre de 2015.

1. El desarrollo del niño en la primera infancia
2. La globalización
3. Los entornos urbanos
4. Los sistemas de salud
5. Las condiciones de salud pública prioritarias
6. Las condiciones laborales
7. La exclusión social
8. El género.

No obstante, la relevancia de esta perspectiva, y la necesidad de estudiar las condiciones sociales que afectan la salud, observamos que dicho enfoque es poco conocido o no tomado en cuenta en el ámbito biomédico; de tal forma que problemas del desarrollo, neuroconductuales y de salud mental en niños, por lo general se abordan desde un modelo médico-clínico, lo cual se ha comprobado que resulta reduccionista y limitado. Así, se ha observado que, dentro de los trastornos del desarrollo infantil, el TDAH se ha convertido en un problema común, que se diagnostica con bastante frecuencia en el campo de la salud mental infantil (incluso por el área de pediatría, psiquiatría y psicología infantil).

Por otra parte, la importancia otorgada a los problemas neuroconductuales en los niños, específicamente al TDAH ha ido en aumento; prueba de este interés son las numerosas publicaciones que existen respecto al tema. Se estima que aproximadamente un diez por ciento de los niños escolares presentan problemas de aprendizaje y de conducta, y dentro de este grupo el que consideran «más seriamente afectado» es el del TDAH, de tres a cinco por ciento de la población escolar. En México, la población infantil se calcula en aproximadamente 33 millones, de los cuales se considera que un 15 por ciento tiene algún problema de salud mental. Lo anterior refleja que aproximadamente 5 millones de niños presentan trastornos mentales y de éstos 2.5 millones requieren de atención especializada. Se considera que el TDAH afecta entre el cuatro y 12 por ciento de la población escolar.

Resulta evidente entonces que para el estudio del TDAH, como de otros trastornos del neurodesarrollo y de salud mental infantil, es necesario un modelo que sea capaz de superar tanto las posturas reduccionistas como las exclusionistas, que son las que prevalecen y dominan en el modelo biomédico. Es necesaria una perspectiva que además de proveer las bases para la comprensión de las determinantes sociales de las enfermedades, llegue a tratamientos racionales

y modelos de cuidados de salud, y que igualmente tome en consideración al paciente, el contexto social donde vive y el sistema complementario ideado por la sociedad para tratar con los efectos perjudiciales de las enfermedades; esto es, el papel del médico y el sistema de cuidados de salud. Para ello, es necesario no sólo atender «el trastorno», sino, además, cómo es experimentado por los niños, sus familias, maestros y la sociedad; y de qué manera les afecta. Las condiciones enriquecedoras de los entornos donde los niños crecen, viven y aprenden padres, cuidadores y familia impactarán su desarrollo de modo significativo; y que los recursos sociales y económicos constituyen los rasgos más importantes del entorno familiar. Las condiciones socioeconómicas de la familia están relacionadas con la capacidad para proveer otros recursos, tales como atención sanitaria y cuidado infantil de alta calidad que inciden profundamente en un desarrollo saludable.²⁴

Relaciones intrafamiliares

Apoyo familiar

Si hacemos un análisis retrospectivo de las diferentes sociedades existentes podemos apreciar que el origen histórico de la familia se remonta al origen mismo del hombre primitivo. Las familias están presentes en las diferentes sociedades y en todos los tiempos, matizadas por el modo y estilo de vida de cada época. Se quiere conocer acerca de un país o de una sociedad, se debe estudiar cómo vive y actúa la familia, se desea prever el futuro de una sociedad si es posible saber bastante de ella observando las familias, el objetivo es reflexionar sobre la identidad personal, por qué se es de una forma y no de otra, por qué se actúa de esta manera, por qué se orienta en determinado sentido, gran parte de estas respuestas está en la historia familiar de cada uno.

La reflexión acerca de la importancia de la familia para el individuo, para la sociedad y en especial para el proceso Salud-Enfermedad, siendo significativo plasmar algunas reflexiones relacionadas con la Salud Familiar. Un aspecto importante a tener en cuenta es el referente a la aceptación del vocablo familia. Con relación a este término, muchas definiciones pudieran

²⁴ FIGUEROA Duarte Ana Silvia Y Campbell Araujo Óscar Alberto, «Determinantes sociales de la salud; su relevancia en el abordaje de los problemas de salud mental infantil, El Caso del TDAH», Revista Bol Clin Hosp Infant Edo Son, Volumen 31, Número 2, Hermosillo Sonora, México, 2014, pp. 66-76.

citarse, pero todas parten de diferentes enfoques teóricos metodológicos. El término familia puede definirse según los sociólogos como un grupo social primario inmerso en la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, dotando a éste de características materiales, genéticas, educativas y afectivas.

Según los demógrafos la familia puede definirse por el grado de parentesco dado por el matrimonio consanguíneo o adopción; entonces todas las personas que viven bajo el mismo hogar constituyen una familia, en tanto satisfacen necesidades comunes. Con relación a la estructura podemos referirnos al criterio de consanguinidad dado por vínculos conyugales o consanguíneos, el criterio cohabitacional dado por cohabitar bajo el mismo techo, y el criterio afectivo dado por la existencia de un núcleo de relaciones afectivas estables.

Para Horwitz la familia es una unidad de atención médica, que incluye a todas las personas que conviven en una misma unidad residencial, entre las cuales existen lazos de dependencia y obligaciones recíprocas, y que, por lo general, están ligadas por lazos de parentescos. La definición expuesta por Wynne refiere que la familia es un sistema social único y primario en permanente interacción con los demás sistemas sociales primitivo y secundario. En ella encontramos los gérmenes patógenos que podemos detectar a la luz de los conocimientos del psicodinamismo del grupo familiar.

A partir de la década de los 60 uno de los enfoques utilizados en la familia parte de la teoría general de los sistemas. Este enfoque considera que el sistema es un conjunto de elementos de interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, pero éste no es reducible en sus partes, y su función es más que la simple suma de ellos. Así entonces la familia es un sistema compuesto por un conjunto (grupo) de personas (elementos) que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno afecta al otro, y al grupo y viceversa.

Otro enfoque sobre la definición del término de familia, es el de Raymundo Macías; este investigador, considera que la familia es un grupo de adscripción natural de seres humanos con o sin lazos de consanguinidad, de pertenencia primaria y que conviven habitualmente bajo el mismo techo, que comparten la escasez o la abundancia de sus recursos de subsistencia y servicios y que, al menos en alguna etapa de su ciclo vital, incluye dos o más generaciones. Las características relacionadas con el grupo familiar que debemos determinar son su composición, según el parentesco y el tamaño de la familia. Uno de los ejes de clasificación utilizados en el estudio de la familia es el de la consanguinidad, refiriéndose a la familia nuclear, la que está

constituida por padres e hijos; y la familia extendida o ampliada, donde se incluyen más de dos generaciones y otros miembros.²⁵

Una de las funciones que desempeña la familia es la económica, que comprende actividades de abastecimiento, consumo y protección, tendientes a la satisfacción de las necesidades básicas individuales. Otra función es la biológica, que se expresa a través de la reproducción, la necesidad de procrear hijos, que condicionará la composición de la familia. Desde una perspectiva social vista como la función que garantiza la reproducción poblacional. La familia tiene la tarea de preparar a los miembros para enfrentar cambios (crisis) que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar modificaciones estructurales y funcionales, e inciden en el bienestar de la Salud Familiar.

Existen familias que asumen estilos de afrontamientos ajustados ante determinadas situaciones conflictivas, son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionen salud y bienestar; pero hay otras que no pueden enfrentar las crisis por sí solas, a veces pierden el control, no tienen las suficientes fuerzas, y manifiestan desajustes, desequilibrios, que condicionan cambios en el proceso Salud-Enfermedad y específicamente en el funcionamiento familiar.²⁶

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 (p.ej., trastorno negativista-desafiante, trastorno disocial y trastorno por déficit de atención-hiperactividad) son más comunes en las familias disfuncionales y en ambientes con niveles elevados de adversidad crónica.

El TDAH ha sido definido como un trastorno del autocontrol, caracterizado clínicamente por dificultades en el rango de atención, exceso de actividad motora y deficiencias en el control de los impulsos (APA, 2000; Barkley, 1997)^(27,28). El TDAH es una de las principales razones por

²⁵ ALMENARES Aleaga M. Bernal L. Ortiz María. T. Comportamiento de la Violencia Intrafamiliar en la Zona de Jaimanitas. Tesis para optar por la maestría de Salud Pública. 1997, citado de: ORTIZ Gómez María Teresita, «La Salud Familiar».

²⁶ ORTIZ Gómez María Teresita, «La Salud Familiar», Revista Cubana Med Gen Integr, Volumen 15, Número 4, Trabajo de Revisión, Cuba 1999, pp. 439-45.

²⁷ AMERICAN Psychiatric Association. «Diagnostic and statistical manual of mental disorders», 4ª edition, Text review (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

²⁸ BARKLEY, R., «ADHD and the nature of self-control», Nueva York: Guilford, 1997.

la que acuden los niños a los servicios de salud mental; está asociado a alteraciones significativas en el funcionamiento social, tanto de los niños como de sus padres, afectando la cantidad y calidad de interacciones en las cuales un niño hiperactivo se involucra.

La crianza de un niño que es excesivamente inquieto, con falta de atención e impulsivo ofrece numerosos retos, y los padres de niños con TDAH usualmente reportan altos niveles de frustración en sus intentos de manejar y controlar su conducta, siendo la gravedad de las dificultades de los niños un factor importante de la situación estresante. La disfuncionalidad familiar es mayor para los padres de niños con TDAH que para los padres de otros niños y está consistentemente asociada con las alteraciones conductuales, con la gravedad del TDAH y con la persistencia de los síntomas del TDAH en los niños.

Los padres de niños con TDAH son tres veces más propensos a separarse o divorciarse que padres de niños sin TDAH (Barkley, Fischer, Edelbrock y Smallish, 1991)⁽²⁹⁾ y suelen estar más aislados. 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; 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, hacia las actividades intelectuales y culturales, 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.

Los 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

²⁹ BARKLEY, R.A., *et al.*, «The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria--III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology», *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, Volume 32, Number 1, 1991, pp. 233-255.

evidencia para la hipótesis de que las prácticas de crianza 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. 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 e hijos, es importante examinar la relación entre el ambiente familiar y esta condición clínica.³⁰

Conocimiento del TDAH en el ámbito familiar

La familia es clave en la adaptación e integración social del niño con TDAH. El entorno familiar va a ser decisivo tanto en el pronóstico y desarrollo del TDAH como en el cambio de los diferentes síntomas de los niños hiperactivos. Existen una serie de conocimientos y pautas importantes que los padres tienen que tener presentes para poder ayudar a estos niños en el entorno familiar, escolar y social. En primer lugar, es muy importante que los padres tengan muy buena información sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del TDAH. Por ello es muy aconsejable que los progenitores manejen ciertos datos que detallamos a continuación:

1. Información lo más amplia posible de los síntomas del TDAH. Esto ayudará a mejorar desde un principio las relaciones familiares y, a que disminuya en los padres la ansiedad producida por la falta de información sobre dicha enfermedad.

2. Una información rápida del diagnóstico prematuro del TDAH permitirá a los padres obtener una información precisa y rápida sobre la gravedad del trastorno, el pronóstico, las pautas y el tratamiento que se debe seguir.

3. Buena información de los profesionales implicados en el tratamiento de su hijo, lo que permitirá a los padres tener un mayor conocimiento sobre las consecuencias del tratamiento farmacológico. Los síntomas de TDAH afectan al aprendizaje, a las habilidades sociales, a la falta de control de impulsos, y a la hiperactividad.

4. Buena relación con los profesores que están en relación diaria con su hijo con TDAH. Esto les ayudará a tener una información precisa y clara sobre el comportamiento escolar del niño con TDAH, así como de los avances del proceso de aprendizaje escolar. Por otro lado, incrementará el grado de satisfacción entre padres y profesores y contribuirá a mejorar, adaptar

³⁰ MONTIEL Naval Cecilia, *et al.*, *opcit*, pp. 297-310.

y precisar los premios y refuerzos familiares para una mejor integración social de su hijo con TDAH.

Para un correcto tratamiento del niño hiperactivo es necesario conocer la forma de ser, su personalidad, los intereses familiares, emocionales y sociales del pequeño. Esto permitirá a los padres una labor mucho más productiva: el acercamiento a los niños con TDAH debe ser desde la propia personalidad e intereses del niño y no desde los síntomas propios de este trastorno. Es verdad que los síntomas del TDAH tales como una mayor búsqueda de novedad, el interés en lo inmediato, en el «aquí y ahora» van a modificar los criterios de trabajo con estos niños; pero si se conocen bien las características psicológicas de los mismos, será mucho más fácil y más efectivo. Este conocimiento global del niño se adquiere con la observación diaria del comportamiento del pequeño y con la información por parte de psicólogos, psicopedagogos y maestros que están en contacto con el niño.

El conocimiento propio de la forma de ser de cada uno de los padres, los intereses, la personalidad, la forma de comunicarse, no solamente en familia sino socialmente, son clave para la mejora del trato entre padres e hijos con TDAH. Los padres tienen que saber que su incidencia en los niños con TDAH es muy importante y que la forma de llevarlo a cabo decidirá la calidad de la misma. No es que los padres modifiquen su personalidad o forma de ser, sino que el conocimiento de la misma sirva para mejorar la relación con su hijo con TDAH.

Si el padre, por ejemplo, sabe que cuando está cansado después del trabajo siempre se enfurece por cualquier cosa, es mejor que la madre tome la relación con el hijo y deje que el padre lo haga cuando no esté cansado. Si un padre tiene buenas habilidades manipulativas, es mejor que en los ejercicios que exijan estas capacidades sea el padre el que las realice con el niño con TDAH. Un padre que llegue a casa ansioso, nervioso, inquieto, inestable emocionalmente, no debería hacer los deberes ese día con su hijo hiperactivo. Otra cosa importante: los padres con personalidades muy fuertes, exigentes, rígidos, no son de buena ayuda para las relaciones diarias en la modificación de hábitos o conductas de los niños con TDAH.

No cabe la menor duda de que no es posible cambiar la personalidad de los padres; y que probablemente los hijos tengan la misma o parecida personalidad de los padres. Pero sí que es posible que los padres tomen conciencia de que cuando tengan que comunicarse o interactuar con sus hijos con TDAH, tienen que poner suma atención para que la

comunicación sea buena. ¿Y qué significa buena? Una comunicación dentro de un contexto de tranquilidad, con un lenguaje positivo y sosegado; todo esto acarrea un esfuerzo de atención por parte de los padres para que la comunicación sea buena y productiva.³¹

Existen indicadores para el manejo-riesgo del TDAH por parte de los padres; estos indicadores deben entenderse como un continuo, donde un extremo se sitúa las posturas más radicales que implican riesgo y en el extremo opuesto, las posturas más radicales que indican manejo y funcionalidad. Lógicamente cada persona y cada familia se sitúan en un punto de este continuo, un punto en que ocasiones varía, se modifica con el tiempo y las circunstancias.

a) Reconocimiento y aceptación de la existencia de un problema. Indicador de manejo: ambos padres aceptan la existencia de un problema y aprenden a convivir con el TDAH. Indicador de riesgo: la negación del problema, bien por uno o por los dos progenitores. Esto siempre provoca una invasión del trastorno a muchas áreas de la vida de la familia.

b) Capacidad de los padres para REPARTIR las tareas y las responsabilidades en la crianza y educación, así como para COMPARTIR las tareas que implican la existencia del TDAH. Indicador de manejo: reparto del trabajo y tareas de crianza y cuidado del hijo, general y específico que implica el TDAH. Indicador de riesgo: sobrecarga de uno de los padres y ausencia del otro progenitor.

c) Participación en una red de apoyo específica. El indicador de manejo viene determinado por el uso de esta red de apoyo, formada por asociaciones, grupos de apoyo, etc., relacionados con el TDAH y que puedan proporcionar, cuando la familia lo desee, un recurso. El indicador de riesgo se sitúa en el extremo contrario: padres que nunca toman contacto con estos recursos porque niegan el problema, porque sienten vergüenza o porque piensan que ellos lo pueden todo.

d) Conocimiento y formación específica sobre el TDAH. Indicador de manejo: los padres dedican tiempo y esfuerzo personal en conocer los aspectos relacionados con el TDAH, buscan lecturas recomendadas por profesionales, consultan dudas, piensan y planifican, incorporando estrategias específicas al uso diario. Indicador de riesgo: los padres no se preparan para manejar el TDAH, piensan que es suficiente con los conocimientos que tienen.

³¹ TDAH: Como influye la Familia en el niño hiperactivo, «Conocer la personalidad del niño y de los padres ayuda a mantener la calma», Desarrollo Infantil, consultado en: <http://www.desarrolloinfantil.net/desarrollo-psicologico/tdah-como-influye-la-familia-en-el-nino-hiperactivo>, el 28 de noviembre de 2015.

e) Compromiso con el Sistema Escolar y con el Sistema Sanitario. El indicador de manejo por parte de los padres, viene determinado por su compromiso en apoyar incondicionalmente a los diferentes profesionales con los que se relacionan ellos y sus hijos (maestros, especialistas, médicos). Cuando los padres, en mayor o menor medida, rechazan estos profesionales, los critican o los infravaloran, se colocan en una posición de riesgo para manejar adecuadamente el TDAH.

f) Funcionamiento personal, como pareja y como padre/madre al margen del TDAH y sus implicaciones. Indicador de manejo: los padres viven para muchas cosas, además de para el TDAH. Dedicar tiempo y atención a actividades personales, tiempos de ocio, proyectos e ilusiones. De esta manera, los padres tienen oportunidades de colocar el trastorno, impidiendo que éste invada otras áreas vitales. Indicador de riesgo: el TDAH invade, emocional, temporal y espacialmente, la vida de la familia, hasta el punto de que los padres pierden progresivamente la ilusión por hacer otro tipo de cosas al margen del trastorno.

Expresión

La comunicación es, en la sociedad en la que vivimos, un elemento de máximo interés para múltiples sectores. Se convierte en objeto de estudio tanto en el ámbito de las comunicaciones en general: radio, televisión, prensa escrita, internet, como en el resto de subsectores empresariales que la observan como un elemento que incide en la producción y el beneficio. También es la piedra angular en la esfera escolar, porque tiene que ver con la adecuación de la Escuela a las funciones que la sociedad demanda de ella. Pero pese al tratamiento masivo que el tema recibe actualmente, la verdad es que el interés por los procesos comunicativos no es nuevo. Siempre ha sido un elemento de estudio atrayente dado que a las capacidades comunicativas del ser humano se las reconoce como herramientas que han posibilitado la supervivencia y el progreso de la especie.

La comunicación en el espacio de la familia se dirigió en una lógica comprensible hacia lo que se presentaba como el origen de la comunicación grupal y social en busca de los elementos clave que explicasen esos procesos. Sin embargo, parece más extraño, aunque únicamente a primera vista, aproximarnos al estudio del ámbito de la comunicación dentro de la esfera familiar bajo la pregunta de “cómo” debe hacerse, dado que la práctica eficiente en estas habilidades parecería connatural a este espacio social. Los diferentes cambios que ha

experimentado la familia en los últimos tiempos hacen necesario revisar las concepciones de la comunicación intrafamiliar. Estos cambios son los que hacen que muchos padres se cuestionen cuál debe ser el modelo comunicativo que hay que seguir y cómo hacer para construir la estructura de esa comunicación efectiva.

La familia debe ser entendida como una comunidad, como un grupo donde las relaciones entre miembros tienen un profundo carácter afectivo y son las que marcan la diferencia respecto de otro tipo de grupos. Bajo esta perspectiva, las reacciones emocionales en el contexto familiar son una fuente constante de retroalimentación de las conductas esperadas entre los miembros de la unidad familiar.

El fin del proceso es de expresión, es modelar al otro. En el caso de la familia, este proceso no crea un auténtico espacio común para el intercambio comunicativo, aunque este discurso también tiene su momento en el desarrollo de la relación familiar. Para los miembros de una familia supone la posibilidad de no quedarse al margen de las otras esferas sociales de la vida de cada uno. Es muy importante entender que los procesos que generan auténtica comunicación y por lo tanto enriquecimiento y crecimiento de las personas y de las comunidades que conforman son los dialógicos.

El problema se complica cuando observamos que instituciones como la familia o la escuela siguen manteniendo, para conseguir sus objetivos, una estructura comunicativa de tipo informacional en la que los hijos y los alumnos no consiguen manejarse bien y se encuentran desmotivados, entre otras cosas, porque el mundo “real” en el que viven fuera de ellas no es así. La consecuencia es que se produce, desde la perspectiva paterna, una situación de frustración constante al no disponer de herramientas eficaces para conseguir esa plataforma comunicativa que es la que permite la eficacia de los procesos formativos. De esta manera entendemos que no solamente es conveniente establecer un ambiente comunicativo dentro de la familia por cuestiones de convivencia y de carácter emocional, la familia además, debe contribuir a la adquisición y al dominio de competencias sociales dentro de un nuevo marco social (marcado por una nueva tecnología) y los procesos dialógicos ayudan en buena medida a conseguir este fin.³²

³² CRESPO Comesaña Julia María, «Bases para construir una comunicación positiva en la familia», Revista de Investigación en Educación, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, 2011, pp. 91-98.

Dificultades

Los conflictos son situaciones desagradables e incómodas que tendemos a evitar por lo que tienen de negativo, pero que se dan muy frecuentemente. Por esto es indispensable aprovechar inteligentemente el conflicto para provocar un cambio positivo. Lo que se debe evitar no es el que no haya conflicto, sino el estado constante y permanente de las tensiones. Hacerse cargo de las dificultades, conflictos y desavenencias, es un síntoma de madurez. Resolverlos fortalece la estructura familiar, aumenta la cohesión y el sentimiento de pertenencia de los miembros que la forman y poco a poco se van adquiriendo nuevos recursos y mayor eficacia a la hora de afrontar situaciones nuevas.

La convivencia en la familia es un arma de doble filo: cuanto más estrecha e íntima es la relación, más conflictiva se vuelve. Las personas, como seres sociales que somos, no tenemos otro remedio que vivir con los nuestros: padres, hermanos, abuelos, etc. Lo ideal sería que esa convivencia fuera armoniosa, pacífica y positiva. Pero la realidad es otra, día a día el clima familiar se torna con cierta frecuencia y normalidad gris, crispada y tormentosa.

Que la unión hace la fuerza es cierto, pero no lo es menos reconocer que también provoca conflictos, desavenencias y discordia. Es la gran paradoja que se vive en el seno familiar. En cada una de las etapas de construcción de la vida familiar en la que todos nos vemos implicados, necesariamente se da una estrecha colaboración y coparticipación en nombre de una labor en común que es el interés familiar. Pero ese mismo esfuerzo solidario es el que genera una competencia entre los miembros de la misma, originándose así el conflicto. Y es que realmente en la familia es donde se viven, de un modo situaciones más intensas, que, en ninguna otra institución social, el antagonismo entre el interés individual y el colectivo, entre la autonomía y la convivencia.

Lo que desencadena el conflicto familiar es la diversidad de las personas que conviven en ella, las diferentes vivencias y los diversos intereses personales. Aunque todos, alguna vez coincidamos en el modo de pensar, sentir, percibir un hecho o situación determinada, muchas más son las veces en que aparecen nuestras discrepancias. Todos en cualquier momento, nos ponemos furiosos y tenemos necesidad de discutir, pelear, y esto es normal que le ocurra a cualquier persona. Y es que los problemas, dificultades y desavenencias que surgen día a día en

la relación conyugal, filial, fraternal, etc., son inevitables e inherentes a todo proceso interpersonal y lógicos en toda evolución, y desarrollo.³³

Impacto familiar

El contexto familiar tiene un papel fundamental en el curso del TDAH, la disfunción familiar puede constituir un factor de riesgo que interactúa con la predisposición del niño, y exacerbar la presentación de los síntomas y su continuidad. En este marco, los factores familiares no se consideran como la causa original del TDAH, pero sí se cree que mantienen e incluso amplifican la sintomatología de éste en el curso del desarrollo. Los estilos disciplinarios altamente directivos y hostiles o excesivamente permisivos, las psicopatologías de los padres y el abuso de drogas, por ejemplo, no facilitan la interiorización de las reglas sociales y se han asociado con una competencia autorregulatoria deficiente en los niños con TDAH.³⁴

La aparición de una enfermedad en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición, podría considerarse como una crisis dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros. Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente e inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo, en este caso del niño con sospecha de TDAH, así como la funcionalidad del sistema familiar.

Los cambios que se producen en la familia en relación con el trastorno no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características de las familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra el trastorno para ese grupo en específico y la historia familiar. Durante todo el proceso del trastorno, la familia sufre al igual que el paciente y se pueden generar cambios catastróficos dentro del seno familiar. El trastorno puede considerarse como una crisis debido a la capacidad que tiene de desorganizar un sistema familiar.

³³PLAN de Formación. Fraternidades. Eje Antropológico, provincia americana central. eprints.ucm.es/10994/1/Guia_CM_Como_resolver_iso_conflictos. Consultado el 19 de junio del 2017.

³⁴PRESENTACIÓN Herrero M.J., *et al.*, *opcit*, 137-138.

Dentro de las respuestas al trastorno adaptativas que genera la familia, se pueden observar las de orden afectivo que incluyen aspectos como negación, ira, tristeza o depresión; la negación de roles y la flexibilización de roles. También se observan los ajustes de tipo económico, en los cuales resulta indispensable considerar la pérdida de capacidad económica de la familia por concepto de consultas, medicamento, además de la redistribución y acondicionamiento de espacios y el tipo de alimentación, que en el caso de familias de escasos recursos es un conflicto grave, siendo importante considerar las respuestas adaptativas de la familia en función del ambiente social deteriorado, pudiendo afectar de manera positiva o negativa al niño con sospecha de TDAH.

Factores que condicionan el impacto del trastorno en la familia

1. Etapa del ciclo vital
2. Flexibilidad o rigidez de los roles sociales
3. Cultura familiar
4. Nivel socioeconómico y problemas económicos
5. Comunicación familiar
6. Tipo de respuesta familiar
7. Capacidad del grupo familiar para la resolución de conflictos
8. Aislamiento y abandono
9. Principales síntomas familiares de desajuste
 - a. Conflicto de roles y límites
 - b. Conflictos de pareja
 - c. Síndrome del cuidador
 - d. Negación, cólera y miedo
 - e. Ambivalencia afectiva ³⁵

³⁵ FERNÁNDEZ Ortega Miguel Ángel, «El Impacto de la Enfermedad en la familia», Revista atención integral del paciente en atención primaria, Número 15, Volumen 5, Departamento de medicina familiar, Facultad de medicina, UNAM, México, 2015, pp. 273-274.

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

El 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.³⁶ Este 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. El tratamiento será multidisciplinar e individualizado para cada paciente y cada familia, e incluye principalmente un abordaje farmacológico y un apoyo psicosocial, que van a conseguir el control del trastorno.

El TDAH es un importante problema de salud pública, debido a varias razones: su alta prevalencia; el inicio en etapas precoces de la infancia; su tendencia incapacitante y crónica, a la afectación de las diferentes esferas comportamentales (familiar, escolar y social), y a 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. Estudios longitudinales recientes indican que los niños con TDAH de ambos sexos y de cualquier edad generan un gasto médico total y una utilización de recursos médicos (hospitalización, visitas en consulta, y urgencias) de más del doble que niños de igual edad sin el trastorno, lo que sugiere que la carga negativa del TDAH se extiende más allá de los parámetros sociales, conductuales y académicos.

Según el DSM-V, el TDAH (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 siete años de edad. Las manifestaciones clínicas deben persistir durante más de seis meses. El cuadro debe ser más severo que lo observado en otros niños de la misma edad, el mismo nivel de desarrollo e inteligencia. Debe estar presente en varios ambientes como familia, escuela y amigos. Debe producir serios problemas en la vida diaria. Además, este trastorno va

³⁶ RABITO Alcón María F. y Correas Lauffer Javier, «Guías para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, una revisión crítica», Revista Actas Esp Psiquiatr, Volumen 42, Número 6, Servicio de psiquiatría y salud mental Hospital Universitario del Henares, España, 2014, pp. 315-24.

cambiando con la edad y puede durar toda la vida (en general la hiperactividad mejora y se mantienen el déficit de atención y la impulsividad). Es importante tener presente que, para diagnosticar un TDAH, los síntomas del cuadro clínico no pueden asemejarse a otro tipo de trastorno mental como esquizofrenia o autismo, ni a ningún problema médico, farmacológico o toxicológico.

El TDAH no es un problema nuevo, Still, en 1902, describió por primera vez a un grupo de niños con diversos grados de agresión, hostilidad, conducta desafiante, desatención e inactividad. Desde entonces hasta la actualidad se han empleado más de 50 denominaciones diagnósticas diferentes, como impulsividad orgánica, niños inestables, síndrome de lesión cerebral mínima, disfunción cerebral mínima, síndrome de hiperexcitabilidad, trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad, entre otros, hasta llegar al actual de TDAH. En la actualidad hay dos sistemas de clasificación internacional que han ido convergiendo con el tiempo, aunque todavía existen diferencias:

- I. El DSM-V (Manual de Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) describe tres subtipos según los síntomas que estén presentes:
 1. Subtipo con predominio inatento (cuando sólo hay inatención).
 2. Subtipo con predominio hiperactivo-impulsivo (cuando sólo hay hiperactividad e impulsividad).
 3. Subtipo combinado (cuando están presentes los tres tipos de síntomas).
- II. La CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS). Según ésta es necesaria la existencia simultánea de los tres tipos de síntomas: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, constituyendo el cuadro de “alteración de la actividad y la atención”. Reconoce además una categoría separada, “el trastorno hiperquinético de la conducta” cuando coinciden, además de los tres síntomas, una alteración de la conducta. De este modo con el CIE-10, al ser los criterios más restrictivos, se diagnostican menos cuadros que con el DSM-V.

En el DSM-V existe la posibilidad, no contemplada en la CIE-10, de que un niño con el tipo inatento pueda no tener ningún síntoma de hiperactividad/impulsividad. Es difícil conocer la prevalencia exacta del trastorno, ya que influyen varios factores, como el tipo de clasificación utilizada, los métodos de evaluación diagnóstica empleados, la fuente de información (padres, maestros, cuidadores), el tipo de muestra y las características socioculturales de la población.

Aunque la causa no está completamente aclarada, parece evidente que se trata de un trastorno multifactorial con una base neurobiológica y predisposición genética que interactúa con factores ambientales. Las hipótesis sobre la etiología abarcan diversas áreas: genética conductual y molecular, factores biológicos adquiridos, la neuroanatomía, bioquímica cerebral, neurofisiología, neuropsicología y el entorno psicosocial.

Los factores psicosociales pueden influir y modular las manifestaciones del TDAH. La severidad y expresión de los síntomas puede verse afectado a través de la interacción gen-ambiente (ciertos factores ambientales pueden tener distinto impacto en individuos que tienen un gen en particular, frente a personas que no lo tienen). Estos factores son: inestabilidad familiar, problemas con amigos, trastornos psiquiátricos en los padres, paternidad y crianza inadecuada, relaciones negativas padres e hijos, niños que viven en instituciones con ruptura de vínculos, adopciones y bajo nivel socioeconómico (aunque esto último no está claro si es un factor en sí, o está mediado por las peores condiciones prenatales y perinatales, y otros factores de confusión).

El TDAH desarrolla una serie de comorbilidades que afectan drásticamente su condición de vida. Se entiende por comorbilidad los trastornos psiquiátricos y de aprendizaje que coexisten con el diagnóstico de TDAH. Esto es la regla más que la excepción. Más del 85 por ciento de los pacientes presentan al menos una comorbilidad añadida al TDAH y aproximadamente el 60 por ciento tienen al menos dos comorbilidades. Lógicamente coexisten más problemas cuanto más tiempo ha evolucionado el trastorno sin un tratamiento correcto y es mayor en el tipo combinado.

Un plan de tratamiento individualizado y multidisciplinar para un niño con TDAH y su familia casi siempre debe incluir tres aspectos fundamentales:

1. Entrenamiento a los padres: Psicoeducación sobre el TDAH y entrenamiento en técnicas de manejo conductual del niño.
2. Intervención a niveles académico y escolar: en el colegio y en casa.
3. Medicación específica para el TDAH.

El uso de medicación debe ser una parte del plan de tratamiento inicial en la mayoría de los niños en edad escolar y adolescentes con TDAH. Una respuesta positiva a la medicación nunca debe usarse como arma diagnóstica para identificar a niños con TDAH.³⁷ Es importante saber

³⁷ EINAQ (European Interdisciplinary Network for ADHD Quality Assurance) and Thomson Advanced Communications (ATC) 2003. www.einaq.org. Consulted the 13 de November del 2015.

que la Academia Americana de Pediatría (AAP), en sus recomendaciones para el tratamiento del TDAH, ha cambiado la posición que mantenía desde 1987 (cuando se decía que la medicación debía ser el «último recurso»), y en 1996 dice que la medicación debe ser «parte del plan inicial del tratamiento usado en combinación con intervenciones psicosociales».³⁸

Psicoeducación y entrenamiento de padres en el manejo conductual del niño

Los padres deben conocer el TDAH, sin mitos ni miedos infundados, para poderse enfrentar mejor al problema que está afectando a su hijo. Cuanto más sepan, lean y pregunten sobre el TDAH, mejor podrán ayudar a su hijo. Deben buscar un médico para que evalúe y trate al niño, un médico con experiencia en niños con TDAH. Además, los padres pueden:

1. Definir reglas claras de consecuencias y premios para ciertos comportamientos
2. Ayudar al niño a terminar una tarea o encargo dividiéndolo en pasos menores.
3. Aumentar la estructura y el orden de la casa.
4. Establecer rutinas estables y predecibles para estructurar el tiempo.
5. Eliminar ruidos y distracciones.
6. Modificar la conducta del niño.
7. Motivarles.
8. Aumentar la disciplina haciendo que el niño sufra las consecuencias de saltarse las normas.³⁹

Hay muchos programas de entrenamiento en manejo conductual. Lo esencial es que los padres tengan herramientas suficientes para enfrentarse a diferentes situaciones. Es importante que los padres ayuden al niño a saber que él también puede hacer cosas para mejorar su propio TDAH. Los niños con TDAH tienen problemas para concentrarse y atender, y para controlar su comportamiento, porque su cuerpo quiere moverse mucho. Para mejorar su concentración puede hacer cosas como dejar la ropa del colegio y la mochila preparadas la noche anterior,

³⁸AMERICAN Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2000; 105: 1158-70.

³⁹HIDALGO Vicario María Inés y Soutullo Esperón Cesar, «Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)», *Revista de psiquiatría española (Artículo de Revisión)*, Volumen 1, Número 1, Universidad de Navarra Pamplona, España, 2014, pp. 4-25.

para no hacerlo con prisas por la mañana. Debe dormir suficiente, desayunar bien y tomar su medicación por la mañana para poder concentrarse y tener energía. Pueden hacer una lista de estas cosas para acordarse mejor. Todo lo que implique estructura, organización y previsión, favorece el funcionamiento del niño: relojes, calendarios, ordenadores, agendas, notas, listas de cosas que hay que hacer, prioridades (hacer hoy, hacer mañana), etc., favorecen que el niño tenga un recordatorio externo de la estructura, que él solo no puede obtener, por su TDAH. Todo lo que implique dividir una tarea larga en pasos pequeños intermedios también favorecerá que el niño progrese y no se rinda.

Debido a múltiples causas, como el desconocimiento del TDAH en el público general, la desesperación de los padres, la presión que éstos pueden sufrir por los colegios ante los problemas que causa el niño con TDAH, el miedo a la medicación y, por qué no decirlo, el amplio mercado existente, con grandes posibilidades de enriquecimiento para profesionales y pseudoprofesionales sin escrúpulos, pues existen gran variedad de tratamientos que no tienen base científica ni se ha demostrado su eficacia y se anuncian como la panacea en el TDAH. Estos incluyen: Tratamientos dietéticos, Biofeedback por electroencefalograma, Psicoterapia de juego, Método Tomatis (basado en el supuesto beneficio de diferentes tonos de música), Tratamiento de optometría, Tratamiento de lateralidad cruzada. Dado que la etiología del TDAH sigue siendo especulativa, no existen estrategias preventivas. Es importante identificar los factores de riesgo que influyen en el pronóstico, ya que suele haber interacción y efecto acumulativo entre ellos.⁴⁰

Enfoque filosófico

Teoría Estructural de la Familia y Teoría del Aprendizaje (conductismo)

Las corrientes filosóficas han marcado drásticamente a la humanidad, donde las teorías han predestinado al ser humano meramente subjetivo, condicionando su manera de pensar, sentir y actuar. El proceso histórico de la subjetividad nos permite ir construyendo los referentes, no sólo de la sociabilidad, sino de las aspiraciones más personales e íntimas en el orden individual y colectivo. Construir utopías, deseos, anhelos, y esperanzas que se van codificando y decantando en acciones concretas, como serían los planes y los proyectos históricos; esto a su

⁴⁰ HIDALGO Vicario María Inés y Soutullo Esperón Cesar, *opcit*, pp. 4-25.

vez implica superación y transgresión de todo establecido, «lo vigente», «el orden». Esto es, el ser humano crea y es creado por la historia en un proceso dialéctico de mutuas implicaciones, porque el ser humano está en la historia y él mismo es historia.

La constitución del sujeto histórico también quiere decir potenciar y desplegar las capacidades liberadoras de los seres humanos que le permitan imaginar, delinear y proyectar en la historia lo mejor de sí mismos, en el orden de crear sociedades más libres, más justas, más democráticas, más humanas, donde la enajenación y la explotación ya no sean el dato fundamental. Para el pensamiento subjetivo ser meramente Marxista no es nada nuevo, ya que esta corriente filosófica marca al ser humano no sólo como centro de sus preocupaciones sino que propone las vías para lograr una verdadera existencia humana, y en ese sentido proyecta la formación de un hombre nuevo, un individuo superior, plenamente emancipado y desarrollado multifacéticamente en todos sus aspectos, es decir, perfeccionado espiritual, moral, física y estéticamente.⁴¹

Ante todo, el ser humano es el conjunto de sus relaciones sociales, que por medio del trabajo transforma la naturaleza y crea objetivos. Para la teoría subjetiva el conductismo es una corriente filosófica que tiene como objetivo la predicción y el control de la conducta, la introspección no forma parte esencial de sus métodos, el conductista no reconoce una línea divisoria entre el hombre y el animal. Una de las características centrales del manifiesto conductista fue su énfasis en el ambiente. La conducta desde tiempos remotos hasta la actualidad, ha sido la manera más simple del ser humano de defender sus ideales, de ser él mismo, sin darse cuenta que la era de la modernidad sobre todo la globalización que junto con la mercadotecnia han cambiado drásticamente esos ideales de rectitud y moral que el ser humano pretendía mostrar años más atrás, sin pensar que esas transformaciones afectarán su sociabilidad y el seno familiar.

Para el ser humano la familia siempre ha sido una de las primeras redes sociales más importantes y si en algo se altera el seno familiar se ven perturbados emocionalmente los integrantes de ella. Los principales factores de riesgo para la familia son los aspectos biologicistas que determinan la conducta de cada uno de sus integrantes. Se habla de mal conducta cuando el individuo rompe reglas establecidas, marcando pautas emocionales en el

⁴¹ WINGARTZ Plata Oscar, «subjetividad y procesos social», Revista Synthesis punto de vista 47, Facultad de filosofía UAQ, pp. 2-5.

entorno familiar, sobre todo cuando se habla de niños. Watson 1930 estipulo en su artículo el mundo de la psicología, «Dadme una docena de niños sanos y bien formados y mi mundo específico para criarlos, y yo me comprometo a tomar cualquiera de ellos al azar y entrenarlo para que llegue a ser cualquier tipo de especialista que quiera escoger: médico, abogado, artista, mercader y sí, incluso mendigo y ladrón, sin tener para nada en cuenta sus talentos, capacidades, tendencias, habilidades, vocación o raza de sus antepasados».

Claramente el autor demuestra que la conducta está influenciada por ciertos factores, ya que resulta evidente que la forma de ser de un niño está determinada por la forma de aprender y los hábitos que adquiere del seno familiar, así como de los factores externos. Sin embargo el ser humano puede ser modificable en sentido adaptativo o no adaptativo; podemos hacer un ser humano y una sociedad cada vez mejor, si decidimos hacerlo.⁴²El aprendizaje, a pesar de ser universal y efectuarse durante toda la vida, su estudio no ha sido fácil y ha dado origen no solo a diversas teorías para comprender lo que es fundamentalmente en el proceso de aprendizaje, sino también la diversidad de criterios para clasificarlo. Hilgard (1961), considera que las teorías del aprendizaje se ajustan a dos grandes familias: las de estímulo-respuesta y las cognitivas, aunque no todas las teorías pertenezcan a estas dos familias.

Jean Piaget fundamentó que el equilibrio es la categoría fundamental para comprender la relación entre un sistema vivo y su ambiente. En un medio altamente cambiante, cualquier organismo vivo debe producir modificaciones tanto de su conducta (adaptación) como de su estructura interna (organización), para permanecer estable y no desaparecer. Esta característica vital no sólo se corresponde con la existencia biológica, sino que es igualmente aplicable a los procesos de conocimiento, considerados por tanto como procesos que tienden al equilibrio más efectivo entre el hombre y su medio.⁴³

El principal medio en el cual el hombre ha tratado de sobresalir ha sido siempre el ámbito social, ya que desde que se inició la globalización, esta misma ha tenido un gran impacto sobre ella. Esto implica que el aspecto social, al referirse a la globalización, es de suma importancia, ya que la idea fundamental de la globalización es la integración progresiva de las economías y

⁴² WATSON, J.B, «El mundo de la psicología», Revista Latinoamericana de Psicología, Volumen 45, Número 2, Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia, pp. 315-319.

⁴³ PÉREZ Rodríguez Patricia Margarita, «Revisión de las teorías del aprendizaje más sobresalientes del siglo XX», Revista Tiempo de Educar, Volumen 5, Número 10, julio-diciembre, 2004, Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México, pp. 39-76.

de las sociedades. Siendo un gran problema de salud pública los determinantes que decretan el estilo y calidad de vida de la población, sobre todo aquel enfocado a meros aspectos sociales que condicionan la manera de sentir, actuar y pensar de cualquier individuo perteneciente a un grupo social.

Resulta de suma importancia poder analizar, desde otra perspectiva crítica, las inequidades que el sistema de salud otorga sobre la distribución del poder, los recursos y el dinero, ya que proporciona desigualdades y desequilibrio para sus derechohabientes sobre todo si se trata del pleno cuidado de los niños en la atención primaria a la salud. Hay que hacer un enfrentamiento sorpresivo a los otros con aquello que los afecta y no quieren ver. Lo que en el plano social se oculta y disimula es la existencia de dominación y poder.

En la sociedad, tal como Freud lo muestra, la adaptación del individuo a su medio es neurotizante, o mejor aún, crea ciertos rasgos, patológicos de carácter, se empobrece intelectualmente, aplica su impulso creador, vuelve contra el mismo la agresión que se le prohíbe dirigir al exterior. Por otro lado, Watson (1930) estipula que el ser humano puede mejorar su manera de ser influenciado por el medio externalizante, de una forma en la que pueda llegar a ser mejor dentro de una sociedad meramente globalizada.

Siendo todo esto contrapuesto por el ser humano como la forma de oprimir sus impulsos y su mera manera de expresión a la opresión del sistema ejercido, más que nada por los impuestos del poder y la dominación, que más que beneficiar a una sociedad meramente organizada la destruye, dejándola sin una protección social; sin embargo, esos aspectos negativistas pueden llegar a ser vistos desde una perceptiva subjetiva y no objetiva, colectiva y no individualista. La definición más generalizada es la que lo señala como: «un trastorno del desarrollo que generalmente inicia en la infancia; caracterizado principalmente por inatención, por excesiva actividad cuando se requiere un cierto nivel de ajuste; y además, con un limitado control de su conducta, que puede prolongarse en la adolescencia y aún en la vida adulta».⁴⁴

Los problemas comprendidos en el campo de la salud mental pertenecen enteramente a la producción y circulación de valores en las relaciones humanas, siendo estos meramente estudiados desde una perspectiva médico clínico, sin llegar a una visión más allá del mero diagnóstico clínico, dejando a un lado los aspectos psicosociales de la enfermedad y por lo tanto del individuo. Es de suma importancia tener en cuenta los criterios no sólo clínicos, sino los

⁴⁴ RABITO Alcón María F. y Correas Lauffer Javier, *Opcit*, pp. 315-24.

que nos llevan a entender la enfermedad desde una perspectiva social, donde existen factores de riesgo que condicionan la perturbación psicológica, social y biológica de la salud.

El TDAH ha suscitado un gran interés social en la última década, debido principalmente a su elevada tasa de prevalencia, a su carácter crónico y al fuerte impacto que ocasiona en el ámbito familiar, escolar y social; pero sin duda también ha contribuido a la explosión que ha experimentado la investigación sobre TDAH, la frecuente asociación que tiene el trastorno con otras psicopatologías en general y con dificultades de aprendizaje en particular.

Resulta interesante el análisis que autores de la psiquiatría hacen en torno a los diversos postulados de la práctica y el diagnóstico sobre las enfermedades mentales, articulando determinadas concepciones del hombre y las relaciones humanas, destinadas a expresar valores morales, ideales filosóficos, religiosos o políticos con dominancias de algunos de éstos en razón del momento histórico y la sociedad considerada. Un error típicamente positivista: se cree que las enfermedades, como las cosas de este mundo, están allí desde siempre, sólo falta el "progreso del conocimiento" para lograr su comprensión definitiva. Se deja de lado que la enfermedad mental es tan histórica como las teorías que le corresponden, y ambas marchan por el mismo camino y al mismo ritmo.

Se dice que la tecnología científica trajo avances para la ciencia menos para la salud mental. La salud mental ha sido considerada como un aspecto meramente descriptivo sin analizar profundamente los acontecimientos que anteceden a una patología de este género, donde los factores de riesgo más preponderantes antes que los aspectos clínicos son los referentes a la conducta y sociabilidad donde la parte meramente subjetiva ha sido el «boom» para analizar los trastornos mentales de niños desde aspectos psicosociales.

Los factores relativos a los microsistemas sociales, familia y escuela, donde se desarrolla el niño son los que tienen una mayor influencia tanto en el curso del TDAH, como en el desarrollo de problemas asociados al trastorno. Si la familia, la escuela y el grupo de compañeros son conscientes de las dificultades que presentan los niños con TDAH y le ofrecen suficientes oportunidades para desarrollar habilidades de autorregulación están facilitando la evolución positiva del trastorno. Por el contrario, si no son sensibles a las necesidades del niño y/o no poseen las habilidades para responder adecuadamente a las manifestaciones conductuales del TDAH, pueden empeorar los síntomas del trastorno o incluso potenciar su severidad.⁴⁵

⁴⁵ GRAU Sevilla María Dolores, «Análisis del contexto familiar en niños con TDAH», Servei de Publicacions María Dolores Grau Sevilla, Tesis Doctoral, 2008, Valencia, España, pp. 16-17.

Los principales aspectos socioculturales que se han analizado y desarrollado a lo largo del transcurso del trastorno han sido los aspectos culturales, identificando serias dificultades sociales, psicológicas y de aprendizaje, aludiendo la baja autoestima, fracaso académico, abuso de sustancias y delincuencia en adolescencia y edad adulta caracterizando al TDAH como un proceso meramente crónico. Las relaciones interpersonales han marcado pauta significativa para los niños y padres, hermanos y hasta compañeros, ya que aumenta el índice de agresividad por el rechazo social que reciben de los individuos que lo rodean, incluyendo padres y hermanos, provocando una ruptura familiar más marcada, provocando trastornos de la conducta. La falta de reglas y límites de parte de la familia ha creado esas pautas para el desarrollo de conductas desafiantes del niño hacia con los padres, de ahí el empoderamiento de los padres a los hijos, o disminuye o aumenta, fortaleciendo una relación de poder y dominio hacia el niño. Es importante hacer una evaluación exhaustiva de la familia sobre todo en el estilo de crianza, el estrés familiar, la resolución de problemas y si los determinantes sociales marcan drásticamente el desarrollo biológico del TDAH. También es evidente el análisis de las comorbilidades que durante el transcurso del trastorno se presentan y como es que los cuidadores están preparados para enfrentarlos. Verificación de aspectos socioculturales como la cultura, la baja autoestima, las dificultades de aprendizaje, si hubo consumo de drogas durante el período de embarazo, las relaciones interpersonales del hijo hacia el padre y sus compañeros y maestros, si existe rechazo social y si el nivel socioeconómico es un factor influyente.

Los padres necesitan estar bien preparados e informados para brindarles la mejor atención moral, y los niños puedan sobresalir de una manera en la que el trastorno no afecte drásticamente su condición de vida y para ello es necesario la utilización de límites y reglas conforme a un acuerdo, sin el marcado poder y empoderamiento que muchas de las veces los padres ejercen sobre los hijos para tener un mayor control sobre ellos sin imaginar que lo único que ocasionara será un desequilibrio emocional.

Por lo tanto, las principales teorías enfocadas a esta problemática han sido la teoría del aprendizaje (conductista) y la teoría estructural de la familia, , así como el psicoanálisis, las cuales se abordaron desde la perspectiva del TDAH, siendo ya mencionadas en este apartado; estipulando que las enfermedades mentales no sólo presentan aspectos biologicistas, sino sociales, como los determinantes sociales de la salud que la OMS estipuló con el objetivo de reducir su incidencia y proporcionar una mejor calidad de vida al ser humano no sólo individualista, sino colectivo.

MARCO CONTEXTUAL

Para el presente estudio se realizó una búsqueda exhaustiva de las escuelas en el municipio de Guadalupe, Zacatecas con el objetivo de identificar los casos de niños con sospecha TDAH inmersos en la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) de Educación Especial de SEDUZAC.

Se acudió a la dirección general de las USAER del municipio de Guadalupe con el propósito de indagar y obtener más información acerca de la localidad y colonia de las escuelas seleccionadas para la aplicación de los instrumentos de validación (Escala de CONNERS para padres, Escala de Relaciones Intrafamiliares y la Escala de Impacto Familiar). El M. en C Psic. José Luis Sandoval Hernández, director de la USAER «Ignacio M. Altamirano», junto con los directivos del CAM (Centro de Actualización del Magisterio) y la supervisora la Dra. en Psicología M. Susana Romo Enciso proporcionaron la información necesaria para la ubicación de las escuelas a donde se acudió para que se otorgue el permiso necesario para la aplicación de los instrumentos de validación.

Las escuelas identificadas en el programa de USAER «Ignacio M. Altamirano» que participaron en el estudio fueron las de la Región 10, Zona 2 del municipio de Guadalupe.

Escuelas de la USAER «Ignacio M. Altamirano» región 10, zona 2

a) *Escuela Primaria Lázaro Cárdenas*

Es un centro de estudios a nivel inicial de turno vespertino, pertenece al ámbito de educación pública y se encuentra en zona conurbada con dirección en la Calle: Santa María No.3, Colonia Bellavista, Guadalupe, Zacatecas. La escuela primaria Pública Lázaro Cárdenas cuenta con un total de 650 alumnos y una ratio de alumnos a docentes de 27:1, la cual ofrece dos turnos matutino y vespertino. Recibe el nombre del general y estadista mexicano, presidente de México del 1 de diciembre de 1934 al 30 de noviembre de 1940. Destacó, entre otras acciones de gobierno, por la reforma agraria.

b) *Escuela Primaria Víctor Rosales*

Es un centro de estudios a nivel inicial de turno vespertino, pertenece al ámbito de educación pública y se encuentra en zona conurbada con dirección Reyno Azul, Guadalupe Zacatecas. La escuela primaria pública Víctor Rosales cuenta con un total de 1,154 alumnos y una ratio de alumnos a docentes de 35:1, la cual ofrece dos turnos matutino y vespertino.

Recibe el nombre del mariscal de campo Víctor Rosales, fue un insurgente que participo en la Independencia de México.

c) *Escuela Primaria Severo Cosío*

Es un centro de estudios a nivel inicial de turno vespertino, pertenece al ámbito de educación pública y se encuentra en zona conurbada con dirección Constitución y Alameda, Guadalupe, Zacatecas. La escuela primaria pública Severo Cosío cuenta con un total de 1,489 alumnos y una ratio de alumnos a docentes de 34:1, la cual ofrece dos turnos matutino y vespertino. Recibe el nombre de Severo Cosío del liberador mexicano que vivo en las primeras décadas del siglo XVIII.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a estudios realizados por la OMS se estima que 400 millones de personas sufren actualmente trastornos psiquiátricos y neurológicos; en América Latina y el Caribe se calcula que 17 millones de niñas y niños de cuatro a dieciséis años sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita atención. En el primer nivel de atención la frecuencia de trastornos mentales en la infancia fue entre 12 y 29 por ciento. En el panorama epidemiológico, el Banco Mundial calcula que los padecimientos neurológicos y psiquiátricos contribuyen con 12 por ciento del costo total de las enfermedades médicas y para la OMS representa 20 por ciento; estos trastornos medidos por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), representan 11.5 por ciento de la carga total de enfermedades.⁴⁶

Un estudio transnacional sobre la prevalencia de los trastornos mentales que realizó el Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica (ICPE) presenta una gran variación en la prevalencia de los trastornos mentales de país a país, un 40 por ciento para los Países Bajos y los Estados Unidos, bajando a niveles de 20 por ciento en México y a 12 por ciento en Turquía. En este reporte se sugiere que los trastornos mentales tienen una edad temprana de aparición, con medianas estimadas de quince años para los trastornos de ansiedad, veintiún años para los relacionados con el uso de sustancias y veintiséis años para los trastornos del estado de ánimo. Los problemas de salud mental, que incluyen a las adicciones, se han incrementado drásticamente en las últimas décadas en el contexto internacional y en nuestro país; de la población mundial, entre 5 y 10 por ciento se encuentra afectada por complicaciones a causa del consumo del alcohol.

En México hay 33´470,538 niñas y niños, de los cuales más de 10 millones son menores de cinco años y casi 23 millones se encuentran entre los cinco y catorce años; en la región centro-sur del país la concentración de menores es de más de un millón de niños por estado; en la zona norte es menor de un millón de niños por estado y disminuye en la zona del Caribe con menos de 500 mil niños por estado. La psicopatología infantil y de la adolescencia es muy vasta; los trastornos se han dividido en los que inician propiamente en la infancia y adolescencia, como el TDAH y los que no son propios de la infancia y la adolescencia como son la

⁴⁶ PROGRAMA de Acción en Salud mental, «Trastorno por déficit de atención e hiperactividad», PASM 3, Diagnóstico Epidemiológico: Salud mental, Capítulo 3, consultado en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_intro, el 28 de Noviembre del 2015.

esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo, que, aunque se observan en esas edades, son más frecuentes en el adulto. Las principales manifestaciones de los trastornos del desarrollo se observan en la conducta y el aprendizaje, señales por las que los padres o el maestro pueden detectar la existencia de un trastorno en el niño; muchas veces no existe esta detección, por lo que se pasa por alto el problema.⁴⁷

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye al trastorno por déficit de atención (TDA) dentro del grupo de los trastornos emocionales y del comportamiento durante la infancia y la adolescencia. Los especialistas lo definen como un trastorno del desarrollo que conlleva una alteración conductual, cuyo síntoma principal es la desatención, es decir, la dificultad para mantener y regular la atención de forma continua en las actividades que se realizan. Además, los niños que sufren este problema suelen carecer de autocontrol, presentando conductas impulsivas e hiperactivas.⁴⁸

El TDAH se caracteriza por ser un proceso crónico con alta comorbilidad que va a influir en las actividades funcionales del niño diagnosticado hasta su etapa adulta. Este síndrome identificado como un importante problema de salud pública presenta 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 niño afectado. La etología del trastorno no está completamente aclarada; parece evidente que se trata de un trastorno multifactorial con una base biológica cerebral y predisposición genética que interactúa con otros factores ambientales y sociales.

El diagnóstico de este trastorno es de suma importancia en etapas tempranas sobre todo en el periodo de desarrollo, donde el niño aprende su propia visión del mundo y adquiere conductas y habilidades de las personas que lo rodean; para ello los padres necesitan estar informados para enfrentar el trastorno y así evitar rezago social y aislamiento. Es difícil conocer la prevalencia del TDAH, ya que influyen varios factores, como el tipo de clasificación utilizada, los métodos de evaluación diagnóstica, la fuente de información (padres, maestros, cuidadores) y las características socioculturales y psicosociales.

⁴⁷ PROGRAMA de Acción en Salud mental, «Trastorno por déficit de atención e hiperactividad», PASM 3, *opcit*, pp.44-57. 2015.

⁴⁸ SÁNCHEZ Encalada Leticia, *et al.*, «Detección e intervención a través del juego del trastorno Por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)», Revista Electrónica de Psicología Iztacala, Volumen 12, Número. 4, Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México, 2009, pp. 156-79.

En México, el TDAH se ha incrementado considerablemente en los últimos años. En la década de los 50, uno de cada 10 mil niños presentaba este síndrome, y hoy lo padece el 12 por ciento del total de la población, según datos de la Facultad de Psicología de la UNAM.⁴⁹ El Consejo Nacional de Población (CONAPO) indica que a mitad del año 2014, en el país residían 40.2 millones de niños de cero a diecisiete años de edad, en términos relativos representan 33.6 por ciento de la población total estimada para 2014.⁵⁰

De acuerdo con información de la base de datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), en 2012, aproximadamente 564 mil niñas y niños (de cero a catorce años) tenían dificultades para realizar actividades de la vida cotidiana. Ellos representan 1.7 por ciento de la población infantil del país y 7.3 por ciento de la población con discapacidad. Con los datos del ENIGH (2012), se pueden distinguir las limitaciones más frecuentes entre la población infantil con discapacidad, las cuales son: para caminar (22 por ciento), ver (18.5 por ciento), hablar (17.1 por ciento) y poner atención (TAD) (16 por ciento).⁵¹

El mayor problema que enfrenta México con los niños diagnosticados con TDAH es que menos del 8 por ciento tiene diagnóstico (160,000) y mucho menos, quizás la mitad, reciben tratamiento. Es decir que quizás 80,000 niños con TDAH no reciben tratamiento. Un factor es seguramente el precio de los medicamentos, que implica invertir un gasto mensualmente dentro de su terapia farmacológica; ya que como sabemos no sólo la psicoterapia es importante para disminuir el progreso del trastorno, sino también la terapia farmacológica; sin embargo, familias de escasos recursos no cuentan con este tipo de tratamientos. La ausencia de tratamiento puede ocasionar fracaso escolar, social y familiar, multiplicando así los riesgos de que se presenten otros trastornos mentales como es el consumo de drogas. Las consecuencias de este padecimiento subrayan la importancia de establecer lineamientos generales para su manejo, obteniendo un beneficio para los enfermos y sus familias.⁵²

En la actualidad este trastorno es frecuente en todos los niveles educativos, afectando del 3 por ciento al 6 por ciento de los niños en edad escolar e incluso en algunos datos estadísticos se reporta hasta un 10 por ciento. En México aunque no hay estudios epidemiológicos globales

⁴⁹ ROJAS Fernández Gilda, Boletín UNAM-DGCS-432, Ciudad Universitaria, Ciudad de México, 21 de julio de 2009.

⁵⁰ FUENTE: CONAPO. Proyecciones de población 2010-2050. Población 2014 a mitad del año.

⁵¹ FUENTE: INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012. Nueva construcción de la base de datos.

⁵² PERIÓDICO el economista, consultado en: <http://eleconomista.com.mx/columnas/columna-especial-empresas/2014/01/21/trastornodeficitatencion-realidad>, el 25 de mayo del 2015.

del trastorno en la población general, extrapolando cifras, de acuerdo a datos del INEGI (2000) existen 15'494,206 niños entre seis y doce años de edad (<http://www.inegi.go.mx>) y tomando como referencia el 5 por ciento propuesto por la Asociación Americana de Psicología (APA), se tendrán al menos 774,710 niños en edad escolar afectados con este trastorno.⁵³

El TDAH en niños en etapa escolarizada, es categorizado como un importante problema de salud pública no sólo en México, sino a nivel mundial, el cual debe ser investigado para obtener datos precisos de los factores de riesgo asociados a este tipo de trastorno, no sólo meramente biologicistas, sino desde la perspectiva psicosocial, y más específicamente el apoyo brindado de padres hacia hijos en el seno familiar. OMS y la OPS señalaron que los programas de salud mental deben dirigir su atención a la promoción y desarrollo psicosocial de la niñez, considerando dos vertientes: el estímulo al desarrollo temprano y la reducción de las conductas violentas hacia la niñez; dichas organizaciones consideran que «cuanto mejor las poblaciones logren preservar o recuperar su salud mental, tanto mejor podrán negociar soluciones exitosas y evitar aquellas conductas que añaden nuevos obstáculos».

Al investigar la prevalencia del TDAH en escolares del municipio de Guadalupe, en el Estado de Zacatecas, a través de la Secretaria de Educación de Zacatecas (SEDUZAC) y la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER), «Ignacio M. Altamirano» compuesta por tres escuelas primarias: Lázaro Cárdenas, Víctor Rosales y Severo Cosío, se recolectarán los casos que presenten TDAH en un periodo no máximo de 3 meses para la obtención de los datos a través de una serie de instrumentos de validación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el impacto en función del deterioro de las relaciones intrafamiliares con niños con sospecha de TDAH que asisten al programa de USAER-SEDUZAC «M. Altamirano» en el municipio de Guadalupe, Zacatecas 2016?

⁵³ SÁNCHEZ Encalada Leticia, *et al.*, *Opcit*, pp. 156-79.

JUSTIFICACIÓN

Los altos índices de prevalencia así como el deterioro de las relaciones intrafamiliares demuestran la importancia del estudio del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), ya que es un importante problema de salud pública, que afecta en primera instancia a niños en etapa escolarizada, los cuales presentan déficit de atención con hiperactividad del tipo combinado con predominio inatentos e hiperactividad-impulsividad; afectando considerablemente sus condiciones de vida dentro del entorno social, educativo, emocional y familiar. Según las estadísticas mencionadas por la autora Leticia Sánchez Encala, el INEGI, la OMS y el programa de acción en salud mental se presentan altos índice de prevalencia para el TDAH, en el cual México es uno de los países donde se ha logrado identificar este trastorno, por lo que es de suma relevancia el estudio de los factores asociados al TDAH.

Se han identificado una serie de factores aceptados como importantes contribuyentes potenciales en la formación de trastornos afectando la salud mental, entre los cuales se puede hacer mención: la nutrición, la seguridad económica, el apoyo al menor de parte de los padres, el descuido, el estrés familiar, la comunicación afectiva, el buen estado de salud, entre muchos más, que influyen en la salud mental del niño y su familia. Muchos de estos factores son específicos de ciertas etapas de la vida, en particular de la infancia; otros tienen impacto negativo a lo largo de la vida.

Otro aspecto importante es la familia, ya que contribuye de manera directa al desarrollo emocional, social y académico del niño con TDAH, sin embargo, se ha detectado que un mal funcionamiento en el vínculo familiar desequilibra esa armonía que el niño necesita como apoyo fundamental de sus padres. La prevalencia de este trastorno identifica comorbilidades asociadas, las cuales son de suma importancia, ya que afectan otras habilidades del niño, por lo tanto se debe creer que la educación y el cuidado en el que se puede mejorar el contexto y en el que todo puede ser posible buscando alternativas; favoreciendo la integración de los niños con déficit de atención con hiperactividad ayudándoles a desarrollar destrezas sociales y de lenguaje, con el objetivo de formar ciudadanos dignos capaces de desenvolverse en la sociedad, evitando altos índices de depresión, suicidio, drogadicción y rezago social.

Se debe favorecer el desarrollo de potencialidades, y asegurar que todas las personas involucradas en la educación del niño con TDAH entiendan el significado común de la palabra «integración». El mayor beneficio que conlleva la integración es que le permita al niño formar

parte de un mundo «típico» y no de un niño «especial». Cuando esa denominación lo caracteriza, el mismo niño tiende al rezago social evitando relaciones interpersonales con los demás niños de su edad, desarrollando un bajo estado de ánimo que más que ocasionar bajo desempeño escolar, y trastornos en la conducta, le provocará depresión y malas relaciones intrafamiliares.

El presente documento tiene como objetivo informativo el poder entender que es el TDAH, sus signos y síntomas y que no solamente es un trastorno mental meramente biológico, sino que va mucho más allá de la perspectiva clínica y las teorías meramente enfocadas al diagnóstico en la práctica, sino que engloba muchos más aspectos que determinan indirectamente la visión del TDAH en niños en etapa escolarizada. La visión de la investigación está dirigida específicamente al apoyo que los integrantes de las familias otorgan, para que en conjunto solucionen un problema de salud enfocado a problemas de salud mental infantil. Es importante hacer un análisis documental para rescatar las altas incidencias del TDAH y analizar sus perspectivas meramente psicosociales y sus factores de riesgo intrafamiliares para valorar el impacto que genera.

La información generada a partir de este estudio será útil para la implementación de programas de apoyo y orientación para niños con sospecha TDAH, así como para padres y maestros, regulando las relaciones interpersonales en el ámbito social, académico y sobre todo familiar. Una vez finalizado el proyecto de investigación, se hará una intervención a nivel familiar con el objetivo de hacer conocimiento pleno a los padres de familia sobre el TDAH y orientarlos para que puedan brindar una mejor atención médica y psicosocial al niño.

La intervención mencionada con anterioridad se planteará a largo o corto plazo dependiendo de las necesidades del programa de USAER-SEDUZAC “M. Altamirano” en el municipio de Guadalupe Zacatecas.

OBJETIVO GENERAL

Medir el impacto en función del deterioro de las relaciones intrafamiliares con niños con sospecha de TDAH que asisten al programa de USAER-SEDUZAC “M. Altamirano” en el municipio de Guadalupe Zacatecas, 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar el impacto de familias con niños con sospecha de TDAH.
2. Conocer las relaciones intrafamiliares con niños con sospecha de TDAH.
3. Describir la relación entre el impacto familiar y las relaciones intrafamiliares con niños con sospecha de TDAH.

HIPÓTESIS

Las relaciones intrafamiliares deterioradas por niños con sospecha de TDAH que asisten a USAER-SEDUZAC, «Ignacio Manuel Altamirano», generan un impacto familiar negativo en las áreas del comportamiento de la familia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Analítico, descriptivo y transversal

Unidad de observación y análisis

La unidad de observación se conforma por familias que cuentan con al menos un niño en edad escolar con sospecha de TDAH, adscrito(s) al programa USAER-SEDUZAC «Ignacio M. Altamirano» del municipio de Guadalupe, Zacatecas, 2016, (Región 10, Zona 2).

Universo (población de estudio)

La población de estudio se conforma por el total de las familias que cuentan con al menos un niño en edad escolar con sospecha de TDAH, adscrito(s) al programa USAER-SEDUZAC «Ignacio M. Altamirano» del municipio de Guadalupe Zacatecas, 2016 (Región 10, Zona 2).

Unidad de muestreo

La unidad de muestreo se llevará a cabo en la Región 10, Zona 2 de la SEDUZAC en Guadalupe, Zacatecas, 2016 en escuelas primarias públicas, por medio de un censo.

Criterios de inclusión

Familias con al menos un hijo en edad escolar con sospecha de TDAH pertenecientes al programa de USAER-SEDUZAC «Ignacio M. Altamirano» en el municipio de Guadalupe, Zacatecas, 2016 (Región 10 Zona 2).

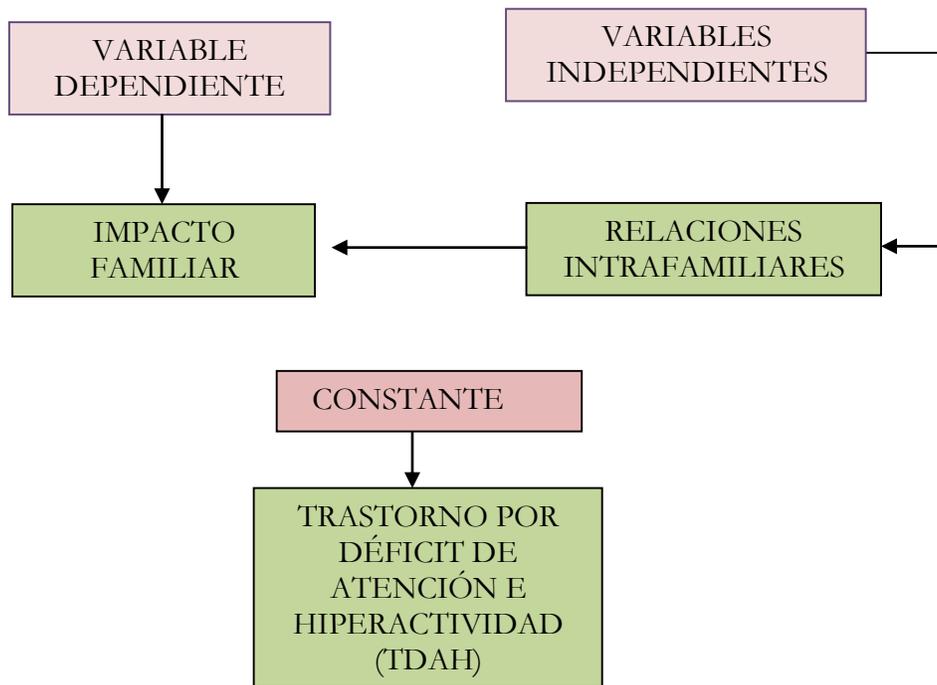
Criterios de exclusión

1. Familias con hijos que no pertenezcan al programa USAER-SEDUZAC «Ignacio M. Altamirano» en el municipio de Guadalupe, Zacatecas, 2016 (Región 10, Zona 2).
2. Familias con hijos que pertenezcan al programa USAER-SEDUZAC sin estar en etapa escolarizada del municipio de Guadalupe, Zacatecas (Región 10, Zona 2).

Diseño y tamaño de la muestra

Para el diseño y tamaño de la muestra se realizará un censo; su tamaño se conforma por los casos totales de niños en edad escolar con sospecha de TDAH pertenecientes al programa USAER-SEDUZAC «Ignacio M. Altamirano» del municipio de Guadalupe, Zacatecas (Región 10, Zona 2), la cual se conforma de 86 casos de los cuales 57 presenta sospecha de TDAH.

Variables de estudio



Operacionalización de variables

Ver anexo 1

Instrumentos y técnicas de recopilación de la información

A continuación, se describen detalladamente los instrumentos utilizados en el trabajo de campo.

Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares

El origen de la Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.) es consecuencia del resultado de una investigación realizada por Rivera Heredia y Padilla Barraza (1992). En el campo del análisis de los procesos de salud y enfermedad relacionados con el ambiente familiar, las dimensiones evaluadas con mayor frecuencia son: cohesión, cercanía, comunicación, poder, coaliciones, expresión de afecto, empatía, independencia, diferenciación, manejo de conflicto, control de conducta, resolución de problemas, estilos de afrontamiento, apoyo social y niveles de estrés familiar.

La escala de E.R.I evalúa la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. La dimensión de UNIÓN Y APOYO mide la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar. Por su parte, la dimensión de DIFICULTADES se refiere a los aspectos de la relación intrafamiliar considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. De ahí que esta dimensión también pueda identificar el grado de percepción de «conflicto» dentro de una familia. Finalmente, la dimensión de EXPRESIÓN mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto.

La escala de evaluación está dirigida desde adolescentes hasta padres de familia con el fin de evaluar las relaciones dentro de la familia. Se trata de una escala autoaplicable con cinco opciones de respuesta que varían de: totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. Consta de tres versiones: larga, intermedia y breve. Los puntajes que obtienen las personas que responden la escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares en sus tres dimensiones proporcionan información sobre cómo es la interacción familiar respecto a la expresión de emociones, a la unión y apoyo, y a la percepción de dificultades o conflictos (Tabla 2).

TABLA 2. Características psicométricas del instrumento de evaluación de las relaciones intrafamiliares

NOMBRE Y DEFINICIÓN DE LA DIMENSIÓN	TEXTO	REACTIVOS QUE LA CONFORMAN	CONFIABILIDAD DE LA DIMENSIÓN	INVESTIGACIÓN DE REFERENCIA
UNIÓN Y APOYO. Es la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar.	Versión larga. 56	11	92%	Rivera-Heredia, Andrade Palos, 1999
	Versión intermedia. 37	7	90%	Rivera-Heredia, Andrade Palos, 1999
	Versión breve. 12	4	81%	Rivera-Heredia, Andrade Palos, 2006
EXPRESIÓN. Se refiere a la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto.	Versión larga. 56	22	95%	Rivera-Heredia, Andrade Palos, 1999
	Versión intermedia. 37	15	94%	Rivera-Heredia, Andrade Palos, 1999
	Versión breve. 12	4	88%	Rivera-Heredia, Andrade Palos, 2006
DIFICULTADES. Esta dimensión evalúa los aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. Permite identificar el grado de percepción de “conflicto” dentro de una familia.	Versión larga. 56	23	93%	Rivera-Heredia, Andrade Palos, 1999
	Versión intermedia. 37	15	92%	Rivera-Heredia, Andrade Palos, 1999
	Versión breve. 12	4	78%	Rivera-Heredia, Andrade Palos, 2006

Fuente: María Elena Rivera Heredia y Patricia Andrade Palos, “Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares”, Facultad de Psicología (Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y Autónoma de México), Revista de Psicología, Volumen 1, Número 14, Michoacán, México, pp.14-29

TABLA 3. Propuesta para interpretar los puntajes obtenidos en el E.R.I

ESCALAS	ALTO	MEDIO-ALTO	MEDIO	MEDIO-BAJO	BAJO
EXPRESIÓN	110-94	93-77	76-56	55-39	38-22
DIFICULTADES	115-98	97-80	79-59	58-41	40-23
UNIÓN	55-47	46-38	37-29	28-20	19-nov
TOTAL	180-156	155-131	130-106	105-81	80-56

FUENTE: María Elena Rivera Heredia y Patricia Andrade Palos, “Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares”, Facultad de Psicología (Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y Autónoma de México), Revista de Psicología, Volumen 1, Número 14, Michoacán, México, pp.14-29

La tabla 3 trata de la clasificación de los puntajes de las personas que responden a esta escala, la cual se desarrolló a partir de la versión larga de 56 reactivos, en lugar de sacar puntajes promedios, se trabaja con la sumatoria de los puntajes totales, para la interpretación de los datos. Se recomienda identificar el punto de corte por cada grupo poblacional específico, dividiendo a los participantes entre quienes se ubican dentro del grupo con puntajes altos (el 25 por ciento más alto) y quienes se ubican en el grupo con puntajes bajos (el 25 por ciento más bajo).

TABLA 4. Confirmación de los grupos con puntajes altos y bajos a partir de la distribución de frecuencias

GRUPO CON PUNTAJES BAJOS	GRUPO CON PUNTAJES INTERMEDIOS	GRUPO CON PUNTAJES ALTOS
Se obtiene identificando aquellos casos cuya puntuación total corresponda al 25 por ciento inferior.	En este grupo se encuentran las personas cuyos puntajes se encuentran entre el 26 por ciento y el 74 por ciento del total	Corresponde a las personas cuyos puntajes se ubican en el 25 por ciento superior del total

Fuente: María Elena Rivera Heredia y Patricia Andrade Palos, "Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares", Facultad de Psicología (Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y Autónoma de México), Revista de Psicología, Volumen 1, Número 14, Michoacán, México, pp.14-29

Escala de Conners (Cuestionario de conducta de CONNERS para padres)

Esta escala fue evaluada por Keith Conners, et al., en el año de 1989. Es una escala de cribado y evaluación de los síntomas del TDAH. Existe una versión abreviada del Test CPRS-48 (Conners Parent Rating Scale) o Escala de Evaluación de Conners para Padres, es una versión abreviada que tiene como objetivo la evaluación del trastorno de TDAH por parte de sus padres. Una de las más utilizadas son las «Escala de Conners».

TABLA 5. Índice de confiabilidad para la escala de Conners

Escala de Conners	Diagnóstico (DSM-IV)		Total
	Positivo	Negativo	
Positivo	17	3	20
Negativo	2	12	14
Total	19	15	34
Sensibilidad: 89.5%			
Especificidad: 80.0%			
Valor predictivo positivo: 85.0%			
Valor predictivo negativo: 85.7%			
Kappa: 0.70 (p<0.0001)			

FUENTE: María Elena Rivera Heredia y Patricia Andrade Palos, "Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares", Facultad de Psicología (Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y Autónoma de México), Revista de Psicología, Volumen 1, Número 14, Michoacán, México, pp.14-29

Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres

Índice de hiperactividad para ser valorado por los padres

Nada = 0 puntos

Poco = 1 punto

Bastante = 2 puntos

Mucho = 3 puntos

Para obtener el Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas.

- Para los niños entre los 6 – 11 años: una puntuación >16 es sospecha TDAH
- Para las niñas entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en hiperactividad significa sospecha TDAH

Escala de Impacto Familiar

Los factores psicosociales se caracterizan por presentarse en la familia como problemas económicos, emocionales, baja escolaridad y problemas de salud que afectan drásticamente el sistema familiar.

La FIQ mide el impacto del niño en la familia en varios dominios. Aunque la FIQ se correlaciona altamente con las medidas del estrés familiar, también mide los dominios (por ejemplo, el impacto positivo) que no se evalúan típicamente por el estrés familiar. Hay seis subescalas, validadas por análisis factorial:

1. Impacto en las relaciones sociales (11 ítems)

16+17+18+19+20+21+22+23+24+25+49

2. Sentimientos negativos sobre la crianza de los hijos (9 ítems)

1+3+5+7+9+11+13+14+15

3. Sentimientos positivos sobre la crianza de los hijos (7 ítems)

2+4+6+8+10+12+50

4. Impacto financiero (7 ítems)

26+27+28+29+30+31+32

5. Impacto en el matrimonio (7 ítems)

$$33+34+35+36+37+38+39$$

6. Impacto en los hermanos (9 ítems)

$$40+41+42+43+44+45+46+47+48$$

Nota: los ítems 14, 15, 34, 36, son variables inversas por lo que los valores que se designan son los siguientes:

- Cuando el ítem representa un valor 0 se cambia por 3
- Cuando el ítem representa un valor 1 se cambia por 2
- Cuando el ítem representa un valor 2 se cambia por 1
- Cuando el ítem representa un valor 3 se cambia por 0

La escala tiene 4 posibles respuestas basadas en una escala tipo Likert:

- De ningún modo con un valor 0
- Algo con un valor 1
- Mucho con un valor 2
- Bastante con un valor 3

La interpretación de la escala está basada en el puntaje tipo Likert en la cual se tomó el valor más representativo de cada ítem de cada dimensión de la escala. Con las frecuencias obtenidas se hace una medida de tendencia central la mediana tomada como el valor más representativo basado en las cuatro posibles respuestas de medición de cada ítem. (Ver anexo 2).

Las variables se sumaron tal y como indica la escala categorizándolas en variable cada una, con las cuales se hicieron cruces de variables para hacer comparativas y ver posibles correlaciones significativas. La escala mide poblaciones tales como Padres de niños con desarrollo normal, externalización e internalización de problemas de conducta, autismo y retraso mental. Niños y niñas; Edades 3-19; Rango de SES; Raza mixta / etnia, pero principalmente Anglo.

Plan de recolección de datos

Para la recolección de los datos como primer paso se solicitó una lista de los niños con sospecha TDAH en las Instituciones Educativas de SEDUZAC del programa de USAER de Educación Especial «Ignacio M. Altamirano» del municipio de Guadalupe, Zacatecas, 20016. Después de la recopilación de los datos personales de los niños y padres de Familia, se programó la fecha (trimestre agosto-octubre) de la aplicación de los cuestionarios (Escala de Conners, Escala de relaciones intrafamiliares y Escala de Impacto Familiar), de tal manera que las visitas a las Familias con niños con TDAH sean lo menos posible para evitar saturación de la información. Se hará el consentimiento informado a las familias con el propósito de darles a conocer el objetivo de la investigación que se realizará hacia sus hijos con TDAH y en torno a su familia. Se solicitará la cooperación de manera voluntaria y sin compromiso, se les facilitará un formato de consentimiento informado y finalmente se procederá a la aplicación del cuestionario de manera autoadministrada.

Plan de tabulación y análisis

Los datos obtenidos de los instrumentos aplicados se procesaron mediante el paquete estadístico Statal Package for Social Sciences (SPSS) versión 15.0, al cual se le aplicó la estadística descriptiva e inferencial para la obtención de medidas de tendencia central (medianas) tablas de contingencia y personalizadas, representación gráfica de datos tanto en el SPSS como en Excel, análisis de correlación entre variables utilizando la prueba Tau-b de Kendall con un nivel de confiabilidad al 95 por ciento.

Los valores Tau-b Kendall fueron tomados del libro de Bioestadística «Base para el análisis de las Ciencias de la Salud» del autor Wayne W. Daniel. (Tabla 6)⁵⁴

⁵⁴ WAYNE W. Daniel, Bioestadística «Base para el análisis de las Ciencias de la Salud», Editorial Limusa Wiley, 4ta edición, 2002, consultado el día 13 de noviembre del 2017, <file:///C:/Users/Ana%20Perla/Downloads/Daniel%20Wayne-capitulo-1-Bioestadistica-Base-Para-El-Analisis-de-Las-Ciencias-de-La-Salud>.

Tabla 6. Clasificación del nivel de correlación Tau-b de Kendall

Clasificación del nivel de correlación Tau-b de Kendall	
Correlación Tau-b Kendall	Valor
Muy Baja Correlación	De 0.00 a 0.19
Baja Correlación	De 0.20 a 0.39
Moderada Correlación	De 0.40 a 0.59
Buena Correlación	De 0.60 a 0.79
Muy Buena Correlación	De 0.80 a 1.00

FUENTE: WAYNE W. Daniel, Bioestadística «Base para el análisis de las Ciencias de la Salud», Editorial Limusa Wiley, 4ta edición, 2002.

La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral). Se rechaza hipótesis nula si el valor de significancia es menor a 0.05.

Consideraciones éticas

Referente a los aspectos éticos, este estudio se apega a lo dispuesto en la Declaración de Helsinki, el Código de Núremberg y la Ley General de Salud. Se solicita tanto la autorización de las familias para la participación en el estudio de manera voluntaria e informada, como de la SEDUZAC la cual se obtiene a través de consentimientos informado por escrito; de esta manera se asegura la confidencialidad de los datos proporcionados resguardando los instrumentos usados, mismos que no serán vinculados con los nombres de los participantes ni resultados al conservar su anonimato.

RESULTADOS

Características generales de los escolares con sospecha TDAH y sus cuidadores

El presente estudio muestra los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos de validación de 86 casos recolectados de la USAER «Ignacio Manuel Altamirano» del municipio de Guadalupe, Zacatecas, de los cuales solo 57 de ellos presentan sospecha TDAH.

En la Tabla 7 se observa la distribución de la muestra de los diferentes grados escolares analizados. En el estudio la distribución de los casos recae en tercer grado con un 26 por ciento, participaron más niños que niñas con un 61 por ciento con presunta sospecha de TDAH, donde el mayor número de escolares muestreados estuvo entre la escuela primaria Lázaro Cárdenas y Severo Cosío ambas turno vespertino con un 35 por ciento de incidencia.

TABLA 7. Distribución de la muestra por escuela, grado y sexo

		N	%
Grado del Escolar	Primer grado	13	23
	Segundo grado	14	25
	Tercer grado	15	26
	Cuarto grado	8	14
	Quinto grado	7	12
Sexo del Escolar	Niño	35	61
	Niña	22	39
Escuela Primaria	Escuela Lázaro Cárdenas (turno vespertino)	20	35
	Escuela Víctor Rosales (turno vespertino)	17	30
	Escuela Severo Cosío (turno vespertino)	20	35

Como era de esperar, la ocurrencia de cuidadores mujeres que participaron en el estudio fue del 89 por ciento con edades entre los 30 y 39 años. Predominó en ellas, el estado civil casado con 47 por ciento con un grado de escolaridad secundaria del 44 por ciento, no obstante, un 21 por ciento no concluyó la educación básica (Tabla 8).

TABLA 8. Características del cuidador

Variable	Categoría	N	%
Sexo del cuidador	Hombre	6	11
	Mujer	51	89
Edad del Cuidador	De 20 a 29 años	16	28
	De 30 a 39 años	31	54
	De 40 a 49 años	8	14
	De 50 a 59 años	2	4
Estado civil del cuidador	Soltero	5	9
	Casado	27	47
	Separado	5	9
	Divorciado	6	11
	Unión libre	10	18
	Otro	4	7
Grado de escolaridad del cuidador	Primaria trunca	12	21
	Primaria	7	12
	Secundaria	25	44
	Preparatoria/Carrera técnica	9	16
	Licenciatura y/o más estudios concluidos	4	7

El 53 por ciento de la totalidad de los cuidadores indicaron no estar trabajando al momento de ser encuestados, el resto indicó trabajar en el ámbito privado, de cinco a siete días a la semana, con un total de 8 horas al día. La mayoría de los cuidadores mencionó que sólo un integrante de la familia aporta ingresos mensuales de aproximadamente \$2,000 a \$4,000 y que, además, el 54 por ciento dijo no tener deudas que alteren su sustento económico (Tabla 9).

TABLA 9. Características económicas y laborales del cuidador

			N	%
Situación Laboral	Trabaja fuera del hogar	Sí	27	47
		No	30	53
	Número de horas que trabaja al día		1	2
			4	7
			5	5
			8	29
			10	2
			12	2
	Número de días que trabaja a la semana		3	7
			4	4
			5	10
			6	14
			7	12
	Número de personas que aportan ingresos		1	65
			2	28
		3	4	
		4	2	
		5	2	
Ingreso Mensual	Deudas económicas	Sí	26	46
		No	31	54
	Hasta \$2000		7	12
	\$2001-\$4000		34	60
	\$4001-\$6000		13	23
	\$6001 y más		3	5

Lo cuidadores mencionaron las características de la vivienda en la cual el 48 por ciento mencionó que su vivienda es propia con un aproximado de dos cuartos exclusivos para dormir (53 por ciento), con techo de loza/bovedilla (89 por ciento) y piso de mosaico/vitropiso (60 por ciento). El número de habitantes por hogar fue de 4 personas per hábitat ya que la mayoría de los cuidadores dijo vivir con su esposo(a) y dos hijos(as).

Los cuidadores también mencionaron que su vivienda contaba con bienes y servicios básicos tales como: televisión (89 por ciento), refrigerador (86 por ciento), estufa (100 por ciento), cilindro de gas (93 por ciento), lavadora (82 por ciento), energía eléctrica (98 por ciento), agua potable (95 por ciento), alcantarillado (98 por ciento), acceso a calles y banquetas pavimentadas (95 por ciento), transporte público (86 por ciento), teléfono (86 por ciento), e

internet (37 por ciento). Respecto al hacinamiento, prácticamente la mitad vive bajo esta condición (51 por ciento).

Posterior a este primer bloque de resultados se tiene lo referente al diagnóstico emitido de acuerdo a las tres escalas utilizadas: Escala de Conners (sospecha TDAH en niños), Escala de Relaciones Intrafamiliares y Escala de Impacto Familiar.

Diagnóstico en escolares

Análisis de sospecha de TDAH por escala de CONNERS

De un total de 86 casos analizados se obtuvieron 57 casos con sospecha de TDAH (66 por ciento) (Tabla 10).

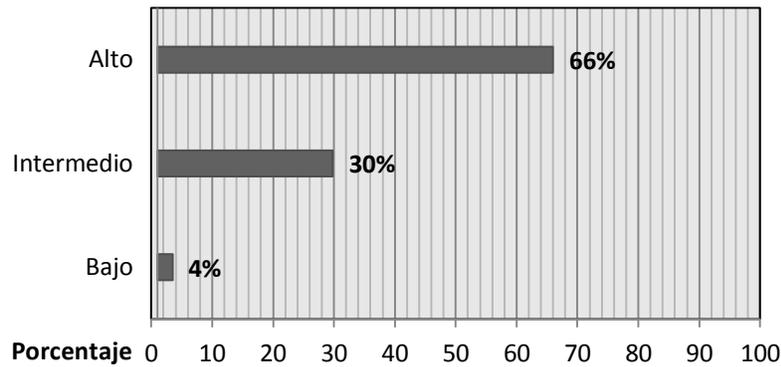
TABLA 10. Diagnóstico por Escala de CONNERS

	N	%
Sin sospecha TDAH	29	34
Con sospecha TDAH	57	66

Análisis de la escala de relaciones intrafamiliares para la evaluación de la unión y apoyo, expresión y dificultades de las familias

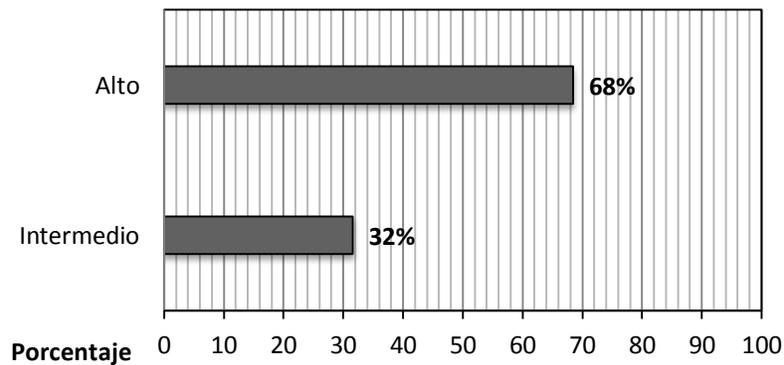
En la Figura 1 se muestra la unión y apoyo que existe en las familias hacia el niño con sospecha TDAH. La medición de la escala arrojó un valor intermedio con 30 por ciento, lo cual revela una tendencia a realizar actividades en conjunto, de convivir y apoyarse mutuamente, aunque no sea muy evidente, sin embargo, también se evidencia un valor alto de 66 por ciento indicando que 38 de los casos realmente reciben un apoyo y existe una unión en el seno familiar, sin importar el deterioro en las relaciones intrafamiliares.

FIGURA 1. Escala de Relaciones Intrafamiliares: Unión y Apoyo



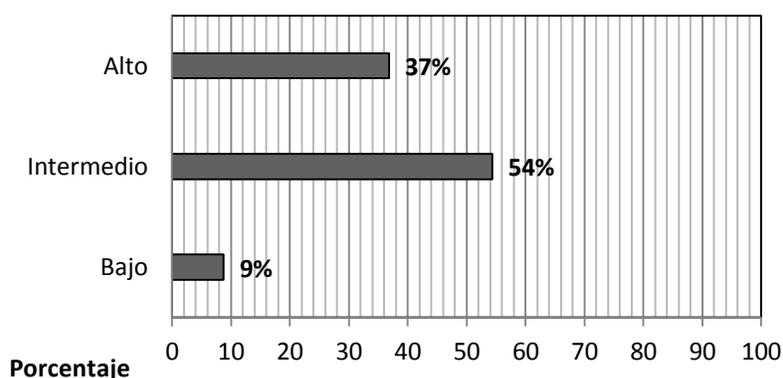
La dimensión Expresión (figura 2) habla de la posibilidad de poder comunicar de manera verbal las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto, en el cual, 68 por ciento se colocó en un valor alto con la existencia de una comunicación entre los integrantes de la familia los cuales mostraron abiertamente su sentir y sus problemáticas para la toma de decisiones en torno al deterioro de las relaciones intrafamiliares.

FIGURA 2. Escala de Relaciones Intrafamiliares: Expresión



En la Figura 3 se evalúan los aspectos de las relaciones intrafamiliares como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles, el cual permite identificar el grado de percepción de un conflicto dentro de la familia. La medición arrojó un valor intermedio (54 por ciento) el cual muestra que el grado de percepción de un problema en la familia no es tan indeseable o problemático, no obstante, hubo un 37 por ciento que indicó que las relaciones intrafamiliares sí eran problemáticas.

FIGURA 3. Escala de Relaciones Intrafamiliares: Dificultades



Análisis de la escala de impacto familiar

Ahora bien, a continuación, se tiene los resultados obtenidos con la Escala de Impacto Familiar basada en seis dimensiones: actitudes y sentimientos positivos y negativos en la crianza, impacto en la relación social, impacto en el ámbito financiero, impacto en la vida matrimonial e impacto suscitado entre hermanos.

En la Tabla 11 se observa que el impacto negativo en las relaciones sociales fue poco (59.6 por ciento) con lo cual podemos deducir que la relación social de los cuidadores no se ve drásticamente afectada por la presencia del TDAH en la familia, sin embargo, no se puede descartar la presencia de un impacto negativo (29.8 por ciento) que altere drásticamente la relación intrafamiliar.

TABLA 11. Escala de Impacto Familiar: Impacto Negativo en las Relaciones Sociales

Impacto Negativo en las Relaciones Sociales		
	Frecuencia	Porcentaje
Sin Impacto Negativo social	3	5.3
Poco Impacto Negativo social	34	59.6
Impacto Negativo social	17	29.8
Bastante Impacto Negativo social	3	5.3
Total	57	100

Se muestra (Tabla 12) el impacto negativo en los sentimientos de la crianza con un valor de 91.2 por ciento, el cual demuestra la presencia de un impacto negativo en los sentimientos por parte de los cuidadores en la crianza del niño con sospecha TDAH.

TABLA 12.Escala de Impacto Familiar: Impacto Negativo en los Sentimientos de la Crianza

Impacto Negativo en los Sentimientos de la Crianza		
	Frecuencia	Porcentaje
Poco impacto negativo en la crianza de su hijo	1	1.8
Impacto negativo en la crianza de su hijo	52	91.2
Bastante impacto negativo en la crianza de su hijo	4	7.0
Total	57	100

Ahora en la Tabla 13 se muestra el impacto positivo de los sentimientos de los cuidadores en la crianza del niño con sospecha TDAH donde una prevalencia alta de 93.0 por ciento, con el cual se puede analizar que independientemente de la presencia del TDAH en la familia los cuidadores en cierto momento dado presentan sentimientos de satisfacción.

TABLA 13.Escala de Impacto Familiar: Impacto Positivo en los Sentimientos de la Crianza

Impacto Positivo en los sentimientos de la crianza		
	Frecuencia	Porcentaje
Poco impacto positivo en la crianza de su hijo	2	3.5
Impacto Positivo en los sentimientos en la crianza	53	93.0
Bastante impacto positivo en la crianza de su hijo	2	3.5
Total	57	100

Respecto al impacto financiero en la Tabla 14 se observa que 63.2 por ciento de los cuidadores de niños con sospecha TDAH expresó que la condición del niño no es indicio de un deterioro

en su economía, sin embargo, otro 29.7 por ciento reconoció que el cuidado del niño implica un coste económico.

TABLA 14. Escala de Impacto Familiar: Impacto Financiero en la Familia

Impacto Financiero		
	Frecuencia	Porcentaje
Sin impacto financiero en la familia	1	1.8
Poco impacto financiero en la familia	36	63.2
Impacto financiero en la familia	17	29.7
Bastante impacto financiero en la familia	3	5.3
Total	57	100

Se muestra el impacto en la relación matrimonial de los cuidadores (Tabla 15), 56.52 por ciento de los cuidadores mencionó que el TDAH en la familia no afecta drásticamente su relación matrimonial, sin embargo, un tercio de la muestra estudiada sí reconoció un deterioro en su relación.

TABLA 15. Escala de Impacto Familiar: Impacto en las Relaciones Matrimoniales

Impacto en las Relaciones Matrimoniales			
		Frecuencia	Porcentaje
	Sin impacto en las relaciones matrimoniales	4	8.70
	Poco impacto en las relaciones matrimoniales	26	56.52
	Impacto en las relaciones matrimoniales	14	30.43
	Bastante impacto en las relaciones matrimoniales	2	4.35
	Total	46	100
Perdidos	N/A	11	
Total		57	

En la Tabla 16 se muestra el impacto generado a partir de la relación que tiene el niño con sospecha TDAH con sus hermanos. Se encontró 58.82 por ciento en casos donde la relación

del niño con sospecha de TDAH y sus hermanos no existen conflictos severos, no obstante, en uno de cada tres se consideró impacto entre la relación con sus hermanos.

TABLA 16. Escala de Impacto Familiar: Impacto en la Relación entre Hermanos

Impacto entre la relación entre hermanos			
		Frecuencia	Porcentaje
	Sin impacto en las relaciones entre hermanos	1	1.96
	Poco impacto en las relaciones entre hermanos	30	58.82
	Impacto en las relaciones entre hermanos	15	29.41
	Bastante impacto en las relaciones entre hermanos	5	9.80
	Total	51	100
Perdidos	N/A	6	
Total		57	

Para la interpretación de las escalas se llevó a cabo un análisis estadístico inferencial con estimación de frecuencias del impacto familiar del grupo tomando como base el valor más representativo según la escala de Likert: sin impacto, poco impacto, impacto, bastante impacto.⁵⁵ Se realizó una tabla personalizada haciendo cruces de variables entre las dimensiones apoyo y unión, dificultades y expresión de la escala de relaciones intrafamiliares con las 6 dimensiones de la escala de impacto familiar, que a continuación se muestra:

⁵⁵ INDEM, Straffon Vincent Rosalba y Márquez Celedonio Félix Guillermo, 2008.

TABLA 17. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar con la Escala de Relaciones Intrafamiliares

Escala de Impacto Familiar Dimensión		Escala de Relaciones Intrafamiliares: Unión y Apoyo			Escala de Relaciones Intrafamiliares: Dificultades			Escala de Relaciones Intrafamiliares: Expresión	
		Bajo (%)	Medio (%)	Alto (%)	Bajo (%)	Medio (%)	Alto (%)	Medio (%)	Alto (%)
Impacto Negativo en las Relaciones Sociales	Sin impacto	0	33.3	66.7	0	66.7	33.3	33.3	66.7
	Poco impacto	0	29.4	70.6	8.8	64.7	26.5	29.4	70.6
	Impacto	5.9	23.5	70.6	11.8	29.4	58.8	23.5	76.5
	Bastante impacto	33.3	66.7	0	0	66.7	33.3	100	0
Impacto del sentimiento negativo en la crianza del niño	Poco impacto	0	100	0	0	100	0	0	100
	Impacto	83.8	30.8	65.4	9.6	53.8	36.5	30.8	69.2
	Bastante impacto	0	0	100	0	50.0	50.0	50.0	50.0
Impacto del sentimiento positivo en la crianza del niño	Poco impacto	0	0	100	0	0	100	0	100
	Impacto	3.8	32.1	64.1	7.5	56.6	35.9	34.0	66.0
	Bastante impacto	0	0	100	50.0	50.0	0	0	100
Impacto Financiero	Sin impacto	0	0	100	0	0	100	0	100
	Poco impacto	5.6	38.9	55.6	8.3	55.6	36.1	36.1	63.9
	Impacto	0	17.6	82.4	5.9	58.8	35.3	29.4	70.6
	Bastante impacto	0	0	100	33.3	33.3	33.3	0	100
Impacto Matrimonial	Sin impacto	0	25.0	75.0	0	75.0	25.0	0	100
	Poco impacto	3.8	11.5	84.6	19.2	46.2	34.6	23.1	76.9
	Impacto	7.1	64.3	28.6	0	57.2	42.9	28.6	71.4
		0	100	0	0	100	0	100	0

	Bastante impacto								
Impacto entre Hermanos	Sin impacto	0	0	100	0	100	0	0	100
	Poco impacto	0	23.3	76.7	13.3	53.3	33.3	20.0	80.0
	Impacto	6.7	40.0	53.3	0	60.0	40.0	46.7	53.3
	Bastante impacto	20.0	40.0	40.0	0	60.0	40.0	80.0	20.0

Con base en la Tabla 17, se puede evidenciar la presencia de un impacto negativo en las relaciones sociales, al igual que en el impacto financiero, la relación matrimonial y entre hermanos, sin embargo, en el impacto de los sentimientos de la crianza tanto positivo como negativo el impacto se evidenció, deduciéndose que existe unión y apoyo familiar de los cuidadores hacia sus hijos con sospecha TDAH, siendo capaces de expresar sus emociones e ideales en torno a la problemática que viven, no obstante tienen escasa capacidad de enfrentar sus dificultades generadas a causa del TDAH en sus hijos.

(Consultar anexos del desglose del Análisis estadístico inferencial del Impacto Familiar y Relaciones Intrafamiliares)

Análisis de Correlación de la Escala de Impacto Familiar y Relaciones Intrafamiliares

Se realizó una prueba Tau-b de Kendall para valorar la correlación entre las variables. En la tabla 17 se observa que el impacto financiero obtuvo una Tau-b de 0.263 y un nivel de significancia del 0.040 con la dimensión de unión y apoyo familiar lo cual indica una correlación significativamente del 0.05, rechazando la hipótesis nula «No Existe correlación entre el impacto financiero y, el apoyo y unión que la familia le brinda al niño con sospecha TDAH». En la dimensión que muestra el impacto matrimonial se obtuvo como resultado una Tau-b de 0.477 y un nivel de significancia del 0.001 con la dimensión de unión y apoyo familiar lo cual indica una correlación significativamente del 0.01, rechazando la hipótesis nula «No Existe correlación entre el impacto matrimonial y, el apoyo y unión que la familia le brinda al niño con sospecha TDAH».

En la dimensión que muestra el impacto entre hermanos se obtuvo como resultado Tau-b de 0.309 y un nivel de significancia del 0.021 con la dimensión de unión y apoyo familiar lo cual indica una correlación significativa del 0.01, rechazando la hipótesis nula «No Existe correlación entre el impacto matrimonial y, el apoyo y unión que la familia le brinda al niño con sospecha TDAH».

Sin embargo, también hubo una correlación directa entre las dimensiones expresión e impacto en la relación entre hermanos se obtuvo como resultado una Tau-b de 0.389 y un nivel de significancia del 0.004 lo cual indica una correlación significativamente del 0.01, rechazando la hipótesis nula «No Existe correlación entre el impacto en la relación entre hermanos y el grado de expresión en la familia generado por la sospecha de tener un hijo con TDAH».

En la Tabla 17 se muestra la correlación Tau-b de Kendall entre las dimensiones dificultades e impacto del sentimiento positivo en la crianza del niño en la cual se obtuvo como resultado una Tau-b de -0.307 y un nivel de significancia del -0.017 lo cual indica una correlación significativa del 0.05, rechazando la hipótesis nula «No Existe correlación entre el impacto del sentimiento positivo en la crianza del niño y, las dificultades familiares generadas por la sospecha de tener un hijo con TDAH».

TABLA 18. Correlación Tau-b Kendall: Escala de Impacto Familiar con la Escala de Relaciones Intrafamiliares

Escala de Impacto Familiar	Escala de Relaciones Intrafamiliares: Unión y Apoyo		Escala de Relaciones Intrafamiliares: Dificultades		Escala de Relaciones Intrafamiliares: Expresión	
	Tau-b	<i>p</i>	Tau-b	<i>p</i>	Tau-b	<i>P</i>
Impacto Negativo en las Relaciones Sociales	-0.161	0.204	0.175	0.159	-0.093	0.467
Impacto del sentimiento negativo en la crianza del niño	0.242	0.064	0.110	0.391	-0.135	0.310
Impacto del sentimiento positivo en la crianza del niño	0.000	1.000	-0.307*	-0.017	0.000	1.000
Impacto Financiero	0.263*	0.040	-0.07	0.576	0.101	0.437
Impacto Matrimonial	0.477**	0.001	0.087	0.525	-0.256	0.072
Impacto entre Hermanos	0.309*	0.021	0.142	0.281	0.389**	0.004

Nivel de significancia (α):5% = 0.005

******La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

*****La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

Sin * No hay significancia

Al analizar las correlaciones se puede visualizar que las dimensiones de impacto del sentimiento positivo en la crianza del niño con la dimensión dificultades demuestra que entre más dificultades afronten los cuidadores la problemática de tener un hijo con sospecha TDAH el impacto del sentimiento positivo en la crianza disminuye. Otra correlación significativa fue entre el impacto financiero y la dimensión de unión y apoyo en la cual se muestra que la unión y el apoyo que los cuidadores le brindan al niño con sospecha TDAH dependen directamente del factor económico, si no existe deterioro, el apoyo familiar es elevado, sin embargo, la atención que se le brinda al niño con sospecha TDAH implica modificación en su situación financiera.

La dimensión que mide el impacto en la relación matrimonial de los cuidadores tuvo correlación significativa con la dimensión unión y apoyo familiar, por lo que si no hay deterioro en su relación matrimonial el apoyo familiar aumenta. Y por último, la dimensión que analiza el impacto en la relación entre hermanos se mostró una correlación significativa entre las dimensiones de unión y apoyo familiar y expresión, donde la correlación más significativa estuvo presente en el apoyo familiar, con lo cual se dice que dependen directamente de la relación que tengan los niños con sospecha TDAH con sus hermanos para que la unión y apoyo familiar al igual que el grado de expresión de sus emociones e ideas sea proporcionalmente significativa.

Por lo que, los predictores mencionados van desde bajos a moderados y, por lo tanto, existen otros factores que pueden influenciar y que no han sido considerados para el análisis, por lo que deberán ser planteados en un estudio de factores de riesgo o en un estudio multivariado con diferentes grados de impacto en las áreas del comportamiento de la familia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Características generales

Para esta investigación se parte de un análisis descriptivo realizado con datos obtenidos de la USAER-SEDUZAC «Ignacio M. Altamirano», Guadalupe, Zacatecas, 20016, donde se observa que la ocurrencia del grado escolar recae en niños de tercer grado de primaria con un 26 por ciento, sin embargo, en primero y segundo año exhiben una incidencia similar (23 por ciento y 25 por ciento) comparado con las investigaciones de Buffalo, Tood. B. Kashdan en el año 2004, Susan Shur-Fen Gau en el año 2007, M. Scroeder Valarie en el año 2009, solo se menciona que el grupo de niños participantes en sus investigaciones recaen entre los seis y trece años de edad, hablando de un nivel de escolaridad primaria, donde todos presentan un elevado índice de problemas conductuales, ya que la teoría del aprendizaje (Conductismo) estipula que a un estímulo le sigue una respuesta, comparado con las conductas de los padres hacia el hijo.

La investigación está basada en las relaciones intrafamiliares de familias con niños con sospecha TDAH ante un impacto ya sea positivo o negativo en varias dimensiones de la familia, por lo que se analizaron varios aspectos entorno a los cuidadores del niño donde podemos observar que el sexo del cuidador recae con un 89 por ciento en mujer con edades entre los treinta y treinta nueve años; en la investigación de Rosello B. en el año 2003 al igual que en la investigación de Rosa García Castellar en el año 2006, en ambas sólo valoraron a padres de familia, pero no se mencionan las especificaciones directas de estos cuidadores, sin embargo en la investigación de Susan Shur-Fen Gau en el año 2007 se habla de la madre como cuidador directo y principal factor de riesgo condicionante para el desarrollo del TDAH, pero Ma. Jesús presentación menciona en su investigación que los cuidadores no sólo son padre o madre sino la familia como tal.

Al respecto del estado civil 47 por ciento están casadas con un grado de escolaridad secundaria con un 44 por ciento, no obstante, un 21 por ciento no concluyó la educación básica. Dentro de las características económicas y laborales del encuestado el 53 por ciento de los cuidadores indicó no estar trabajando mientras los demás dijeron trabajar de cinco a siete días a la semana con un total de 8 horas diarias, donde solo un integrante de la familia aporta entre \$2,000 a \$4,000 pesos mensuales y el 56 por ciento de los encuestados dijo no tener deudas económicas con un índice de hacinamiento del 51 por ciento. En la investigación de Rosalba Traffon Vicent en el año 2008, se observó que el estado civil e ingreso familiar no se

encontraron diferencias significativas entre los grupos que analizó. Percatando que tanto el grupo local como el grupo de otros investigadores presentan características descriptivas similares.

En el diagnóstico de sospecha TDAH se obtuvo un 66 por ciento de casos con sospecha de TDAH de un total de 86 casos donde el 34 por ciento no presenta el trastorno. Miranda Casas A. de la Universidad de Valencia, España en el año 2007 obtuvo como resultado de un diagnóstico de TDAH basado en el DSM-V un total de 25 por ciento con un subtipo con predominio de inatención y un 75 por ciento subtipo combinado de 114 casos analizados. Comparando y llegando a la conclusión de que ella obtuvo un 25 por ciento y 75 por ciento de casos con TDAH de diferente subtipo y los resultados arrojaron 34 por ciento y 66 por ciento, donde solo el 66 por ciento tenían el trastorno, encontrando una discrepancia en los resultados obtenidos. En otra investigación como la de Cecilia Montiel Nava de Venezuela en el año 2005, realizó un diagnóstico de TDAH encontrando 29 casos con diagnóstico de TDAH y 24 casos sin TDAH, realizando una comparación entre grupos.

Escala de relaciones intrafamiliares

La escala de relaciones intrafamiliares basada en tres dimensiones fue evaluada conforme a los puntajes establecidos por la misma, la cual incluye la percepción que se tiene del grado de unión y apoyo familiar, el estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar reglas de convivencia y adaptarse a situaciones de cambio. Según Minuchin (1977) la teoría estructural del funcionamiento familiar define a la familia como un sistema que tiene una estructura dada por los miembros que la componen y las pautas de interacción que se repiten; la estructura le da la forma a la organización.

Dimensión de unión y apoyo Familiar

Con respecto a la dimensión esta fue catalogada como alta con un 60 por ciento de respuesta indicando que 38 de los casos realmente reciben apoyo y existe una unión en el seno familiar, sin embargo también se evidencia un valor intermedio con un 30 por ciento representando una tendencia menos positiva a realizar actividades en conjunto, de convivir y apoyarse mutuamente a pesar de las dificultades en la familia, comparado con las investigaciones de María Dolores Sevilla Grau ella en el 2006 ella realizó un estudio donde valoró el apoyo familiar para la crianza en el TDAH, el cual lo dividió en tres secciones apoyo familiar, apoyo de los amigos

y otro tipo de apoyo, donde se hace una valoración del apoyo en la familia con un 45 por ciento comparado con el obtenido de 60 por ciento mostrando una discrepancia entre los resultados. Angélica Fontana Hernández en el año 2009 valoró el apoyo familiar en el proceso de integración educativa hablando de los cuidadores que proporcionan directamente un apoyo, donde se habla de que los hermanos mayores proporcionan el mayor apoyo en la familia, comparado con nuestros resultados donde las madres son las cuidadoras directas.

Dimensión de Expresión en la Familia

La dimensión expresión arrojó un valor alto con un 68 por ciento demostrando la existencia de una comunicación entre los integrantes de la familia, mostrando abiertamente su sentir y su problemática para la toma de decisiones, sin embargo, el 32 por ciento mostró un valor intermedio representado como la capacidad media para expresar sus emociones y sentimientos.

Dimensión de Dificultades en la Familia

Con respecto a esta dimensión se obtuvo un valor intermedio del 54 por ciento mostrando el grado de percepción de un problema en la familia como menos indeseable o problemático, no obstante, hubo un 37 por ciento que indica que las relaciones intrafamiliares son meramente problemáticas.

Escala de Impacto Familiar

En el análisis estadístico descriptivo e inferencial se analizaron las dimensiones de la escala de impacto familiar con las dimensiones de la escala de relaciones intrafamiliares a través de cruces de variables (tablas de contingencia) obteniendo como resultado en la dimensión de impacto negativo en las relaciones sociales poco impacto con una unión y apoyo familiar alta 24 (70.6 por ciento), un grado de dificultad intermedio 22 (64.7 por ciento) y un grado de expresión alto 24 (70.6 por ciento), no hubo correlación significativa entre ninguna de las variables, deduciendo que a pesar de que el impacto negativo en las relaciones sociales es poco, no se descarta la posibilidad de un deterioro donde la unión y apoyo familiar existe al igual que la manera de expresar sus emociones e ideales, pero sin embargo presentan dificultades para afrontar la situación.

La dimensión que mide el impacto del sentimiento negativo en la crianza obtuvo como resultado un impacto formal con una unión y apoyo familiar alto 34 (65.4 por ciento), un grado

de expresión alto 36 (69.2 por ciento) y un grado de dificultad intermedio 28 (53.8 por ciento), no hubo correlación significativa entre ninguna de las variables, concluyendo que a pesar de verse marcado un impacto negativo en la manera en como los cuidadores presentan sentimientos desagradables en la manera en como crían a sus hijos eso no les impide que de manera indirecta exista un apoyo y unión familiar, puedan expresar sus sentimientos pero no tienen la capacidad de afrontar las dificultades que amerita el tener un hijo con TDAH.

El impacto del sentimiento positivo en la crianza muestra como resultado un impacto formal con un alto grado de unión y apoyo familiar 34 (64.1 por ciento), un grado intermedio de dificultades 30 (56.6 por ciento) y un elevado grado de expresión 35 (66.0 por ciento), mostrando una correlación significativa del -0.017 y una Tau-b de -0.307, concluyendo que entre más dificultades presenten los cuidadores en torno a la problemática de su hijo con sospecha TDAH el impacto positivo en la crianza disminuye debido a que la correlación significativa es inversa por lo que se toma como negativa a pesar de que son capaces de expresar sus ideales y tener un apoyo en la familia.

El impacto financiero fue poco con un alto grado de unión y apoyo 20 (55.6 por ciento), un grado intermedio de dificultades 20 (55.6 por ciento) y un alto grado de expresión 23 (63.9 por ciento), mostrando una correlación significativa del 0.040 y una Tau-b de 0.263, concluyendo que independientemente de que el impacto financiero es poco siempre existe un deterioro en la situación económica debido a los cuidados que el niño amerita por presentar sospecha TDAH. El impacto matrimonial mostró un impacto menos formal con un grado de unión y apoyo familiar elevado 22 (84.6 por ciento), un grado de dificultades intermedio 12 (46.2 por ciento) y un grado de expresión alto 20 (76.9 por ciento), una correlación significativa del 0.001 y una Tau-b de 0.477, concluyendo que a pesar de que el impacto no es formal siempre existen dificultades para afrontar la situación a pesar de existir una unión y un grado de expresión elevados.

La dimensión que analiza el impacto en la relación entre hermanos muestra un impacto menos formal con un grado de unión y apoyo familiar elevado 23 (76.7 por ciento), un grado de dificultad intermedio 12 (46.2 por ciento) y un grado de expresión elevado 20 (76.9 por ciento), una correlación significativa del 0.004 y una Tau-b de 0.389, concluyendo que a pesar de existir un grado de unión y apoyo elevado al igual que el grado de expresión, las dificultades entre hermanos siempre persisten.

El análisis inferencial estuvo basado en una prueba no paramétrica Tau-b de Kendall para variables originalmente ordinales que es una prueba de hipótesis, para una sola muestra. El análisis realizado por Ma. Jesús Presentación estuvo también basado en una prueba no paramétrica de Wilcoxon para comparar el rango medio de dos muestras, para las comparaciones entre los grupos se aplicó el estadístico U de Mann-Whitney, mientras que nuestro análisis estuvo basado en la Tau-b Kendall para un solo grupo poblacional.

Un interesante trabajo realizado por Donenberg y Baker analizó el sistema familiar de los niños con TDAH, y destacó el estrés y la elevada conflictividad de las interacciones padres-hijos. En concreto, estos 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. Pero, además, en comparación con las familias de niños autistas, se encontró que los niños con TDAH generaban niveles similares de impacto familiar y estrés.

Por lo tanto, existe un impacto negativo en la manera en cómo influyen los sentimientos en los cuidadores en torno a la condición del niño, lo cual suscita un estrés severo en ciertas situaciones, frustración, falta de confianza para el manejo del comportamiento de su hijo, así como menos efectivo y competente como padre. Se midió el estrés para valorar que tanto el niño con sospecha TDAH ocasionaba a su cuidador sentimientos de tensión física y emocional, observando que sólo en algunas ocasiones se evidenció, provocando una sensación de frustración. Se dijo que sólo en algunas ocasiones podrían pasar tiempo con el niño, pero cuando lo hacía disfrutaba mucho el jugar y divertirse con él ya que le ocasionaba sentirse con más energía de lo normal, sintiéndose en ocasiones seguro, competente y amado como padre de familia, sin importar las dificultades presentes en torno al TDAH.

Los cuidadores estipularon que les molestaba el comportamiento de su hijo sintiéndose solos en la manera de tratar con él, pero con confianza para hacerlo. Además, dijeron que podían controlar de manera directa el comportamiento del niño con sospecha TDAH, diciendo que de vez en cuando sí obedecía las indicaciones para realizar ciertas actividades en el hogar. También mencionaron los cuidadores que es indispensable para ellos pasar más tiempo con sus amigos sin importar el comportamiento del niño, ya que no les ocasiona ninguna tensión en público, ni mucho menos les complica advertir el comportamiento de su hijo(a) sino al contrario, ellos

explicaron que, si los mandan a realizar diversas actividades a la tiendita de la esquina, sin medir el peligro que esto puede ocasionar.

Se midió el costo económico que genera la crianza del niño, así como su cuidado, su alimentación, su terapia farmacológica en caso de necesitarla, así como la psicológica, su educación y si asiste a cursos y actividades recreativas. Se observó que el cuidado y la crianza del niño con sospecha TDAH fue elevada, así como su alimentación, los medicamentos administrados por un especialista, su educación, atención psicológica, cursos y actividades recreativas, mencionaron que existe un costo elevado en el cuidado del niño, debida a la atención que amerita.

Ellos dijeron que no se veían conflictos severos ni desacuerdos, ni mucho menos una separación matrimonial por causa del problema de TDAH, pero eso no era indicio de una cercanía con su pareja ni que estuvieran totalmente de acuerdo con la forma de sobrellevar el comportamiento del niño con sospecha TDAH; además cabe señalar, que una condición en la medición de esta escala era contestarla con su pareja (en caso de tenerla) si no que pasara a la siguiente dimensión, en donde se encontró que solo 46 casos del total de 57 la contestaron. Se mencionó que de ningún modo los otros hijos influyen en el cuidado del niño, no se avergüenzan de su comportamiento, sin embargo, no todo el tiempo disfrutaban estar con él ya que les rompe sus juguetes e interfiere en sus actividades cotidianas. A pesar de la condición del niño con sospecha TDAH sus hermanos sí invitan a sus amigos a la casa.

Las investigaciones de Rosello B. y colaboradores en el año 2003 muestran un estudio donde analizaron el impacto del niño con TDAH en diferentes ámbitos de la familia, obteniendo como resultados que el 8.8 por ciento sentían un nivel muy elevado de estrés, el 75 por ciento creía que no era capaz de manejar el comportamiento de su hijo, el 50 por ciento consideró que podría ser mejor padre, el 44 por ciento opinó que su hijo le producía más sentimientos de frustración y de ira; por último, el 22 por ciento se sentían menos efectivos y competentes como padres.

En la categoría de relación de pareja, el 50 por ciento de los padres indicaron que tenían mayores enfrentamientos maritales a causa de su hijo, donde podemos comparar sus resultados con los obtenidos, donde se muestran respuestas en base a la más representativa de cada ítem obteniendo datos tales como un estrés severo en ciertas ocasiones, frustración e ira severos, donde sólo en ciertas ocasiones existía falta de confianza en la forma de manejar el comportamiento de su hijo, se sentían menos efectivos y competentes como padres, no existen conflictos maritales a causa del TDAH de su hijo, pero eso no era indicio de cercanía con su

pareja ni que estuvieran totalmente de acuerdo con la forma de sobrellevar el comportamiento de su hijo.

En la investigación Straffon Vincent Rosalba y Márquez Celedonio Félix Guillermo de la Universidad Veracruzana de México en el año 2008 arrojó resultado en los cuales los padres percibieron un mayor impacto familiar en las dimensiones de vida social, financiera, relación matrimonial, relación entre hermanos y dificultad para vivir con el escolar, y en cambio consideraron una menor influencia sobre la familia. La dimensión de sentimientos y actitudes de los padres hacia el escolar fue la única similar entre los grupos que comparó 25(17-41) en el grupo con TDAH y 26(17-34) en el grupo control.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La investigación invita a seguir indagando sobre el tema del TDAH en las USAER-SEDUZAC en cualquier región del municipio de Guadalupe como del estado de Zacatecas. Pues demuestra la falta de análisis del mismo a nivel local y nacional en dicha área. Se encontró información del tema en el área educativa con una visión de mejora, tanto nacional como internacional, pero con respecto al ámbito familiar hay poca investigación del tema a nivel nacional.

Así pues de acuerdo a la hipótesis de investigación, que se planteó, «Las relaciones intrafamiliares deterioradas en familias con niños con sospecha TDAH que asisten a USAER-SEDUZAC, «Ignacio Manuel Altamirano», generan un impacto familiar negativo en las áreas del comportamiento de la familia», se llega a la conclusión de que la hipótesis se cumple ya que existe un deterioro drástico en las diferentes áreas del comportamiento de la familia, se demostró un impacto negativo en los sentimientos generados en la crianza de sus hijos con sospecha TDAH, se evidenció estrés, frustración, falta de confianza, tensión física y emocional y problemas conductuales.

Además, se pudo comprobar que las relaciones sociales arrojaron un impacto negativo informal, un costo económico elevado, las relaciones matrimoniales deterioradas y una relación entre hermanos dañada. También se pudo visualizar que la unión y apoyo que la familia brinda al niño con sospecha TDAH coexisten, el grado de expresión persiste debido a que son capaces de expresar sus emociones, sentimientos e ideales, y el grado de dificultad es marcado ya que no presentan capacidad para afrontar la problemática que están viviendo.

Predominó el sexo masculino sobre el femenino del escolar, 61 por ciento y 39 por ciento respectivamente, el grado del escolar prevaleció en tercer año de primaria, donde el mayor índice de recolección de casos estuvo entre las escuelas primarias Lázaro Cárdenas y Severo Cosío con 35 por ciento cada una. El sexo que predominó en el cuidador fue el femenino con 89 por ciento con un valor medio de edad entre 30 y 39 años con un estado civil de casadas con 47 por ciento y un grado de escolaridad secundaria con 44 por ciento. El 53 por ciento de los cuidadores mencionó que trabaja en el ámbito privado con un salario entre \$2,000 a \$4,000 mensuales donde sólo un integrante de la familia aporta ingresos, los cuales trabajan hasta siete días a la semana con ocho horas laborales por día, y a pesar de que 51 por ciento de ellos vive en hacinamiento su vivienda cuenta con bienes y servicios básicos.

Para el diagnóstico de sospecha TDAH en la USAER-SEDUZAC «Ignacio M. Altamirano» del municipio de Guadalupe, Zacatecas el resultado arrojó que 66 por ciento de los casos tienen sospecha TDAH, mientras que el 34 por ciento no presentan el trastorno. En la escala de relaciones intrafamiliares las dimensiones que evidenciaron un mayor problema fue la dimensión de dificultades con un valor intermedio (54 por ciento) evaluando los aspectos de las relaciones intrafamiliares como indeseables, negativos, problemáticos y difíciles donde el grado de percepción del conflicto es más negativo, la dimensión de expresión arrojó un valor intermedio de 32 por ciento mostrando ciertas dificultades en la manera de expresar sus dificultades y emociones a los miembros de la familia.

En conclusión, se presenta impacto negativo menos formal en las relaciones sociales de los cuidadores al igual que en el impacto del sentimiento negativo de la crianza, aunque es poco está presente, sin embargo, no hay una correlación significativa entre unión y apoyo familiar, el grado de expresión y las dificultades de tener hijos con TDAH. No obstante, hay un impacto formal en el sentimiento positivo de la crianza el cual tuvo una correlación significativa con el grado de percepción de los conflictos familiares considerados como indeseables y negativos.

El impacto financiero, las relaciones matrimoniales y entre hermanos presentan un impacto menos formal, sin embargo las tres dimensiones tienen una correlación significativa entre la unión y apoyo familiar ya que son directamente proporcionales, el deterioro en el aspecto financiero, matrimonial y los conflictos entre hermanos muestra un impacto negativo en el apoyo que la familia le brinda al niño con sospecha TDAH así como en la capacidad de comunicar verbalmente sus emociones, ideas y acontecimientos dentro del ámbito familiar.

De esta forma se cumple con el objetivo general al medir e identificar el impacto familiar en función del deterioro que presentan los cuidadores en las relaciones intrafamiliares, así como el describir los objetivos específicos al analizar el impacto familiar y encontrar correlación significativa en algunas de las variables de mayor relevancia, conocer las relaciones intrafamiliares de acuerdo a como las familias carecen de capacidad para afrontar sus conflictos, la manera en como expresan sus emociones e ideales y la unión y apoyo que las familias brindan al niño con sospecha TDAH.

Una vez que se identificó el impacto familiar dependiente de las relaciones intrafamiliares, la USAER-SEDUZAC debe adaptarse y adecuarse a las nuevas exigencias para mantener su permanencia, una de estas necesidades son la aplicación de escalas psicosociales para el diagnóstico severo del TDAH así como la autoevaluación de los docentes y padres de familia,

ya que ello permitirá una retroalimentación de los procedimientos de diagnóstico, tanto del TDAH como de las principales debilidades de las familias. Es necesario realizar cambios que puedan ser estructurales y funcionales, sin duda, los primeros son los que mayor dificultad representan, pues implican un cambio reconstructivo en el área educativa y familiar a corto plazo.

Las pautas que ayudarán a mejorar y cambiar la situación familiar son:

- a) Implementación de programas de evaluación del desempeño de los docentes a nivel educativo.
- b) Programa de motivación y estimulación con la finalidad de concientizar tanto a los docentes como a la familia para hacerlos participe del desarrollo cognitivo y emocional del niño con sospecha TDAH
- c) Cursos para mejorar la comunicación y lograr mayor flexibilidad con los padres de familia
- d) Generación de un programa de cursos orientados a mejorar los aspectos de participación, trabajo en equipo, mejora continua y comunicación interpersonal
- e) Elaboración de trípticos para padres de familia y docentes con los resultados y propuestas de posibles soluciones para el TDAH

Las recomendaciones que anteriormente se plasman serán evidenciadas y dadas a conocer a la USAER-SEDUZAC “M. Altamirano” del municipio de Guadalupe Zacatecas, una vez evaluado el trabajo, así como, de su posterior publicación en la revista IBN SINA perteneciente al programa de la Maestría en Ciencias de la Salud con Especialidad en Salud Pública de la Unidad Académica de Medicina Humana de la Universidad Autónoma de Zacatecas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERICAN Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2000; 105: 1158-70.
2. AMERICAN Psychiatric Association. «Diagnostic and statistical manual of mental disorders», 5ª edition, Text review (DSM-V-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
3. ALMENARES Aleaga M. Bernal L. Ortiz María. T. Comportamiento de la Violencia Intrafamiliar en la Zona de Jaimanitas. Tesis para optar por la maestría de Salud Pública. 1997, citado de: ORTIZ Gómez María Teresita, «La Salud Familiar».
4. BARKLEY, R.A., *et al.*, «The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria--III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology», *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, Volume 32, Number 1, 1991, pp. 233-255.
5. BARKLEY, R., «ADHD and the nature of self-control», Nueva York: Guilford, 1997.
6. CARDONA Ledy Maryory y Alviar Ruiz Margarita María, «Familias atrapadas en la hiperactividad», *Revista Facultad de Trabajo Social*, Volumen 29, Número 29, Universidad en Medellín, Colombia, 2013, pp. 237-259.
7. CHISTIANSEN Hanna, *et al.*, «Interactions of self-concept, social support and expressed emotion in families with ADHD», *Revista Eur Child Adolesc Psychiatry*, Volume 19, Number 1, University of Würzburg, Würzburg, Germany, 2010, pp. 5-91.
8. CRESPO Comesaña Julia María, «Bases para construir una comunicación positiva en la familia», *Revista de Investigación en Educación*, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, 2011, pp. 91-98.
9. DONENBERG, G. & Baker, B. L. (1993). The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 179-198.
10. EINAQ (European Interdisciplinary Network for ADHD Quality Assurance) and Thomson Advanced Communications (ATC) 2003. www.einaq.org. Consulted the 13 de November del 2015.
11. FERNÁNDEZ Ortega Miguel Ángel, «El Impacto de la Enfermedad en la familia», *Revista: Atención integral del paciente en atención primaria*, Número 15, Volumen 5,

- Departamento de medicina familiar, Facultad de medicina, UNAM, México, 2015, pp. 273-274.
12. FIGUEROA Duarte Ana Silvia Y Campbell Araujo Óscar Alberto, «Determinantes Sociales de la Salud; su Relevancia en el Abordaje de los Problemas de Salud Mental Infantil, El Caso del TDAH», *Revista Bol Clin Hosp Infant Edo Son*, Volumen 31, Número 2, Hermosillo Sonora, México, 2014, pp. 66-76.
 13. FUENTE: INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012. Nueva construcción de la base de datos. Fuente: CONAPO. Proyecciones de población 2010-2050. Población 2014 a mitad del año.
 14. FONTANA Hernández Angélica, *et al.*, «El apoyo familiar en el proceso de integración educativa de estudiantes con necesidades educativas en condición de discapacidad», *Revista Electrónica@ Educare*, Volumen 8, Número 2, Escuela Rincón del Cacao, Alajuela, Costa Rica, 2009, pp. 17-35.
 15. GUERRERO Pardo D., *et al.*, «Evolution of stress in families of children with attention deficit hyperactivity disorder», *Revista An Pediatr (Barc)*, Volumen 83, Número 5, Asociación Española de Pediatría, Madrid, España, 2014, pp. 328-335.
 16. GARCÍA Castellar Rosa, *et al.*, «Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado», *Revista de neurología*, Volumen 42, Número 3, Universidad de la Rioja, España, 2006, pp. 137-143.
 17. GRAU Sevilla María Dolores, «Análisis del contexto familiar de niños con TDAH», Tesis Doctoral, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Valencia, España, 2006, pp. 1-233.
 18. GRAU Sevilla María Dolores, «Análisis del contexto familiar en niños con TDAH», *Servei de Publicacions María Dolores Grau Sevilla*, Tesis Doctoral, 2008, Valencia, España, pp. 16-17.
 19. HIDALGO Vicario María Inés y Soutullo Esperón Cesar, «Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)», *Revista de psiquiatría española (Artículo de Revisión)*, Volumen 1, Número 1, Universidad de Navarra Pamplona, España, 2014, pp. 4-25.
 20. KASHDAN Todd B., *et al.*, «Depression and Anxiety in Parents of Children with ADHD and Varying Levels of Oppositional Defiant Behaviors: Modeling Relationships With

- Family Functioning», *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, Volume 33, Number 1, University at Buffalo, State University of New York, 2004, pp. 169-181.
21. LÓPEZ Collado Barbará y Romero Ayuso Dulce María, «Influencia del entorno familiar en las actividades escolares en los niños con TDAH, una aproximación cualitativa», *Revista tatog*, Volumen 9, Número 15, Universidad de Castilla la Mancha, Toledo, España, 2012, pp. 1-26.
 22. MIRANDA Casas A., et al., «Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno», *Revista NEUROL*, Volumen 44, Número 2, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Valencia, España, 2007, pp. 23-25.
 23. MOLINA María Fernanda, VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2014.
 24. MONTIEL Naval Cecilia, et al., «Clima Familiar en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad», *Revista Psicología Conductual*, Volumen 13, Número 2, Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo; La Universidad del Zulia Venezuela, 2005, pp. 297-310.
 25. ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud, «Determinantes Sociales de la Salud», http://www.who.int/social_determinants/es/. Consultado el 14 de noviembre del 2015.
 26. ORTIZ Gómez María Teresita, «La Salud Familiar», *Revista Cubana Med Gen Integr*, Volumen 15, Número 4, Trabajo de Revisión, Cuba 1999, pp. 439-45. PEDRAZA Vargas Steve Fernando, «Terapia narrativa en la co-construcción de la experiencia y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica de TDAH», *Revista Universitas Psychologica*, Volumen 8, Número 1, Bogotá, Colombia, enero-abril, 2009, pp. 199-214.
 27. PERIÓDICO el economista, consultado en: <http://eleconomista.com.mx/columnas/columna-especial-empresas/2014/01/21/trastornodeficitatencion-realidad>, el 25 de mayo del 2015. Programa de Acción en Salud mental, «Trastorno por déficit de atención e hiperactividad», PASM 3, Diagnóstico Epidemiológico: Salud mental, Capítulo 3,

- consultado en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_intro., el 28 de Noviembre del 2015.
28. PROGRAMA de Acción en Salud mental, «Trastorno por déficit de atención e hiperactividad», PASM 2, Conceptos Generales: Salud mental, Capitulo 2, consultado en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_intro.pdf, el 27 de Noviembre del 2015.
 29. PLAN de Formación. Fraternidades. Eje Antropológico, provincia americana central. eprints.ucm.es/10994/1/Guia_CM_Como_resolver Iso_conflictos. Consultado el 19 de junio del 2017.
 30. PEDRAZA Vargas Steve Fernando, «Terapia narrativa en la co-construcción de la experiencia y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica de TDAH», Revista Universitas Psychologica, Volumen 8, Número 1, Bogotá, Colombia, enero-abril, 2009, pp. 199-214.
 31. PÉREZ Rodríguez Patricia Margarita, «Revisión de las teorías del aprendizaje más sobresalientes del siglo XX», Revista Tiempo de Educar, Volumen 5, Número 10, julio-diciembre, 2004, Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México, pp. 39-76. PRESENTACIÓN Ma. Jesús, *et al.*, «Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH», Revista Escritos de psicología, Volumen 2, Número 3, Universidad de Valencia, España, 2009, pp. 18-26.
 32. RABITO Alcón María F. y Correas Lauffer Javier, «Guías para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, una revisión crítica», Revista Actas Esp Psiquiatr, Volumen 42, Número 6, Servicio de psiquiatría y salud mental Hospital Universitario del Henares, España, 2014, pp. 315-24.
 33. RIVERA Heredia María Elena, «Escala de Relaciones intrafamiliares (E.R.I)», Revista de Psicología, Número 14, Facultad de Psicología de la Universidad de Michoacana, 2010, pp. 12-29.
 34. ROBLEDO Ramón Patricia y García Sánchez Jesús N., «Contexto familiar del alumnado con dificultades de aprendizaje o TDAH, percepciones de padres e hijos», Revista ESTUDIOS SOBRE EDUCACIÓN, Volumen 26, Número 1, Universidad de León, México, 2014, pp. 149-173.
 35. ROJAS Fernández Gilda, Boletín UNAM-DGCS-432, Ciudad Universitaria, Ciudad de México, 21 de julio de 2009. ROSELLO B., *et al.*, «El papel de los padres en el desarrollo

- y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad», Revista NEUROL, Volumen 36, Número 1, Universidad de Valencia, España, 2003, pp. 79-84.
36. SÁNCHEZ Encalada Leticia, *et al.*, «Detección e intervención a través del juego del trastorno Por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)», Revista Electrónica de Psicología Iztacala, Volumen 12, Número. 4, Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México, 2009, pp. 156-79.
 37. SHUR-FEN Gau Susan, «Parental and family factors for attention-deficit hyperactivity disorder in Taiwanese children», The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, Department of Psychiatry, National Taiwan University Hospital and College of Medicine, 2007, pp. 688-696.
 38. STRAFFON Vincent Rosalba y Márquez Celedonio Félix Guillermo, «Impacto familiar del escolar con trastorno por déficit de atención e hiperactividad», Revista Médica de la Universidad Veracruzana, Volumen 8, Número 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 61, enero - junio 2008, pp. 22.
 39. SATAKE Hiroyuki, *et al.*, «The Family Psychosocial Characteristics of Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder with or Without Oppositional or Conduct Problems in Japan», Child Psychiatry and Human Development, Volume 34, Number 3, Kyushu University, Japan, 2004, pp. 219-235.
 40. SCHROEDER M. Valarie, Kelley Michelle L, «Associations Between Family Environment, Parenting Practices, and Executive Functioning of Children with and Without ADHD», J Child Fam Stud, Volume 18, Number 1, 2009, pp. 227-235.
 41. SIPOS Roxana, *et al.*, «The Evaluation of Family Quality of Life of Children with Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactive Disorder», Applied Medical Informatics, Volume 30, Number 1, University of Medicine and Pharmacy Cluj-Napoca, Romania, 2012, pp. 1-8.
 42. TDAH: Como influye la Familia en el niños hiperactivo, «Conocer la personalidad del niño y de los padres ayuda a mantener la calma», Desarrollo Infantil, consultado en: <http://www.desarrolloinfantil.net/desarrollo-psicologico/tdah-como-influye-la-familia-en-el-nino-hiperactivo>, el 28 de Noviembre del 2015.
 43. WINGARTZ Plata Oscar, «subjetividad y procesos social», Revista Synthesis punto de vista 47, Facultad de filosofía UAQ, 2009, pp. 2-5.

44. WATSON, J.B, «El mundo de la psicología», Revista Latinoamericana de Psicología, Volumen 45, Número 2, Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia, 2013, pp. 315-319.
45. WAYNE W. Daniel, Bioestadística «Base para el análisis de las Ciencias de la Salud», Editorial Limusa Wiley, 4ta edición, 2002, consultado el día 13 de noviembre del 2017, <file:///C:/Users/Ana%20Perla/Downloads/Daniel%20Wayne-capitulo-1/Bioestadistica-Base-Para-El-Analisis-de-Las-Ciencias-de-La-Salud>.
46. Xóchitl Ixchel Chavira Hernández, *et al.*, «Conocimiento y actitudes del docente y padre de familia ante el niño con déficit de atención e hiperactividad en edad escolares en la ciudad de Zacatecas», Revista electrónica semestral especializada en el área de la salud, Volumen 1, Número 1, Universidad Autónoma de Zacatecas, México, 2010, pp. 59-79.

ANEXOS

Operacionalización de las Variables

TIPO DE VARIABLE	NOMBRE	DEFINICIÓN	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES (ÍTEM)	ESCALA DE MEDICIÓN
DEPENDIENTE	Impacto Familiar	<p>El impacto familiar hace referencia al momento en que un hecho altera la estructura familiar, definido como un proceso de análisis y tratamiento de las consecuencias sociales, tanto negativas como positivas.</p> <p>Son aquellos que están relacionados con el medio ambiente físico y social; éstos, siempre han estado presentes como condicionantes, en diversa medida, de la salud mental. (PASM 2, 2015).</p>	<p>Los factores psicosociales que se miden en la escala de impacto familiar se caracterizan por presentarse en la familia como problemas económicos, emocionales, baja escolaridad y problemas de salud que impactan drásticamente el sistema familiar.</p> <p>La escala de impacto familiar tiene cuatro posibles respuestas basada en una escala tipo Likert</p> <p>0 = De Ningún modo 1= Algo 2= Mucho 3= Bastante</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Impacto negativo en las relaciones sociales 2. Impacto en los sentimientos negativos de la crianza de su hijo 3. Impacto en los sentimientos positivos de la crianza de su hijo 4. Impacto Financiero 5. Impacto en el Matrimonio 6. Impacto en los Hermanos 	<p>16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,49</p> <p>1,3,5,7,9,11,13, 14,15</p> <p>2,4,6,8,10,12,50</p> <p>26,27,28,29,30, 31, 32</p> <p>33,34,35,36,37, 38,39</p> <p>40,41,42,43,44,45,46,47,48</p>	Cualitativas Ordinal

<p style="text-align: center;">INDEPENDIENTE</p>	<p style="text-align: center;">Relaciones Intrafamiliares</p>	<p>Las “relaciones intrafamiliares” son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. Este término está cercanamente asociado al de “ambiente familiar” y al de “recursos familiares”. (María Elena Rivera Heredia, 2010).</p>	<p>El cuestionario de relaciones intrafamiliares evalúa la percepción que se tiene del grado de unión familiar, estilo de la familia para afrontar problemas, expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a situaciones de cambio. Es una escala autoaplicable con cinco opciones de respuesta que varían de: Totalmente de Acuerdo a Totalmente en Desacuerdo. Consta de tres versiones: larga, intermedia y breve. Además de la versión original de 56 reactivos (versión larga), se desarrollaron dos versiones más, una de 37 reactivos (versión intermedia) y otra de 12 reactivos (versión breve), contando con niveles altos de confiabilidad en cada una de ellas.</p>	<p>1) Unión y apoyo</p> <p>2) Expresión</p> <p>3) Dificultades</p>	<p>5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55</p> <p>1, 3, 6, 11, 13, 16, 18, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 36, 38, 41, 43, 46, 48, 51, 53</p> <p>2, 4, 7, 9, 12, 14, 17, 19, 22, 24, 27, 29, 32, 34, 37, 39, 42, 44, 47, 49, 52, 54, 56</p>	<p style="text-align: center;">Cualitativas Ordinal</p>
---	--	---	--	--	---	---

<p style="text-align: center;">CONSTANTE</p>	<p style="text-align: center;">TDAH</p>	<p>El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una de las alteraciones psicopatológicas más frecuente en la infancia y adolescencia y se caracteriza por la presencia de tres grupos de síntomas: desatención, hiperactividad e impulsividad. Es un proceso crónico con una alta comorbilidad que va a influir en el funcionamiento neurológico del individuo. (RABITO Alcón María, 2014).</p>	<p>En el proceso de evaluación de este trastorno se utilizan diferentes procedimientos e instrumentos. Entre ellos encontramos las escalas de valoración como uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación del TDAH. Una de las más utilizadas son las "Escalas de Conners".</p> <p>Existe una versión abreviada del Test CPRS-48 (Conners Parent Rating Scale) o Escala de Evaluación de Conners para Padres, es una versión abreviada que tiene como objetivo la evaluación del trastorno de TDAH por parte de sus padres.</p> <p>Escala de evaluación de Conners</p> <p style="text-align: center;">Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperactividad (H) • Desatención (D) • Impulsividad (I) 	<p>La CPRS-48 contiene 48 ítems. Presenta la misma ponderación y los mismos 8 factores reagrupados en un cuestionario de conducta del hogar de Conner forma abreviada. Escala Likert</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alteraciones de conducta <ul style="list-style-type: none"> ➤ Miedo ➤ Ansiedad ➤ Inquietud-Impulsividad ➤ Inmadurez-problemas de aprendizaje ➤ Problemas Psicosomático ➤ Obsesión ➤ Conductas Antisociales e Hiperactividad 	<p style="text-align: center;">Cualitativas Ordinal</p>
---	--	--	--	---	--	---

			<p style="text-align: center;">ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES</p> <p style="text-align: center;">NADA = 0 PUNTOS. POCO = 1 PUNTO. BASTANTE =2 PUNTOS. MUCHO = 3 PUNTOS</p> <p>Para obtener el Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas</p> <p>Para los NIÑOS entre los 6 – 11 años: una puntuación >16 es sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD</p> <p>Para las NIÑAS entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

Referencias:

1. **Relaciones intrafamiliares:** Rivera Heredia María Elena, «Escala de Relaciones intrafamiliares (E.R.I)», Revista de Psicología, Número 14, Facultad de Psicología de la Universidad de Michoacana, 2010, pp. 12-29.
2. **Impacto Familiar: Donenberg, G. & Baker, B. L.** (1993). The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 179-198.
3. **TDAH: RABITO Alcón María F. y Correas Lauffer Javier,** «Guías para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, una revisión crítica», Revista Actas Esp P.siquiatr, Volumen 42, Número 6, Servicio de psiquiatría y salud mental Hospital Universitario del Henares, España, 2014, pp. 315-24.

Análisis del impacto familiar de niños con TDAH en la USAER «Ignacio Manuel Altamirano» en Guadalupe, Zacatecas.

SENTIMIENTOS Y ACTITUDES ACERCA DE SU HIJO(a)

ITEMS	0	1	2	3	RESPUESTA MÁS REPRESENTATIVA
1. Mi hijo(a) me estresa demasiado	4	22	18	13	1
2. Disfruto el mayor tiempo que paso con mi hijo(a)	4	21	17	15	1
3. Mi hijo(a) me origina más sentimientos de frustración e ira	12	20	17	8	1
4. Mi hijo(a) me origina más sentimientos de felicidad y orgullo	4	18	23	12	2
5. Cuando estoy con mi hijo, me siento menos efectiva y competente como padre	18	25	7	7	1
6. Es más fácil para mí jugar y divertirme con mi hijo(a)	10	17	18	12	2
7. Me molesta demasiado el comportamiento de mi hijo(a)	5	23	10	19	1
8. Mi hijo(a) me hace sentir más amado	6	21	13	17	1
9. Me siento como si estuviera trabajando solo en el intento de tratar con el comportamiento de mi hijo	6	24	10	17	1
10. Mi hijo(a) me hace sentir con más energía	3	15	12	27	3
11. Me siento como si pudiera ser un mejor padre con mi hijo(a)	3	14	23	17	2
12. Mi hijo(a) me hace sentir con más confianza como padre	5	24	17	11	1
13. Siento como si debiera tener un mejor control por encima de su comportamiento	5	17	19	16	2
14. Mi hijo(a) la mayor parte del tiempo hace todo lo que le digo	24	21	6	6	1
15. La mayor parte del tiempo sé qué hacer con el comportamiento de mi hijo(a)	13	28	9	7	1

De ningún modo	Algo	Mucho	Bastante
0	1	2	3

MEDIANA	1
PROMEDIO	1.4

IMPACTO DE SU HIJO(a) EN SU VIDA SOCIAL

ITEMS	0	1	2	3	RESPUESTA MÁS REPRESENTATIVA
16. Me avergüenza estar en público por el comportamiento de mi hijo(a)	25	18	5	9	0
17. Mi familia evita más salidas sociales (por ejemplo restaurantes, eventos públicos) a causa del mal comportamiento de mi hijo(a)	32	18	5	2	0
18. Resulta difícil encontrar quien se quede al cuidado de mi hijo(a)	28	17	5	7	0
19. Mi familia visita menos a familiares y amigos de lo que me gustaría visitar a causa del comportamiento de mi hijo(a)	34	16	3	4	0
20. Mi niño(a) interfiere en la oportunidad que tengo de pasar tiempo con los amigos	29	19	7	2	0
21. Me siento muy tensa cuando mi familia sale en público, ya que estoy preocupada por el comportamiento de mi hijo(a)	24	20	8	5	0
22. Es necesario que le explique a los demás el comportamiento de mi hijo(a)	28	17	7	5	0
23. Participo menos en las actividades de la comunidad, debido a la conducta de mi hijo(a)	35	12	5	5	0
24. Invito con menos frecuencia a mi casa de lo que me gustaría que me visitaran a causa del mal comportamiento de mi hijo(a)	37	13	5	2	0
25. Envié con menos frecuencia a mi hijo(a) a realizar mandados a la tienda	29	21	3	4	0

De ningún modo	Algo	Mucho	Bastante
0	1	2	3

MEDIANA	0
PROMEDIO	0

IMPACTO FINANCIERO DE SU HIJO(a)

ITEMS	0	1	2	3	RESPUESTA MÁS REPRESENTATIVA
26. El costo de la crianza de mi hijo(a) es elevado	20	27	5	5	1
27. El costo del cuidado infantil es elevado	25	23	6	3	0
28. El costo de los alimentos, ropa y juguetes es elevado	12	31	9	5	1
29. Es elevado el costo de modificaciones en la vivienda, fijación y sustitución de elementos en el hogar.	15	31	9	2	1
30. El costo de los medicamentos, la atención médica y el seguro médico son elevado	24	25	2	6	1
31. El costo de la educación y atención psicológica son elevados	22	24	5	6	1
32. El costo de las actividades recreativas (por ejemplo, música, natación, gimnasia) es elevado	18	24	5	10	1

De ningún modo	Algo	Mucho	Bastante
0	1	2	3

MEDIANA	1
PROMEDIO	0.857142857

IMPACTO DE SU HIJO(a) EN SU RELACIÓN MATRIMONIAL

ITEMS	0	1	2	3	RESPUESTA MÁS REPRESENTATIVA
33. Mi esposo y yo no estamos en total acuerdo acerca de la manera como criar a nuestro hijo(a)	13	23	2	8	1
34. Mi esposo está más a favor de cómo sobrellevo el comportamiento de mi hijo(a)	15	22	5	4	1
35. Mi hijo(a) crea conflictos entre mi esposo y yo	21	14	2	9	0
36. Nuestro hijo(a) ha traído a mi conyugue y yo más cercanía	17	18	7	4	1
37. Mi hijo(a) provoca más desacuerdos entre mi esposo y yo	23	12	2	9	0

38. Mi esposo es menos favorable con la manera en que yo trato con el comportamiento de mi hijo(a)	21	17	4	4	0
39. Nuestro hijo(a) nos ha empujado a mi conyugue y a mí a estar más separados	30	7	4	5	0

De ningún modo	Algo	Mucho	Bastante
0	1	2	3

MEDIANA	0
PROMEDIO	0.428571429

IMPACTO DE SU HIJO(a) CON SUS HERMANOS

ITEMS	0	1	2	3	RESPUESTA MÁS REPRESENTATIVA
40. Los otros niños de la familia influyen con el cuidado de su hijo(a)	22	17	6	6	0
41. Mi niño(a) influye directamente con las actividades de sus hermanos(as)	14	24	9	4	1
42. Los otros hijos de la familia se quejan sobre el comportamiento del niño(a)	13	19	12	7	1
43. Los otros hijos de la familia se sienten más avergonzados por el comportamiento de su hijo(a)	33	12	2	4	0
44. Mi hijo(a) es más rechazado por sus hermanos	30	12	2	7	0
45. Los otros hijos de la familia invitan amigos a la casa con menos frecuencia a causa del mal comportamiento de su hijo(a)	36	12	2	1	0
46. Los otros hijos de la familia disfrutan pasar más tiempo con su hijo(a)	7	22	13	9	1
47. Mi hijo(a) utiliza más a menudo los juguetes de sus hermanos sin pedirles permiso	16	12	10	13	0
48. Mi niño(a) rompe o pierde los juguetes de sus hermanos	15	15	6	15	3

De ningún modo	Algo	Mucho	Bastante
0	1	2	3

MEDIANA	0
PROMEDIO	0.428571429

GRADO DE DIFICULTAD DE VIVIR CON EL NIÑO CON TDAH

ITEM	-3	-2	-1	0	1	2	3	RI
49. En comparación con otros niños de la edad de mi hijo el grado de dificultad de vivir con él o ella es:	5	6	15	6	14	9	2	-1

* RI (respuesta más representativa del ítem)

MEDIANA	-1
PROMEDIO	-1

-3	-2	-1	0	1	2	3
Más fácil	Fácil	Un poco más fácil	Neutral	Un poco más difícil	Más difícil	Mucho más difícil

IMPACTO DEL NIÑO CON TDAH EN LA FAMILIA

ITEM	-3	-2	-1	0	1	2	3	RI
49. En comparación con otros niños de la edad de mi hijo el grado de dificultad de vivir con él o ella es:	4	9	20	10	17	5	2	-1

* RI (respuesta más representativa del ítem)

MEDIANA	-1
PROMEDIO	-1

-3	-2	-1	0	1	2	3
Más fácil	Fácil	Un poco más fácil	Neutral	Un poco más difícil	Más difícil	Mucho más difícil

Análisis estadístico inferencial del Impacto Familiar y Relaciones Intrafamiliares

Tabla 19. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Negativo en las Relaciones Sociales con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Unión y Apoyo

Escala de Impacto Familiar: Impacto Negativos en la Relación Social	Escala de Relaciones Intrafamiliares: Unión y Apoyo			Total
	Frecuencias y Porcentajes			
	Bajo	Intermedio	Alto	
Sin Impacto Negativo en las relaciones sociales	0 (0%)	1 (33.3%)	2 (66.7%)	3 (100%)
Poco Impacto Negativo en las relaciones sociales	0 (0%)	10 (29.4%)	24(70.6%)	34 (100%)
Impacto Negativo en las relaciones sociales	1 (5.9%)	4 (23.5%)	12 (70.6%)	17 (100%)
Bastante Impacto en las relaciones sociales	1 (33.3%)	2 (66.7%)	0 (0%)	3 (100%)
Total	2 (3.5%)	17 (29.8%)	38 (66.7%)	57 (100%)

Tabla 20. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Negativo en los Sentimientos de la Crianza con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Unión y Apoyo

Escala de Impacto Familiar: Impacto Negativo en los sentimientos de la crianza	Escala de Relaciones Intrafamiliares: Unión y Apoyo			Total
	Frecuencias y Porcentajes			
	Bajo	Intermedio	Alto	
Poco impacto negativo en la crianza de su hijo	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)
Impacto negativo en la crianza de su hijo	2 (3.8%)	16 (30.8%)	34 (65.4%)	52 (100%)
Bastante impacto negativo en la crianza de su hijo	0 (0%)	0 (0%)	4 (100%)	4 (100%)
Total	2 (3.5%)	17 (29.8%)	38 (66.7%)	57 (100%)

Tabla 21. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Positivo en los Sentimientos de la Crianza con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Unión y Apoyo

Escala de Impacto Familiar: Impacto Positivo en los sentimientos de la crianza	Escala de Relaciones Intrafamiliares: Unión y Apoyo			Total
	Frecuencias y Porcentajes			
	Bajo	Intermedio	Alto	
Poco impacto positivo en la crianza de su hijo	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)	2 (100%)
Impacto positivo en la crianza de su hijo	2 (3.8%)	17 (32.1%)	34 (64.1%)	53 (100%)
Bastante impacto positivo en la crianza de su hijo	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)	2 (100%)
Total	2 (3.5%)	17 (29.8%)	38 (66.7%)	57 (100%)

Tabla 22. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Financiero con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Unión y Apoyo

Escala de Impacto Familiar: Impacto Financiero	Escala de Relaciones Intrafamiliares: Unión y Apoyo			Total
	Frecuencias y Porcentajes			
	Bajo	Intermedio	Alto	
Sin impacto financiero en la familia	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)
Poco impacto financiero en la familia	2 (5.5%)	14 (38.9%)	20 (55.6%)	36 (100%)
Impacto financiero en la familia	0 (0%)	3 (17.6%)	14 (82.4%)	17 (100%)
Bastante impacto financiero en la familia	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)	3 (100%)
Total	2 (3.5%)	17 (29.8%)	38 (66.7%)	57 (100%)

Tabla 23. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto en la Relación Matrimonial con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Unión y Apoyo

Escala de Impacto Familiar: Impacto en la Relación Matrimonial	Escala de Relaciones Intrafamiliares: Unión y Apoyo			Total
	Frecuencias y Porcentajes			
	Bajo	Intermedio	Alto	
Sin impacto en las relaciones matrimoniales	0 (0%)	1 (25.0%)	3 (75.0%)	4 (100%)
Poco impacto en las relaciones matrimoniales	1 (3.9%)	3 (11.5%)	22 (84.6%)	26 (100%)
Impacto en las relaciones matrimoniales	1 (7.1%)	9 (64.3%)	4 (28.6%)	14 (100%)
Bastante impacto en las relaciones matrimoniales	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)
Total	2 (4.3%)	15 (32.6%)	29 (63.1%)	46 (100%)

Tabla 24. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Negativo en la Relación entre Hermanos con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Unión y Apoyo

Escala de Impacto Familiar: Impacto en la Relación entre Hermanos	Escala de Relaciones Intrafamiliares: Unión y Apoyo			Total
	Frecuencias y Porcentajes			
	Bajo	Intermedio	Alto	
Sin impacto en la relación entre hermanos	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)
Poco impacto en la relación entre hermanos	0 (0%)	7 (23.3%)	23 (76.7%)	30 (100%)
Impacto en la relación entre hermanos	1 (6.7%)	6 (40.0%)	8 (53.3%)	15 (100%)
Bastante impacto en la relación entre hermanos	1 (20.0%)	2 (40.0%)	2 (40.0%)	5 (100%)
Total	2 (3.9%)	15 (29.4%)	34 (66.7%)	51 (100%)

Tabla 25. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Negativo en las Relaciones Sociales con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Dificultades

Impacto Negativo en las Relaciones Sociales	Escala de Relaciones Intrafamiliares: Dificultades			Total
	Frecuencias y porcentajes			
	Bajo	Intermedio	Alto	
Sin Impacto Negativo social	0 (0%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (100%)
Poco Impacto Negativo social	3 (8.8%)	22 (64.7%)	9 (26.5%)	34 (100%)
Impacto Negativo social	2 (11.8%)	5 (29.4%)	10 (58.8%)	17 (100%)
Bastante Impacto Negativo social	0 (0%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (100%)
Total	5 (8.8%)	31 (54.4%)	21 (36.8%)	57 (100%)

Tabla 26. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Negativo en los Sentimientos de la Crianza con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Dificultades

Impacto negativo en los sentimientos de la crianza	Escala de Relaciones Intrafamiliares: Dificultades			Total
	Frecuencias y Porcentajes			
	Bajo	Intermedio	Alto	
Poco impacto negativo en la crianza de su hijo	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)
Impacto negativo en la crianza de su hijo	5 (9.6%)	28 (53.8%)	19 (36.5%)	52 (100%)
Bastante impacto negativo en la crianza de su hijo	0 (0%)	2 (50.0%)	2 (50.0%)	4 (100%)
Total	5 (8.8%)	31 (54.4%)	21 (36.8%)	57 (100%)

Tabla 27. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Positivo en los Sentimientos de la Crianza con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Dificultades

Impacto Positivo en los sentimientos en la crianza	Escala de Relaciones Intrafamiliares: Dificultades			Total
	Frecuencias y Porcentajes			
	Bajo	Intermedio	Alto	
Poco impacto positivo en la crianza de su hijo	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)	2 (100%)
Impacto Positivo en la crianza de su hijo	4 (7.5%)	30 (56.6%)	19 (35.9%)	53 (100%)
Bastante impacto positivo en la crianza de su hijo	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	2 (100%)
Total	5 (8.8%)	31 (54.4%)	21 (36.8%)	57 (100%)

Tabla 28. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Financiero con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Dificultades

Impacto Financiero	Escala de Relaciones Intrafamiliares: Dificultades			Total
	Frecuencias y Porcentajes			
	Bajo	Intermedio	Alto	
Sin impacto financiero en la familia	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)
Poco impacto financiero en la familia	3 (8.3%)	20 (55.6%)	13 (36.1%)	36 (100%)
Impacto financiero en la familia	1 (5.9%)	10 (58.8%)	6 (35.3%)	17 (100%)
Bastante impacto financiero en la familia	1 (33.3%)	1 (33.3%)	1 (33.3%)	3 (100%)
Total	5 (8.8%)	31 (54.4%)	21 (36.8%)	57 (100%)

Tabla 29. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto en la Relación Matrimonial con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Dificultades

Impacto en las Relación Matrimonial	Escala de Relaciones Intrafamiliares: Dificultades			Total
	Frecuencias y Porcentajes			
	Bajo	Intermedio	Alto	
Sin impacto en las relaciones matrimoniales	0 (0%)	3 (75.0%)	1 (25.0%)	4 (100%)
Poco impacto en las relaciones matrimoniales	5 (19.2%)	12 (46.2%)	9 (34.6%)	26 (100%)
Impacto en las relaciones matrimoniales	0 (0%)	8 (57.2%)	6 (42.9%)	14 (100%)
Bastante impacto en las relaciones matrimoniales	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)
Total	5 (10.9%)	25 (54.3%)	16 (34.8%)	46 (100%)

Tabla 30. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto en la Relación entre Hermanos con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Dificultades

Impacto en la relación entre hermanos	Escala de Relaciones Intrafamiliares: Dificultades			Total
	Frecuencias y Porcentajes			
	Bajo	Intermedio	Alto	
Sin impacto en la relación entre hermanos	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)
Poco impacto en la relación entre hermanos	4 (13.3%)	16 (53.3%)	10 (33.3%)	30 (100%)
Impacto en la relación entre hermanos	0 (0%)	9 (60.0%)	6 (40.0%)	15 (100%)
Bastante impacto en la relación entre hermanos	0 (0%)	3 (60.0%)	2 (40.0%)	5 (100%)
Total	4 (7.8%)	29 (56.9%)	18 (35.3%)	51 (100%)

Tabla 31. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Negativo en las Relaciones Sociales con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Expresión

Impacto Negativo en las Relaciones Sociales	Escala de Relaciones Intrafamiliares: Expresión		Total
	Frecuencias y Porcentajes		
	Intermedio	Alto	
Sin Impacto Negativo en las Relaciones sociales	1 (33.3%)	2 (66.7%)	3 (100%)
Poco Impacto Negativo en las Relaciones sociales	10 (29.4%)	24 (70.6%)	34 (100%)
Impacto Negativo en las Relaciones sociales	4 (23.5%)	13 (76.5%)	17 (100%)
Bastante Impacto Negativo en las Relaciones sociales	3 (100%)	0 (0 %)	3 (100%)
Total	18 (31.6%)	39 (68.4%)	57 (100%)

Tabla 32. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Negativo en los Sentimientos de la Crianza con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Expresión

Impacto negativo en los sentimientos de la crianza	Escala de Relaciones Intrafamiliares: Expresión		Total
	Frecuencias y Porcentajes		
	Intermedio	Alto	
Poco impacto negativo en la crianza de su hijo	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)
Impacto negativo en la crianza de su hijo	16 (30.8%)	36 (69.2%)	52 (100%)
Bastante impacto negativo en la crianza de su hijo	2 (50.0%)	2 (50.0%)	4 (100%)
Total	18 (31.6%)	39 (68.4%)	57 (100%)

Tabla 33. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Positivo en los Sentimientos de la Crianza con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Expresión

Impacto Positivo en los sentimientos en la crianza	Escala de Relaciones Intrafamiliares: Expresión		Total
	Frecuencias y porcentajes		
	Intermedio	Alto	
Poco impacto positivo en la crianza de su hijo	0 (0%)	2 (100%)	2 (100%)
Impacto positivo en la crianza de su hijo	18 (34.0%)	35 (66.0%)	53 (100%)
Bastante impacto positivo en la crianza de su hijo	0 (0%)	2 (100%)	2 (100%)
Total	18 (31.6%)	39 (68.4%)	57 (100%)

Tabla 34. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto Financiero con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Expresión

Impacto Financiero	Escala de Relaciones Intrafamiliares: Expresión		Total
	Frecuencias y Porcentajes		
	Intermedio	Alto	
Sin impacto financiero en la familia	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)
Poco impacto financiero en la familia	13 (36.1%)	23 (63.9%)	36 (100%)
Impacto financiero en la familia	5 (29.4%)	12 (70.6%)	17 (100%)
Bastante impacto financiero en la familia	0 (0%)	3 (100%)	3 (100%)
Total	18(31.6%)	39 (68.4%)	57 (100%)

Tabla 35. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto en la Relación Matrimonial con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Expresión

Impacto en las Relaciones Matrimoniales	Escala de Relaciones Intrafamiliares: Expresión		Total
	Frecuencias y Porcentajes		
	Intermedio	Alto	
Sin impacto en las relaciones matrimoniales	0 (0%)	4 (100%)	4 (100%)
Poco impacto en las relaciones matrimoniales	6 (23.1%)	20 (76.9%)	26 (100%)
Impacto en las relaciones matrimoniales	4 (28.6%)	10 (71.4%)	14 (100%)
Bastante impacto en las relaciones matrimoniales	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)
Total	12	34	46 (100%)

Tabla 36. Cruce de variables: Escala de Impacto Familiar: Impacto en la Relación entre Hermanos con la Escala de Relaciones Intrafamiliares: Expresión

Impacto en la relación entre hermanos	Escala de Relaciones Intrafamiliares: Expresión		Total
	Frecuencias y Porcentajes		
	Intermedio	Alto	
Sin impacto en la relación entre hermanos	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)
Poco impacto en la relación entre hermanos	6 (20.0%)	24 (80%)	30 (100%)
Impacto en la relación entre hermanos	7 (46.7%)	8 (53.3%)	15 (100%)
Bastante impacto en la relación entre hermanos	4 (80.0%)	1 (20.0%)	5 (100%)
Total	17 (33.3%)	34 (66.7%)	51 (100%)



Instrumentos de Validación
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
ZACATECAS
UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA HUMANA
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD



IMPACTO FAMILIAR DEL ESCOLAR CON TDAH Y EL APOYO QUE LA FAMILIA LE BRINDA (USAER-SEDUZAC, ZONA 2, REGIÓN 10, EN EL MUNICIPIO DE GUADALUPE, ZACATECAS 2016)

El siguiente cuestionario tiene como objetivo recabar información necesaria acerca de las condiciones de su familia, con la finalidad de poder llevar a cabo un análisis de las condiciones relativas al impacto en la familia que su niño(a) con TDAH tiene y la relación con el apoyo familiar que se le brinda. La información que proporcione será estrictamente confidencial; le pedimos trate de ser lo más sincero y espontáneo posible.

Instrucciones: *Seleccione la opción que mejor se adecúe a su respuesta.*

DATOS SOCIOECONÓMICOS

Sexo del cuidador	1. Hombre	2. Mujer
Edad cumplida del cuidador (en años)		
Estado civil del cuidador: 1. Soltero(a) 2. Casado(a) 3. Separado(a) 4. Divorciado(a) 5. Unión libre 6.- Otro _____		
Grado de escolaridad del cuidador 1. Primaria trunca 2. Hasta primaria concluida 3. Secundaria trunca 4. Hasta secundaria/carrera técnica concluida 5. Preparatoria trunca 6. Hasta preparatoria concluida 7. Hasta Licenciatura y/o más concluida		
La vivienda que habita la familia del escolar con TDAH es: 1. Propia 2. Rentada 3. Prestada 4. Otra _____		
Número de cuartos para dormir con los que cuenta la vivienda de la familia del escolar con TDAH		
Número de personas que habitan su casa de la familia del escolar con TDAH		

La casa de la familia del escolar con TDAH cuenta principalmente con techo de: <ol style="list-style-type: none"> 1. Lamina 2. Losa de concreto o bovedilla 3. Vigas de madera 																										
La casa de la familia del escolar con TDAH cuenta principalmente con piso de: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tierra 2. Cemento 3. Vitropiso/mosaico 4. Piso laminado/alfombra 																										
¿Con qué bienes cuenta la vivienda de la familia del escolar con TDAH? <i>(Puede elegir más de una opción)</i> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Artículos</th> <th style="width: 15%;">Sí</th> <th style="width: 15%;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Televisión</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Refrigerador</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Estufa</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Cilindro de gas</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Computadora</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Lavadora</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			Artículos	Sí	No	Televisión			Refrigerador			Estufa			Cilindro de gas			Computadora			Lavadora					
Artículos	Sí	No																								
Televisión																										
Refrigerador																										
Estufa																										
Cilindro de gas																										
Computadora																										
Lavadora																										
¿Con qué servicios cuenta la vivienda de la familia del escolar con TDAH? <i>(Puede elegir más de una opción)</i> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Servicios</th> <th style="width: 15%;">Sí</th> <th style="width: 15%;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Energía eléctrica</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Agua potable</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Alcantarillado</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Acceso a calles y banquetas pavimentadas</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Transporte publico</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Teléfono</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Internet</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			Servicios	Sí	No	Energía eléctrica			Agua potable			Alcantarillado			Acceso a calles y banquetas pavimentadas			Transporte publico			Teléfono			Internet		
Servicios	Sí	No																								
Energía eléctrica																										
Agua potable																										
Alcantarillado																										
Acceso a calles y banquetas pavimentadas																										
Transporte publico																										
Teléfono																										
Internet																										
¿Trabaja actualmente el cuidador? <i>Si la respuesta es No, pase a la pregunta (*)</i>	1. Sí	2. No																								
Número de horas que trabaja al día el cuidador:																										
Número de días que trabaja a la semana el cuidador:																										
(*) ¿Cuántas personas que habitan en la vivienda de la familia del escolar con TDAH aportan ingresos?																										
¿La familia del escolar con TDAH tiene deudas económicas que le impiden cubrir satisfactoriamente sus necesidades?	1. Sí	2. No																								
Ingreso familiar mensual en pesos mexicanos (\$):																										

Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres
(C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada

El presente cuestionario tiene como finalidad recabar algunas características sobre la conducta de su hijo. Toda la información recabada en este estudio es totalmente confidencial.

Instrucciones: *Conteste las siguientes preguntas. Las respuestas van desde 0 como nada y 3 como mucho, que dependen de las características de su hijo.*

A continuación se muestra una serie de preguntas en relación a la conducta de los niños en edad escolarizada.				
Elijiendo el número que corresponda: 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho				
1. Su hijo (a) es impulsivo e irritante	0	1	2	3
2. El niño (a) es muy llorón (a)	0	1	2	3
3. Su hijo (a) es más movido de lo normal	0	1	2	3
4. El niño (a) no puede estarse quieto (a)	0	1	2	3
5. Su hijo (a) es destructor, es decir rompe juguetes, ropa o cualquier otro objeto	0	1	2	3
6. El niño (a) no acaba las cosas que empieza hacer	0	1	2	3
7. El niño (a) se distrae con facilidad, es decir, tiene escasa atención	0	1	2	3
8. Su hijo (a) cambia bruscamente su estado de animo	0	1	2	3
9. Los esfuerzos de su hijo (a) se frustran fácilmente	0	1	2	3
10. El niño (a) suele molestar frecuentemente a otros niños	0	1	2	3

ESCALADE IMPACTO FAMILIAR para cuidadores

Ser padre/cuidador puede ser difícil, y los niños tienen diferentes efectos en la familia. Nos gustaría saber qué impacto ha tenido el escolar con TDAH en la familia en comparación con el impacto que otros niños de su edad tienen en su familia.

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan de comprender el impacto de los niños en diferentes áreas del funcionamiento familiar. Por favor marque la categoría que mejor describe su situación en términos de cómo las cosas han sido en general, con referencia al niño que está participando en el programa.

Comparativo entre niños y padres (niños de la misma edad que el escolar con TDAH...)				
I. SENTIMIENTOS Y ACTITUDES ACERCA DE SU HIJO(a)				
	De ningún modo	Algo	Mucho	Bastante
1. Mi hijo(a) me estresa demasiado				
2. Disfruto el mayor tiempo que paso con mi hijo(a)				
3. Mi hijo(a) me origina más sentimientos de frustración e ira				
4. Mi hijo(a) me origina más sentimientos de felicidad y orgullo				
5. Cuando estoy con mi hijo, me siento menos efectiva y competente como padre				
6. Es más fácil para mí jugar y divertirme con mi hijo(a)				
7. Me molesta demasiado el comportamiento de mi hijo(a)				
8. Mi hijo(a) me hace sentir más amado				
9. Me siento como si estuviera trabajando solo en el intento de tratar con el comportamiento de mi hijo				
10. Mi hijo(a) me hace sentir con más energía				
11. Me siento como si pudiera ser un mejor padre con mi hijo(a)				
12. Mi hijo(a) me hace sentir con más confianza como padre				
13. Siento como si debiera tener un mejor control por encima de su comportamiento				
14. Mi hijo(a) la mayor parte del tiempo hace todo lo que le digo				
15. La mayor parte del tiempo sé qué hacer con el comportamiento de mi hijo(a)				

II. IMPACTO DE SU HIJO(a) EN SU VIDA SOCIAL				
	De ningún modo	Algo	Mucho	Bastante
16. Me avergüenza estar en público por el comportamiento de mi hijo(a)				
17. Mi familia evita más salidas sociales (por ejemplo restaurantes, eventos públicos) a causa del mal comportamiento de mi hijo(a)				
18. Resulta difícil encontrar quien se quede al cuidado de mi hijo(a)				
19. Mi familia visita menos a familiares y amigos de lo que me gustaría visitar a causa del comportamiento de mi hijo(a)				
20. Mi niño(a) interfiere en la oportunidad que tengo de pasar tiempo con los amigos				
21. Me siento muy tensa cuando mi familia sale en público, ya que estoy preocupada por el comportamiento de mi hijo(a)				
22. Es necesario que le explique a los demás el comportamiento de mi hijo(a)				
23. Participo menos en las actividades de la comunidad, debido a la conducta de mi hijo(a)				
24. Invito con menos frecuencia a mi casa de lo que me gustaría que me visitaran a causa del mal comportamiento de mi hijo(a)				
25. Envié con menos frecuencia a mi hijo(a) a realizar mandados a la tienda				
III. IMPACTO FINANCIERO DE SU HIJO(a)				
	De ningún modo	Algo	Mucho	Bastante
26. El costo de la crianza de mi hijo(a) es elevado				
27. El costo del cuidado infantil es elevado				
28. El costo de los alimentos, ropa y juguetes es elevado				
29. Es elevado el costo de modificaciones en la vivienda, fijación y sustitución de elementos en el hogar.				
30. El costo de los medicamentos, la atención médica y el seguro médico son elevados				
31. El costo de la educación y atención psicológica son elevados				
32. El costo de las actividades recreativas (por ejemplo, música, natación, gimnasia) es elevado				
<i>Si está casado complete la sección siguiente. DE OTRA MANERA PASE A LA PREGUNTA NÚMERO 40</i>				

IV. IMPACTO DE SU HIJO(a) EN SU RELACIÓN MATRIMONIAL

	De ningún modo	Algo	Mucho	Bastante
33. Mi esposo y yo no estamos en total acuerdo acerca de la manera como criar a nuestro hijo(a)				
34. Mi esposo está más a favor de cómo sobrellevo el comportamiento de mi hijo(a)				
35. Mi hijo(a) crea conflictos entre mi esposo y yo				
36. Nuestro hijo(a) ha traído a mi conyugue y yo más cercanía				
37. Mi hijo(a) provoca más desacuerdos entre mi esposo y yo				
38. Mi esposo es menos favorable con la manera en que yo trato con el comportamiento de mi hijo(a)				
39. Nuestro hijo(a) nos ha empujado a mi conyugue y a mí a estar más separados				

*SI usted tiene otros hijos, complete esta sección.
Si no, pase a la pregunta número 49*

V. IMPACTO DE SU HIJO(a) CON SUS HERMANOS

	De ningún modo	Algo	Mucho	Bastante
40. Los otros niños de la familia influyen con el cuidado de su hijo(a)				
41. Mi niño(a) influye directamente con las actividades de sus hermanos(as)				
42. Los otros hijos de la familia se quejan sobre el comportamiento del niño(a)				
43. Los otros hijos de la familia se sienten más avergonzados por el comportamiento de su hijo(a)				
44. Mi hijo(a) es más rechazado por sus hermanos				
45. Los otros hijos de la familia invitan amigos a la casa con menos frecuencia a causa del mal comportamiento de su hijo(a)				
46. Los otros hijos de la familia disfrutan pasar más tiempo con su hijo(a)				
47. Mi hijo(a) utiliza más a menudo los juguetes de sus hermanos sin pedirles permiso				
48. Mi niño(a) rompe o pierde los juguetes				

PREGUNTAS GENERALES							
49. En comparación con otros niños de la edad de mi hijo el grado de dificultad de vivir con él o ella es:							
	Más fácil	Fácil	Un poco más fácil	Neutral	Un poco más difícil	Más difícil	Mucho más difícil

50. En comparación con otros niños de la edad de mi hijo, el impacto de mi hijo en nuestra familia es:							
	Mucho menos positivo	Menos positiva	Un poco menos positiva	Neutral	Un poco más positiva	Más positiva	Mucho más positiva

Observaciones:

ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE LA RELACIONES INTRAFAMILIARES (E.R.I.) para cuidadores

Ayúdenos a conocer cómo funcionan las familias en México, con base en la experiencia y opinión que tiene sobre su propia familia. La información que proporcione será estrictamente confidencial. Recuerde que lo importante es conocer SU punto de vista. Trate de ser lo más sincero y espontáneo posible. Gracias por tu colaboración.

Instrucciones: A continuación, se presenta una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con SU FAMILIA. Indique cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecue a la forma de actuar de su familia, basándose en la siguiente escala:

TA= 5= TOTALMENTE DE ACUERDO
 A= 4= DE ACUERDO
 N= 3= NEUTRAL (NI DE ACUERDO NI EN
 D= DESACUERDO)
 TD= 2= EN DESACUERDO
 1= TOTALMENTE EN DESACUERDO

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntos					
2. Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista					
3. En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás					
4. Mi familia es cálida y nos brinda apoyo					
5. En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones					
6. La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable					

7. Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto					
8. Mi familia me escucha					
9. Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia					
10. Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros					
11. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño					
12. Los conflictos en mi familia nunca se resuelven					

Carta de Consentimiento Informado para Participación en Protocolos de Investigación

Lugar: _____ Fecha: _____

Por medio de la presente el C. _____
doy mi consentimiento para participar en el protocolo de investigación titulado Impacto Familiar del Escolar con TDAH y el apoyo que la familia le brinda.

El objetivo del estudio es identificar las relaciones intrafamiliares y el apoyo familiar de niños con TDAH.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en completar una serie de cuestionarios.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles beneficios y ventajas, derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: el beneficio de mi participación consiste en obtener de manera gratificante la información necesaria para el cuidado de mi hijo con TDAH y las ventajas son poder proporcionar la información necesaria para el estudio sin fines de lucro para una posible intervención a futuro en el programa de USAER de Educación Especial.

El investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento médico necesario respecto a los resultados encontrados, así como a responder toda pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

El investigador Responsable me asegura que la información será totalmente confidencial y con fines académicos y científicos.

Nombre y firma del Participante

Nombre y firma del Investigador

Testigo 1

Testigo 2

Nombre y Firma

Nombre y Firma