

**UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO  
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD**

---

---



**“Calidad de vida y funcionalidad familiar del cuidador primario de pacientes con diagnóstico de Trastorno de Déficit de atención e Hiperactividad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 39 IMSS”**

**Tesis para obtener el diploma de la:  
Especialidad en Medicina Familiar**

**Presenta:**

M.C. Héctor Fabricio Aguilar Arias

**Directores:**

E. en MF Ricardo González Anoya

E. en Psiq. Elianne Damián Fuentes

**Villahermosa, Tabasco.**

**Agosto 2022.**

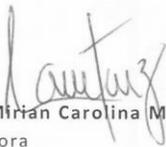
Of. No. 0685/DACS/JAEP  
04 de agosto de 2022

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

**C. Héctor Fabricio Aguilar Arias**  
Especialidad en Medicina Familiar  
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. Rosario Zapata Vázquez, Dr. Nicomedes De la Cruz Damas, Dra. Guadalupe Paz Martínez, Dr. Elías Hernández Cornelio y Dr. Abel Pérez Pavón, impresión de la tesis titulada: "Calidad de vida y funcionalidad familiar del cuidador primario de pacientes con diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 39 IMSS", para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde funge como Director de Tesis el E.M.F. Ricardo González Anoya y el E.Ps. Elianne Damián Fuentes.

Atentamente

  
Dra. Mirian Carolina Martínez López  
Directora



C.c.p.- E.M.F. Ricardo González Anoya.- Director de tesis  
C.c.p.- E.Ps. Elianne Damián Fuentes.- Directora de Tesis  
C.c.p.- Dra. Rosario Zapata Vázquez Hernández.- Sinodal  
C.c.p.- Dr. Nicomedes de la Cruz Damas.- sinodal  
C.c.p.- Dra. Guadalupe Paz Martínez.- Sinodal  
C.c.p.- Dr. Elías Henández Cornelio.- Sinodal  
C.c.p.- Dr. Abel Pérez pavón.- Sinodal

C.c.p.- Archivo  
DC/MCML/MCE/XME/mgccc\*



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 10:00 horas del día 04 del mes de enero de 2022 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Calidad de vida y funcionalidad familiar del cuidador primario de pacientes con diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 39 IMSS"

Presentada por el alumno (a):

Aguilar Arias Héctor Fabricio  
Apellido Paterno Materno Nombre (s)  
Con Matricula

1 9 1 E 7 0 0 2 4

Aspirante al Diploma de:

Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

M. en C. Ricardo González Anoya  
M.E.P. Elianna Damián Fuentes  
Directores de Tesis

Dra. Rosario Zapata Vázquez

Dr. Nicomedes de la Cruz Damas

Dra. Guadalupe Paz Martínez

Dr. Elias Hernández Cornelio

Dr. Abel Pérez Pavón

## Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 7 de julio de 2022, el que suscribe, Héctor Fabricio Aguilar Arias, alumno del programa de la especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 191E70024 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Calidad de vida y funcionalidad familiar del cuidador primario de pacientes con diagnóstico de Trastorno de Déficit de atención e Hiperactividad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 39 IMSS”**, bajo la Dirección del M.E.M.F. Ricardo González Anoya y la M.E.P Elianne Damián Fuentes, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: [hextoras@gmail.com](mailto:hextoras@gmail.com) Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Héctor Fabricio Aguilar Arias

Nombre y Firma



Sello



## AGRADECIMIENTOS

A Dios, por el camino recorrido, la experiencia obtenida, las personas que cambiaron mi forma de vivir día con día.

A mi familia, siempre estuvo ahí que nunca fallo en proporcionarme apoyo, amor y compañía.

A mi prometida María José, llegaste a mi vida cuando menos lo esperaba, pero no puedo imaginar un futuro si sentirme amado por ti y que estuviste esperándome cuando tenía que acudir a mi deber durante la residencia.

A mi asesor y maestro el Dr. Anoya por su paciencia, apoyo y disponibilidad para poder culminar este proyecto.

A la Dr. Fuentes por su experiencia, consejo y amabilidad al momento de escoger el proyecto.

A mis compañeros de residencia, en tiempos difíciles estuvieron ahí para apoyarme no solamente en tiempos de diversión, que hoy en día puedo aceptar que dejaron de ser mis compañeros y se volvieron excelentes amigos y hermanos.

A mis compañeros del servicio social durante cuatro meses hicieron la estancia en Oaxaca alegre y cálida llena de enseñanza sobre la práctica médica y las relaciones personales y familiares.

A la Legión personas hermosas muy diferentes una de las otras que su luz elimine las sombras de la amargura y tristeza.



## DEDICATORIAS

A mi tía Gladys Aguilar de la Rosa, tu luz se fue mucho antes de verme llegar a este punto de mi vida, te extraño todos los días de mi vida.

A la licenciada Margoth persona dedicada a su profesión, con la que compartí el amor por los animales y el deseo de ayudar más de lo requerido a los pacientes bajo mi cuidado durante el servicio social

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



---

---

## ÍNDICE

<b>ABREVIATURAS</b>	I
<b>GLOSARIO DE TERMINOS</b>	II
<b>RESUMEN</b>	III
<b>ABSTRACT</b>	IV
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	2
<b>2.1 Trastorno de déficit de atención e hiperactividad</b>	2
<b>2.2 Calidad de vida</b>	9
<b>2.3 Funcionalidad Familiar</b>	12
<b>2.3.1 APGAR FAMILIAR</b>	13
<b>2.4 Marco Referencial</b>	14
<b>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	17
<b>4. JUSTIFICACIÓN</b>	19
<b>5. HIPOTESIS</b>	21
<b>6. OBJETIVOS</b>	22
<b>7. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	23
<b>7.1 Tipo de investigación</b>	23
7.2 Universo	23
7.3 Muestra y muestreo	23
7.4 Criterios de selección	24
7.5 Método e instrumento de recolección de datos	25
7.6 Análisis de datos	26
7.7 Consideraciones éticas	30
<b>8. RESULTADOS</b>	33
<b>9. DISCUSION</b>	38
<b>10. CONCLUSIÓN</b>	41
<b>11. RECOMENDACIONES</b>	42
<b>12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	43
<b>13. ANEXOS</b>	50

---



## TABLAS Y FIGURAS

<b>Imagen</b>	<b>Nombre</b>	<b>Página</b>
1	Características sociodemográficas	32
2	Puntuaje total de encuestados por instrumento WHOQOLBREF	33
3	Prevalencia sobre la percepción de la calidad de vida obtenida por el instrumento WHOQOL	34
4	Prevalencia sobre la percepción de funcionalidad familiar obtenida por instrumento de APGAR FAMILIAR	34
5	Asociación entre la Calidad de Vida y APGAR familiar	35
6	Distribución por género, calidad de vida y funcionalidad familiar	36
7	Distribución por grupos de edad, calidad de vida y funcionalidad familiar	36
8	Distribución por estado civil, calidad de vida y funcionalidad familiar	37
9	Distribución por grupos de estudios académicos, calidad de vida y funcionalidad familiar	38
10	Distribución por estado laboral y funcionalidad familiar	39
11	Distribución por ingresos percibidos calidad de vida y funcionalidad familiar	39
12	Distribución por residencia, calidad de vida y funcionalidad familiar	40



---

---

## ABREVIATURAS

<b>TDAH</b>	Trastorno de Déficit de Atención eh Hiperactividad
<b>APA</b>	American Psychiatric Association/Asociación Estadounidense de Psiquiatría
<b>DSM-5</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition/ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
<b>QOL/CV</b>	Quality of Life/Calidad de Vida
<b>CVRS</b>	Calidad de vida relacionada con la salud
<b>WHO/OMS</b>	World Health Organization/Organización Mundial de la Salud
<b>APGAR</b>	Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto y Recursos
<b>UMF</b>	Unidad de Medicina Familiar
<b>IMSS</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>DH</b>	Derechohabiente



## GLOSARIO:

- Trastorno de déficit de atención e hiperactividad** Es un trastorno neurobiológico de carácter crónico, sintomáticamente evolutivo y de probable transmisión genética que afecta entre un 5 y un 10% de la población infantil, llegando incluso a la edad adulta en el 60% de los casos. Está caracterizado por una dificultad de mantener la atención voluntaria frente a actividades, tanto académicas como cotidianas y unido a la falta de control de impulsos.
- La Asociación Estadounidense de Psiquiatría** Es la principal organización de profesionales de la psiquiatría estadounidense, y la más influyente a nivel mundial. Se compone de unos 148.000 miembros, la mayoría estadounidenses, aunque también existen miembros de muchas otras nacionalidades
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Quinta Edición** Actualización de 2013 del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, la herramienta taxonómica y de diagnóstico publicada por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.
- Organización Mundial de la Salud** Es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención a nivel mundial en la salud, definida en su Constitución como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades
- Calidad de Vida** La Organización Mundial de la Salud la define como la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes.
- Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de Salud** Evalúa la opinión subjetiva sobre la calidad de vida del individuo. Está formado por 100 ítems, 6 dimensiones (salud física, psicológica, niveles de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad /religión /creencias personales); y 24 facetas, representada por 4 preguntas.



**Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de Salud 26 ítems**

Formado por 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem está compuesto por cinco opciones de respuesta tipo Likert y todos forman un perfil de 4 dimensiones: Salud Física, Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente.

**APGAR FAMILIAR**

Instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en áreas de: adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución.

**Funcionamiento familiar**

Es un proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia; este proceso se efectúa en un contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar.

**Crisis Familiar**

Es un evento de la vida, presente y pasado, que ocasiona cambios en la funcionalidad de los miembros de la familia. El sano funcionamiento de la familia requiere que estas crisis sean reconocidas y validadas por ella misma como problemas potenciales, a fin de poder ser resueltas favorablemente.



## RESUMEN

### **Calidad de vida y funcionalidad familiar del cuidador primario de pacientes con diagnóstico de Trastorno de Déficit de atención e Hiperactividad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar numero 39 IMSS. Aguilar HF<sup>1</sup>, Anoya RG<sup>2</sup>, Damián E<sup>3</sup>**

1.- Dr. Héctor Fabricio Aguilar Arias Médico Familiar UMF 39 "Dr. Ignacio Chávez Téllez" IMSS Delegación Tabasco.

2.- Dr. Ricardo González Anoya Médico Familiar Adscrito a la UMF 39 "Dr. Ignacio Chávez Téllez" IMSS Delegación Tabasco.

3.-Dr.- Elianne Damián Fuentes Médico Especialista Psiquiatría adscrito al HGZ 46 "Dr. Bartolome Reynés Berezaluce" IMSS delegación Tabasco

**INTRODUCCIÓN:** El TDAH es una enfermedad neuroconductual predominante en la infancia y adolescencia de evolución crónica caracterizado por perjudicar el correcto desenvolvimiento en la sociedad; ser el cuidador de un paciente con TDAH afecta la calidad de vida y la función familiar **OBJETIVO:** describir la asociación entre calidad de vida y la funcionalidad familiar de cuidadores primarios de pacientes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, en la UMF 39 del IMSS Tabasco, México. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó un estudio transversal y analítico. Se estudiaron a los cuidadores principales de los pacientes con TDAH que cumplan con los criterios de selección, que acudieron a consulta en la UMF39 **RESULTADOS:** de una muestra total de 105 encuestas realizadas un 68% (71) son hombres y el 32.4% (34) fueron mujeres, una prevalencia del 87% (91) menores de 40 años, casi la mitad de ellos desempleados 48% (50). Conforme al WHOQOLBREF se obtuvo que el 70.5% (74) de los encuestados perciben baja calidad de vida contra el 29.5% (31) con buena calidad de vida, solo se reportó un caso con disfunción familiar La asociación QOL y funcionalidad familiar para dicho análisis se realizó la prueba de Chi cuadrada de Pearson además se complementó con la fuerza de asociación, con un valor "P" de 0.515 no existe significancia ni asociación entre las variables, por ende, la fuerza de asociación no mostro positividad **CONCLUSIÓN:** No se asoció una relación entre Calidad de Vida con Funcionalidad Familiar

**Palabras Claves:** Calidad de Vida, APGAR familiar, Trastorno de Déficit de Atención eh Hiperactividad, medicina familiar



## ABSTRACT

### **Quality of life and family functioning of the primary care patient diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the UMF No.39 IMSS. Aguilar HF<sup>1</sup> Anoya RG<sup>2</sup>**

- 1.- Dr Hector Fabricio Aguilar Arias. Family Medicine. FMU 39 "Dr Ignacio Cahvez Tellez IMSS Tabasco Delegation
- 2.- Dr Ricardo Gonzalez Anoya Family Medicine FMU 39 "Dr. Ignacio Chavez Tellez. IMSS Tabasco Delegation
- 3.-Dr.- Elianne Damián Fuentes Psiquiatric GZH 46 "Dr. Bartolome Reynés Berezaluze" IMSS Tabasco Delegation

**INTRODUCCION:** TDAH is a predominant neurobehavioural disease in childhood and adolescence, characterized by chronic evolution characterized by prejudicing the correct development in society; being the caregiver of a patient with ADHD affects the quality of life and family function **OBJECTIVE:** Describe the association between quality of life and family functionality of primary caregivers of patients with Attention Deficit Disorder and Hyperactivity, and the UMF 39 of the IMSS Tabasco, Mexico. **MATERIAL AND METHOD:** A It is a transversal and analytical work. The test subject where primary caregiver of patient with TDAH that compliments the criteria for the selection, that came for treatment in the UMF39 **RESULTS:** a sample total of 105 subjects realized with 68% (71) where men and 32.4% (34) where women, a prevalence of 87% (91) under 40 years old, half of them are unemployed 48% (50). According to the WHOQOLBREF, it was obtained that 70.5% (74) of the respondents perceive low quality of life against 29.5% (31) with good quality of life, only one case with family dysfunction was reported The QOL association and family functionality for said analysis Pearson's Chi square test was performed, it was also complemented with the strength of association, with a "P" value of 0.515 there is no significance or association between the variables, therefore, the strength of association did not show positivity **CONCLUSION:** It was not associated a relationship between Quality of Life with Family Functionality

**Keywords:** Quality of Life, family APGAR, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, family medicine



## 1. INTRODUCCIÓN

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad previamente conocido como “daño cerebral mínimo” o “disfunción cerebral mínima” es un trastorno neuropsiquiátrico frecuente en la infancia, afectando al 5% de los niños a nivel mundial, los pacientes afectados presentan síntomas de hiperactividad, impulsividad y desatención. Solamente en Latinoamérica se estima hay 36 millones de personas afectadas de los cuales una cuarta parte estará en control. Seguido esta México con un 1.5 millones de niños en riesgo de ser diagnosticados de sus 33 millones actuales.

Es una enfermedad compleja con desórdenes neuroconductuales sin determinar una sola causa, afectando el desarrollo armónico de los individuos diagnosticados, dando como resultado alteraciones familiares importantes. La falla al dar con manejo adecuado dispondrá de futuras adversidades para el paciente: deficientes logros académicos y ocupacionales, abuso de sustancias, problemas legales, lesiones accidentales, pobres elecciones sobre la salud personal, paternidad precoz, problemas de conducta, ansiedad, depresión, divorcio, conducta suicida, para evitar un desenlace poco alentador se ocupa de un manejo multifactorial apoyándose en la familia como la base fundamental que puede dar estabilidad y seguridad al paciente afectado.

La sola presencia de un integrante con TDAH se considera una crisis familiar tipo paranormativa afectando la funcionalidad familiar y por ende la calidad de vida dentro de la familia; La calidad de vida como la valoración que da el individuo de su vida, contexto, metas, expectativas, adversidades y salud, tomando en cuenta que el termino salud no solo engloba a la ausencia de enfermedad sino una equidad de bienestar físico, psicológico y social, al momento que el cuidador primario sufre de baja calidad de vida o disfunción familiar puede afectar su capacidad para otorgar las mejores opciones al paciente con TDAH.



## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Trastorno de déficit de atención e hiperactividad

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad es un conjunto de desórdenes neuroconductuales sin determinar una sola causa, se involucran vulnerabilidades biológicas y ambientales que perpetúan el trastorno, presentando los síntomas de hiperactividad, impulsividad y desatención afectando la funcionalidad cognoscitiva, académica, conductual, afectiva y social. <sup>1,9</sup> fue hasta principios de siglo XX que se acuñó la denominación actual, previamente se utilizó el nombre científico de “daño cerebral mínimo” y “disfunción cerebral mínima”. <sup>3</sup>

Es un trastorno neuropsiquiátrico frecuente en la infancia, afectando al 5% de los niños en etapa formativa alrededor del mundo (Polanczyk et al., 2007) que persiste hasta la edad adulta en el 30-50% de los casos (Faraone y Biederman, 2005; Polanczyk et al., 2007). Existen tres subtipos clínicos para clasificarlos: predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo y combinado; el TDAH tiene una incidencia mayor en hombres. <sup>19</sup>

La American Psychiatric Association (APA) publicó en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fifth Edition (DSM-5) los criterios de diagnóstico para TDAH en niños, adolescentes y adultos, donde establece que deberán incluir síntomas de hiperactividad más impulsividad o inatención; los síntomas deben ser presenciados de manera seguida en diferentes áreas (escuela u hogar), ser persistentes por un tiempo mínimo de 6 meses afectando la función académica, social y actividades ocupacionales. <sup>1</sup>



Los factores principalmente predisponentes para desarrollar TDAH parten desde ambientales del tipo exposición prenatal al alcohol, los cigarrillos y las drogas ilícitas. Estas actividades se han asociado con alto riesgo de TDAH (Banerjee et al., 2007; Langley et al., 2005; Sagiv et al., 2013), bajo peso al nacer y vida adversa demuestran tener una asociación elevada y a pesar de todo solo una fracción de la etiología del TDAH puede explicarse por el factor ambiental. <sup>19</sup>

Estudios familiares con nacimientos gemelares arrojan estimaciones de heredabilidad del 76% (Faraone et al.2005), de los cuales gemelos monocigóticos son consistentemente más altas que las de gemelos dicigóticos (80% y 40% respectivamente; Lecy et al.,1997), que implican estrecha relación genética al riesgo de TDAH. <sup>26</sup>

Jensen y compañía explican sobre una armonía con otras enfermedades mentales citando algunos ejemplos: trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, trastorno de ansiedad, depresión, trastorno de tics, síndrome de Tourette, y trastorno por uso de sustancia de inicio en edad adulta, lo que sugiere una etiología común. Continuando más sobre el componente genético se ha demostrado que el TDAH y otros trastornos cognitivos del neurodesarrollo, incluidos esquizofrenia, trastorno del espectro autista (TEA) y discapacidad intelectual están ligados al Cromosoma X (Cristino et al.,2013). Significa que los genes asociados con estas condiciones pudieran desenvolver un rol en el TDAH.

<sup>19</sup>

Hoogman et al.al. (2017) realizo un metaanálisis sobre cambios macro anatómicos de múltiples regiones del cerebro asociado en el TDAH demostró volúmenes disminuidos con respecto al accumbens, caudado, putamen, la amígdala, el hipocampo en general es una reducción intracraneal en conjunto. Anudado a estos cambios de volumen, el engrosamiento cortical retrasado en el área prefrontal con efectos retardado de hasta 2.5 y 5 años más que en controles de espera cortical normal (Almeida et al. 2010; Montes et al., 2013; Shaw et al., 2007), lo que provoca que las funciones asociadas estén interrumpidas. <sup>24</sup>



Los datos precisos sobre la prevalencia no están disponibles, pero se estima entre un 2 y 12% en edad infantil y 2.5 a 5% en adultos; es el síndrome conductual más común en infancia porque las manifestaciones clínicas se hacen presente mayormente en edad preescolar (4-5 años) seguido en adolescentes. <sup>2</sup>

Como menciona Palacios-Cruz y Lino, la prevalencia del TDAH a nivel mundial es alta. Los estudios epidemiológicos muestran que 3 a 5% de los niños en edad escolar pueden recibir este diagnóstico. Según la Liga Latinoamericana para el Estudio del TDAH, solamente en Sudamérica hay 36 millones de personas afectadas, con un manejo adecuado solo alcanzado por una cuarta parte de los afectados. En México se estima que hay aproximadamente 33 millones de niños y adolescentes, de los cuales 1.5 millones podrían ser diagnosticados con TDAH. <sup>4,8</sup>

La Universidad Nacional autónoma de México (UNAM) llevó a cabo una muestra probabilística de personas en etapa universitaria (N=1937) a quienes se les aplicó la Escala de Wender Utah y la Escala de autoevaluación para TDAH en Adultos-6. El resultado fue una prevalencia de TDAH de 16.2% (N=162) con mayor incidencia en hombres (22.14%) que en mujeres (13%), la carrera con mayores casos pertenece a Biología (23.7%) en comparación con Enfermería (9.9). <sup>3</sup>

El Programa de Salud Mental 2021 del Estado de Tabasco estima que actualmente hay 450 millones de individuos cursando con un tipo de trastorno mental o neurológico y que probablemente experimentarán con trastornos psicosociales relacionado al abuso de sustancias, bajo desempeño escolar y relaciones intrapersonales autodestructivas.



Solamente en Tabasco con fecha de enero a diciembre de 2019 existe una prevalencia de 26,815 casos nuevos o antiguos trastornos de salud mental diagnosticados por médicos generales, psiquiatras y psicólogos, incluidos entre ellos el TDAH en todas sus variantes, afectando mayormente a escolares y adolescentes con una prevalencia de 2,322 casos reportados a final de 2019.<sup>23</sup>

EL TDAH está asociado a una alteración en el desarrollo armónico de los individuos afectados, dando como resultado a alteraciones familiares importantes; Estudios realizados por Mannuzza ha demostrado que el trastorno tiene un impacto negativo en la familia, relaciones y el funcionamiento académico con alta probabilidad de conductas autodestructivas, se sabe que hasta un 50% de los niños con TDAH tienen pobres relaciones con sus pares y hasta un 70% de los niños con TDAH que cursan el tercer grado no tienen amistades por sus grandes limitaciones para participar de manera armónica en los intercambios sociales propios de la edad.<sup>18,19</sup>

Las afecciones secundarias y a largo plazo en niños con diagnóstico confirmado de TDAH continúen a la adultez dependerá de la severidad del cuadro en comparación del tratamiento inicial, la presencia de comorbilidades, el intelecto, las ventajas sociales que si llegaran a ser inferiores a la presentación clínica de la enfermedad.<sup>5,6</sup>

Juan Manuel Saucedo García prevé de futuras adversidades de diversos tipos en el área de la salud mental: deficientes logros académicos y ocupacionales, abuso de sustancias, problemas legales, lesiones accidentales, pobres elecciones sobre la salud personal, paternidad precoz, problemas de conducta, ansiedad, depresión, divorcio, conducta suicida, etc.<sup>2</sup>



A pesar del respaldo de la comunidad científica acerca de una etiología neurobiológica del TDAH, quien apoya como piedra angular del tratamiento es el uso de medicamentos estimulantes, hay oposición con respecto a su existencia, su persistencia a lo largo de una vida y de una guía terapéutica óptima.<sup>29</sup>

Estudios Epidemiológicos han mostrado que solo el 25% de cuidadores de pacientes con cuadro clínico de trastorno de conducta o afecto consideró solicitar atención médica, y de ellos solamente el 13% acudió a un servicio especializado en salud mental; la búsqueda de la correcta atención se asocia con un mayor nivel educativo para los cuidadores.<sup>27</sup>

En una muestra realizada en México por Lino Palacios-Cruz en 288 cuidadores de pacientes con TDAH diagnosticado por un clínico, llegaron a la conclusión de que un 60% del diagnóstico fue hecho por un psiquiatra infantil, 16% por psicólogo, 13% con neurólogo o neurólogo pediatra. Menos del 5% fue realizado por un médico general, por pediatra o psicopedagogo; de la información sobre la etiología, cuadro clínico o tratamiento médico, el 78.2% reportó que fue satisfactoria.<sup>4</sup>

Un aspecto importante del trabajo realizado por Lino Palacios-Cruz fue de graficar el nivel de conocimientos y actitudes del encuestado con respecto al padecimiento con el dato que un 69.2% (N=198) de cuidadores dijo saber qué es el TDAH, el 85.4% (N=246) consideró el TDAH como una patología; 8.3% (N=24) como falta de autoridad en la crianza, el resto considero al TDAH como un mito o invento de las farmacéuticas.<sup>4</sup>



Una modalidad que es la terapia de intervención del comportamiento incluye la modificación del ambiente físico y social basados utilizando un sistema de premios con consecuencias no severas. Fomentando la relación sana entre cuidador-paciente con técnicas ampliada de paternidad, la efectividad de una intervención del comportamiento está relacionada si el padre comprende la función específica y metas del tratamiento no farmacológico.<sup>7,8</sup> Los abordajes psicoeducativos solos o en combinación con bajas dosis de medicación pueden ser efectivos en el largo plazo al reducir los signos cardinales y mejorar muchos aspectos funcionales.<sup>20</sup>

La recomendación de estrategias para el tratamiento con TDAH varía conforme la edad del diagnóstico. Diversas publicaciones enfocadas al tratamiento del TDAH resaltan la importancia del abordaje multimodal cuya meta es combinar intervenciones psicosociales y farmacologías en un estudio multicéntrico de tratamiento para niños con resultados efectivos al mediano y largo plazo de curso del TDAH.<sup>28</sup>

Hasta la fecha se conoce de manera individual el trastorno que implica el TDAH, no obstante, poca es la atención del TDAH englobando a la familia.<sup>10</sup> Los seres humanos, recibirán desde el nacimiento pautas y enseñanzas para el correcto desarrollo en el contexto del ámbito social confiando en la familia pionera en sus responsabilidades. La familia considerada como el primer grupo social de la humanidad por la que todos los individuos desde su nacimiento son formadores de integrantes de la sociedad.

Principalmente, los padres que son los encargados de formar individuos comprometidos con su entorno, fomentándoles valores morales que permitirán una convivencia funcional en la sociedad. No obstante, la familia a su vez se encuentra sujeta a influencias mayores y cambiantes desde otros entornos (Papalia, Feldman & Martorell, 2012, Seelbach, 2012).<sup>9</sup>



Los padres viéndolos como la piedra angular que puede dar cimientos fuertes hacia la evolución satisfactoria de integración y desenvolvimiento a la sociedad del paciente con la enfermedad TDAH, esto los convierte en el miembro más frágil del tratamiento. La crianza como una función básica de la familia puede verse afectada por altos niveles de frustración en sus intentos de manejar y controlar la conducta, de no existir un estilo de afrontamiento adecuado por parte de los cuidadores principales existirán consecuencias sociales, económicas, médicas y familiares.<sup>30</sup>

Según Rubio, Mena & Murillo en 2006 dentro del contexto familiar, la presencia de un integrante con este trastorno puede perturbar su funcionamiento, como consecuencia, todo el grupo pasa por momentos difíciles por desconocer el correcto acercamiento y entendimiento de una patología un ejemplo sería el TDAH en un miembro de la familia, y puede verse trastornado e ineficaz debido a la alteración del funcionamiento familiar y a su vez, verse afectada la calidad de vida familiar.<sup>9</sup>

El análisis individual de calidad de vida en cuidadores primarios de pacientes con TDAH se ha abordado por medio de más de un tipo instrumentos de medición: escala de Zarit, la prueba de Notting, la escala Goldberg, etc. (EADG-18), concluyendo que las situaciones negativas, por ejemplo: sobrecarga del encuestado, baja energía, dolor crónico, movilidad limitada, sueño de calidad, estado alterado emocional, relaciones sociales patológicas, depresión y ansiedad. Se consideran que estos cuidadores son de carácter informal<sup>12</sup>



## 2.2. Calidad de Vida

El término Calidad de Vida de origen latín “qualitas” mencionado por primera vez con el presidente Estadounidense Lyndon Jhonson hace referencia a un individuo como un ser único excluyendo a los demás y mencionando algunos conceptos considerados para la calidad de vida como: relaciones personales, capacidad física, comodidades en su ambiente frecuente (Villaverde et al, 2000).<sup>13</sup>

La OMS define en 1986 a la calidad de vida como la valoración que da el individuo de su vida, contexto, metas, expectativas, adversidades y salud tomando en cuenta que el término salud no solo engloba a la ausencia de enfermedad sino una equidad de bienestar físico, psicológico y social.<sup>13</sup>

La calidad de vida siempre varía conforme la época y nivel cultural de los grupos sociales Nava (2012), el atributo más importante para medir calidad de vida es la cualidad para obtener satisfacción con insumos adecuados listos para su obtención más allá de los que están en su posesión y aun así el concepto es difícil de definir por los conceptos multidimensionales involucrados.<sup>9</sup>

Este nuevo constructo sumó gran relevancia por requerir la necesidad rápida de identificar los factores que propician la calidad de vida además del bienestar, buscando como finalidad diseñar instrumentos idóneos para la medición del mencionado constructo y diseñar políticas públicas de contrapeso a las consecuencias de los efectos adversos de la industrialización. (Badia & Lizan,2003).<sup>13</sup>



La fuerte relación entre salud y calidad de vida obligan a Kaplan y Bush (1982) proponer los términos “calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)” con la finalidad de marcar las amplias diferencias del constructo “calidad de vida (CV)” cuya principal variable es enfatizar áreas de bienestar subjetivo y psicosocial, mientras en la CVRS se enfoca a los cuidados asociados a la salud durante la enfermedad que puede poner límites a la capacidad de percibir un alto nivel de bienestar (Goldwurm et al., 2003).<sup>13</sup>

En la década de los noventa se inician los grandes avances en investigaciones sobre CVRS, gracias a la creación de herramientas de trabajo; SF-36 (Ware et al., 1981), el Perfil de Impacto de la Enfermedad (Bergner et al., 1981), el Perfil de Salud de Nottingham (Hunt et al., 1986). En 1986, la OMS creó y validó la encuesta de CVRS (WHOQOL-100), hoy en día es uno de los más utilizados y reconocidos mundialmente.<sup>13</sup>

Aunque existen variedad de métodos para cuantificar la gravedad y frecuencia de las enfermedades, no es igual con la medición del bienestar y la calidad de vida. Por consiguiente, la OMS apoyada por 15 centros colaboradores mundiales desarrollaron el instrumento WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life) disponible para utilizarse en centros culturales con capacidad de retroalimentación para comparar resultados en diferentes poblaciones y países.<sup>14</sup>

Diseñado como herramienta para medir percepción en calidad de vida relacionado con enfermedades mentales el instrumento (WHOQOL-100) tiene usos en la práctica médica, investigación, auditorias y planes de trabajo sobre políticas de saneamiento. Su diseño es basado en opiniones de pacientes con una amplia gama de enfermedades, personas sanas y profesionales sanitarios de diferentes regiones del mundo.<sup>14</sup>



El WHOQOL-100 genera resultados por medio de puntuaciones con relación a facetas particulares de calidad de vida (sentimientos positivos, apoyo social, recursos económicos) en relación con áreas físicas, psicológicas y relaciones sociales, medio ambiente y una puntuación en relación a la calidad de vida global y la salud en general. <sup>14</sup>

El WHOQOL-100 permite una evaluación detallada de los dominios relacionados a la calidad de vida individualmente, pero son considerados profundos y extensos para algunos usos, por ejemplo, en grandes estudios epidemiológicos donde la calidad de vida es solo una variable de interés. <sup>15)</sup>

En estos casos, las evaluaciones se acoplarán con facilidad a los estudios si son cortos, simples y breves (Berwick et al. 1991). Por lo tanto, se diseñó una versión de campo integrada por 26 ítems del WHOQOL-100 y con capacidad de ser autoadministrada, la cual fue denominada WHOQOL-BREF, desarrollada para observar el perfil de cada dominio (salud física, psicología, relaciones sociales y medio ambiente) que estudian la calidad de vida. <sup>15</sup>

En la actualidad ambos instrumentos se encuentran disponibles en más de 29 lenguas, sus propiedades psicométricas muestran una validez de discriminación, de contenido y fiabilidad correctas. Las puntuaciones de áreas WHOQOL-BREF proyectan correlación de aproximadamente 0.9. <sup>16</sup>

Genuinamente la atención que hay para el bienestar total del paciente impulsa la iniciativa para desarrollar un instrumento de asesoramiento sobre calidad de vida internacional liderado por la OMS cuya meta principal es poder comparar resultados de diferentes centros culturales con patologías variadas o inclusive individuos sanos y dedicarse de manera holística al mejoramiento de la salud y sus cuidados del ser humano. <sup>16</sup>



Existen casos donde las familias no dan la importancia a la enfermedad de TDAH, hay casos opuestos donde las familias buscarán ayuda rápida modificando su vida cotidiana para adaptarse a la nueva crisis familiar que se manifiesta como: desesperación, sentimientos de culpa, depresión, presión social, fallas en la comunicación de familia, problemas conyugales, problemas en instituciones médicas o escolares y falta de orientación. Llord, A, Abad, M. A, García, M., & Nieto, J. (1995).<sup>9</sup>

Si bien se han realizado los estudios sobre calidad de vida familiar donde exista un integrante de familia con cierto grado de discapacidad, los tipos de instrumentos previamente diseñados incluían las siguientes variables: estrés, afrontamiento, paternidad, ambiente del hogar, relación marital, necesidades individual familiares, servicios disponibles para la atención de la discapacidad (Ireys & Perry, 1999) pero sin medir de manera integral lo que provoca interpretación fraccionada aumentando el riesgo de familias patológicas.<sup>11</sup>

Se concluyó que las intervenciones multidisciplinarias encaminadas al apoyo de los cuidadores de forma preventiva o de soporte son necesarias para obtener resultados positivos relativos tanto al cuidador como al paciente. Es importante adaptar las intervenciones a los requerimientos específicos de cada cuidador.<sup>12</sup>

### 2.3. El APGAR Familiar

El APGAR Familiar es una herramienta utilizada para la evaluación familiar, su correcta aplicación apoya al médico familiar a promover un sincero interés y expresión de sentimientos entre el informante que es el paciente permitiendo la comprensión del entorno y el contexto de su familia para identificar la presencia de disfunción y sus grados.<sup>20,21</sup>



El APGAR familiar se define como un instrumento cuantitativo para evaluar cinco funciones básicas de la familia consideradas las más importantes: adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afecto, y recursos y la percepción del paciente con relación a la situación funcional con sus familiares, conocer el nivel de funcionalidad nos orientara a un mejor manejo, la optimización y especialización del apoyo ofertado a la persona con una patología en su núcleo familiar. <sup>20,21</sup>

En la última revisión de 2018 Puntos Clave sobre el APGAR FAMILIAR realizada por Federico Vera recalco el entendimiento del concepto de funcionalidad familiar que es la capacidad en un núcleo familiar de interactuar en forma armónica entre los componentes de este, premiando la comunicación, respeto a las diferencias individuales y solución de conflictos: violencia familiar, confusión de roles, dependencia excesiva, falta de comunicación y manipulación emocional. <sup>21</sup>

### **2.3 Funcionalidad Familiar**

El paso del tiempo han evidenciado a la familia como engranaje primordial en la formación de nuevos miembros de la sociedad, recalcando que es la organización más antigua de la humanidad, la funcionalidad familiar es la que logra obtener un estatus de salud favorable en cada integrante en donde ellos perciben el funcionamiento familiar como un grado de bienestar al cumplir con los objetivos básicos como son adaptación, participación ganancia o crecimiento, afecto y recursos (Smilkstein 1978;Paz, 2007)<sup>34</sup>



Al respecto, Medellín, et al. (2012), mencionan que el conocimiento del funcionamiento familiar y las redes de apoyo social, permiten identificar recursos que facilitan el desarrollo de estrategias específicas, para su valoración y poder tener indicadores, que en su caso darán un panorama que ayude a llegar a conclusiones respecto a lo que se está buscando.<sup>34</sup>

### **2.3.1 El APGAR Familiar**

El APGAR Familiar es una herramienta utilizada para la evaluación familiar, su correcta aplicación apoya al médico familiar a promover un sincero interés y expresión de sentimientos entre el informante que es el paciente permitiendo la comprensión del entorno y el contexto de su familia para identificar la presencia de disfunción y sus grados.<sup>20,21</sup>

El APGAR familiar se define como un instrumento cuantitativo para evaluar cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes: adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afecto, y recursos y la percepción del paciente con relación a la situación funcional con sus familiares, conocer el nivel de funcionalidad nos orientara a un mejor manejo, la optimización y especialización del apoyo ofertado a la persona con una patología en su núcleo familiar.<sup>20,21</sup>

En la última revisión de 2018 Puntos Clave sobre el APGAR FAMILIAR realizada por Federico Vera recalcó el entendimiento del concepto de funcionalidad familiar que es la capacidad en un núcleo familiar de interactuar en forma armónica entre los componentes de este, premiando la comunicación, respeto a las diferencias individuales y solución de conflictos: violencia familiar, confusión de roles, dependencia excesiva, falta de comunicación y manipulación emocional.<sup>21</sup>



#### 2.4. Marco referencial

Yu-Tao y compañía publicaron el estudio Calidad de vida en padres de niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en Hong Kong, ellos realizaron un estudio transversal de la QOL de cuidadores con pacientes diagnosticados con TDAH cualquier de sus subtipos en el área de Hong Kong trabajaron con un total de 77 participantes con resultados de baja QOL en los cuatro dominios comparados con la puntuación media de la población en general los resultados fueron los predichos utilizando el método Cohen. <sup>30</sup>

Todas las variables presentaron una bivariado significativo con la calidad de vida, el Dominio Físico estuvo relacionado con mayor comorbilidad de la enfermedad TDAH, nivel educativo y síntomas emocionales contabilizando para 24% de variable. Dominio Psicológico fue significativamente predicho por el nivel educativo contabilizando para 7% de variable, Dominio Social fue significativamente predicho por condiciones médicas mayores y síntomas de hiperactividad más inatención contabilizando para 21% de variable y el Dominio Ambiental fue significativamente predicho por el ingreso mensual del hogar y comorbilidades del desorden del desarrollo contabilizando el 30% de variable

Otro dato recolectado fue que un mayor nivel educativo tiene efecto favorable en el dominio físico y psicológico de QOL de cuidadores de paciente con TDAH comparados con los hallazgos previos en la población general. Los autores recomiendan la interpretación de los resultados deben ser con cautela por ciertas limitaciones metodológicas principalmente el tamaño de la muestra, segundo el tipo de estudio no indago entre la relación entre QOL, antecedente sociodemográfico y variables clínicas no se exploraron (paternidad, estrés paternal y calidad matrimonial). <sup>30</sup>



El estudio Evaluando la Calidad de Vida en Madres de niños con TDAH en comparación con Calidad de Vida de Madres de niños con Síndrome de Down realizado New, Delhi Indica por Imran Mushtaq y otros trabajaron sobre la QOL de 22 madres de pacientes con TDAH para compararlo con la QOL de 25 madres de pacientes con Síndrome de Down previo a los resultados, se tenía la hipótesis que la severidad del cuadro de TDAH afectaría negativamente la QOL y que sería menor con respecto a las madres con pacientes de Síndrome de Down.<sup>31</sup>

La mayoría de las madres reportaron en general una QOL de “buena” (45%), seguido de “moderado” (27%), luego “muy buena” (13%), continuando con “muy pobre” (9%) y finalmente “pobre” (4%), los dominios más altos fueron de relaciones sociales (M=71.97) y el dominio más bajo fue el de salud física (M=58.76) se encontró una correlación entre la severidad del TDAH con la baja puntuación de QOL. La segunda teoría es desaprobada al no presentar diferencia significativa entre la QOL de Madres de pacientes con TDAH y con Síndrome de Down.

Dado que la muestra es pequeña (<30) la generalización de los resultados es un inconveniente y la posibilidad de sesgos por parte de los encuestados tales como deseo social más aptitudes conformistas pudiera afectar el resultado del estudio.<sup>31</sup>

El estudio transversal Calidad de vida y funcionalidad familiar de padres de hijos con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad realizado en Ciudad de Ismailia, Egipto, por Samar Azazy y otros, con una muestra de 125 cuidadores de paciente con TDAH escogidos sistemáticamente al azar utilizando los instrumentos de QOL test más el APGAR Familiar y datos sociodemográficos para determinar la relación que tiene con respecto a cada uno de ellos; Con los resultados de una media de puntuación para los dominio físico, psicológico y social fue de 12.0 hasta 3.0 para dominio de salud, con promedio de 11.9 para ambiental.<sup>32</sup>



Se reportan una relación significativa entre el dominio físico de la QOL con el género, estatus labora, ingreso percibido y nivel educativo, las mujeres(n=80) obtuvieron un resultado menor que los hombres, la relación entre el dominio social con el nivel educativo demostró que los padres con educación preparatoria o mayor que los de nivel licenciatura o posgrado, finalmente la relación del dominio ambiental se vio afectado por la edad, ingreso percibido, estado civil y nivel educativo, cuidadores  $\geq 40$  años obtuvieron resultados menores a los cuidadores de  $< 40$  años. Padres con nivel educativo primaria/preparatoria obtuvieron la puntuación mayor.<sup>32</sup>

Un 79.2%(99) de los cuidadores dentro de la muestra reportaron familias disfuncionales,[25.6%(32) fueron severas y 53.6%(67) de moderadas] y 26 (20.8%) lograron puntuación equivalente a la normal. la mayoría de los padres de familias disfuncionales se encontraban en áreas urbanas con edades menor a los 40 años; su relación con los resultados del QOL puntuaron que el dominio psicológico fue mayor en familias funcionales.<sup>32</sup>

Los autores justifican la importan del estudio por ser el primero en Egipto donde compararon la QOL en cuidadores de pacientes con TDAH con la puntuación de APGAR familiar, los autores advierten sobre carencia de estudios de control y de variables que no se pueden medir por medio de los antecedentes sociodemográficos y la muestra fue con pacientes que buscaron atención médica.

32



### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad es un conjunto de desórdenes neuroconductuales sin determinar una sola causa, se involucran vulnerabilidades biológicas y ambientales que perpetúan el trastorno, presentando los síntomas de hiperactividad, impulsividad y desatención afectando la funcionalidad cognoscitiva, académica, conductual, afectividad y socialización. es el síndrome conductual más común en infancia porque las manifestaciones clínicas se hacen presente mayormente en edad preescolar (4-5 años) seguido en adolescentes; en México podrían ser diagnosticados hasta 1.5 millones de casos nuevos de TDAH de los 33 millones de niños y adolescentes. <sup>1,9,18</sup>

Dentro del contexto familiar, la presencia de un integrante con este trastorno puede perturbar su funcionamiento, como consecuencia, todo el grupo pasa por momentos difíciles por no saber cómo enfrentar las situaciones que experimentan y, al final, cualquier intento de tratamiento médico o conductual para mejorar los síntomas del TDAH en los niños que lo padecen, puede verse trastornado e ineficaz debido a la alteración del funcionamiento familiar, y a su vez, verse afectada la calidad de vida familiar. <sup>9</sup>

La OMS define en 1986 a la calidad de vida como la valoración que da el individuo de su vida, contexto, metas, expectativas, adversidades y salud tomando en cuenta que el termino salud no solo engloba a la ausencia de enfermedad sino una equidad de bienestar físico, psicológico y social; Por consiguiente, se creó y valido la encuesta WHOQOL-100 y el WHOQOLBREF-26 disponible para utilizarse en centros culturales con capacidad de retroalimentación. Su diseño es basado en opiniones de pacientes con una amplia gama de enfermedades, personas sanas y profesionales sanitarios. <sup>9,13,14</sup>



Dado que el pilar para el óptimo tratamiento y seguimiento del TDAH es la familia del paciente sobre todo el cuidador principal quien debe cumplir con terapias farmacológicas y no farmacológicas, hay riesgo que los integrantes núcleo familiar no logren adaptarse al cambio de dinámica repercutiendo en los niveles de QOL del cuidador y la funcionalidad familiar, poniendo en riesgo el apego a la terapia de los pacientes con TDAH, el personal de los centros de salud, asistencia social o centros de educación quienes brindan la atención y seguimiento a los pacientes TDAH pueden fallar al detectar situaciones que estén deteriorando la QOL sin poder prevenir, canalizar o dar manejo oportuno.

Lo cual nos lleva a la siguiente pregunta de investigación.

***¿Cuál es relación entre la Calidad de Vida y funcionalidad familiar del cuidador primario de pacientes con el diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, en la UMF 39 del IMSS Tabasco, México?***



## 4. JUSTIFICACIÓN

La enfermedad del Trastorno de Déficit de Atención eh Hiperactividad es una enfermedad neuroconductual del comportamiento sus causas son multifactoriales de inicio en edad escolar con secuelas importantes en la adolescencia y edad adulta provocando: abuso de sustancias, prácticas sexuales de riesgo, incapacidad para un trabajo estable o entorno familiar, discapacidad temprana, suicidio. Con una prevalencia mundial de 3 a 5% y aun así el nivel de conocimiento sobre el trastorno es bajo, afectando el diagnóstico y tratamiento temprano, en consecuencia, las familias de los pacientes afectados pueden estar sujetos a situaciones que afectan la calidad de vida desde la seguridad de su hogar familiar; la familia encargada de dar cuidado, afecto, reproducción, estatus y socialización elementos que ayudaran a formar individuos competentes en la sociedad. En México poco son los estudios que abordan la relación de ser cuidador de un paciente con TDAH con el nivel de QOL y funcionalidad familiar, este último aspecto se relaciona con el área de Medicina de Familia debido a que la salud de un núcleo tan importante como la familia es prioridad para el Medico Familiar, poder conocer la QOL y funcionalidad familiar de cuidadores de pacientes con TDAH generando un conocimiento en beneficio de la población general y sobre todo a cuidadores Derecho Habiente (DH) de la UMF No. 39 del IMSS.

Por una parte, los instrumentos WHOQOL y WHOQOL-BREEF diseñado para medir la calidad de vida de un individuo y como percibe su salud abordando factores: sociales, ambientales, psicológicos y físicos, es capaz se administrarse en individuos sanos y enfermos de diferente nivel socioeconómico, cultural o de etnia.



Por lo tanto, el presente estudio se realizará en Cuidadores DH de pacientes con TDAH de la UMF No. 39 del IMSS, se utilizará WHOQOL-BREEF junto con el test de APGAR familiar , ya que ambas herramientas son prácticas, confiables y validas en México, de esta manera sus profundidad y posibilidad de ramificación son de gran utilidad, cabe resaltar que tiene como finalidad detectar en los cuidadores de TDAH su nivel de QOL y la funcionalidad de la familia, de modo simplificado prever que los cuidadores de pacientes con TDAH verán afectado su QOL en algún momento en el curso de la enfermedad generando disfunción en las familias, de esta manera coadyuvar a los cuidadores en tales escenarios o bien la búsqueda de un adecuado manejo multidisciplinario aplicable para los cuidares utilizando, actualizando o diseñando nuevas guías con las que ya cuenta en las clínicas del IMSS.

Con tal objeto la investigación podrá seguir su curso con el apoyo y acceso de la institución, es de bajo costo y accesible, se mantiene en línea con los objetivos de salud mental de la UMF No. 39, no interrumpe los protocolos de trabajo de la institución, es un tema poco estudiado en el IMSS, sobre todo en el estado de Tabasco donde se planea realizar el trabajo de investigación; este estudio beneficiar a trabajadores de la salud y DH pudiendo facilitar contribuciones positivas para el Medico Familiar e interesados en el área, para realizar un diagnóstico confiable y predictor, individualizar el manejo del cuidador , facilitar la coordinación con otros servicios dentro del IMSS, orientando desde el ámbito clínico, sobre que es la QOL y como pueda afectar el núcleo familiar.



## 5. HIPOTESIS

### **Hipótesis nula**

No hay relación entre la calidad de vida y la funcionalidad familiar del cuidador primario de paciente con diagnóstico de Trastorno de déficit de Atención e Hiperactividad

### **Hipótesis alterna**

Hay una relación entre la calidad de vida y la funcionalidad familiar del cuidador primario de paciente con diagnóstico de Trastorno de déficit de Atención e Hiperactividad



## 6. OBJETIVOS

### 1. General:

Analizar la relación de la calidad de vida y funcionalidad familiar en cuidadores primarios de pacientes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, en la UMF 39 del IMSS Tabasco, México.

### 2. Específicos:

- Identificar la calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, en la UMF 39 del IMSS Tabasco, México
- Identificar la funcionalidad familiar en cuidadores primarios de pacientes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, en la UMF 39 del IMSS Tabasco, México
- Determinar las características sociodemográficas de los cuidadores primarios de pacientes con TDAH, en la UMF 39 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Tabasco, México.



## 7. MATERIAL Y MÉTODOS

### 7.1 Tipo de Investigación

Se realizó un estudio analítico transversal

### 7.2 Universo

El universo de estudio estuvo constituido por los cuidadores primarios de 134 pacientes con TDAH de acuerdo con la definición de caso confirmado dado por el DSM-5 en cualquiera de sus variantes adscritos en la unidad U.M.F. número 39 del IMSS tabasco, que acudan a seguimiento médico, con respecto al tiempo para realizar el estudio, se consideró el periodo comprendido de diciembre 2021 a enero 2022.

### 7.3 Muestra y muestreo

#### *Muestra*

La muestra se obtuvo mediante la fórmula para variables cualitativas con población finita y determinada, la cual es

$$n = \frac{z^2(P)(1-P)}{d^2}$$

$$t = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

Se realizó el cálculo mediante la fórmula de la N para poblaciones finitas; por lo tanto

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 134}{0.05^2 (134 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} = \frac{3.84 \times 0.5 \times 0.5 \times 134}{0.0025 (133) + 3.84 \times 0.5 \times 0.5}$$
$$\pi = \frac{128.64}{1.292} = 99$$

$$\pi = 99 \text{ encuestas}$$



De lo anterior se desprende que, para una población total ( $N=134$ ), con un margen de error ( $d=0,05$ ), para el intervalo de confianza deseado 95% ( $Z=1.96$ ), y una proporción de población con variable de interés de  $p=1,20$ ; el resultado de la muestra obtenida fue de 99 (IC 95%).

### *Muestreo*

Para la recolección de la información con el apoyo de asistente médica, médico residente de segundo y tercer grado de la especialidad en medicina familiar que durante el periodo de 2 meses se estuvo interrogando a los derechohabientes que cumplían con los criterios de selección mientras asistían a la consulta médica, que estuvieran en sala de espera o al concluir su atención medica se continuo hasta llegar a la muestra requerida, se consideró un 5% más con un total de 105 individuos encuestados

## **7.4 Criterios de selección.**

### *7.4.1 Criterios de inclusión*

- Sujetos derechohabientes vigentes con diagnóstico de TDAH en edad de 3 a 16 años al momento de la realización de encuestas
- Que el cuidador primario sea Adultos mayores de 20 años,
- Cuidadores primarios de ambos Géneros.

### *7.4.2 Criterios de exclusión*

- Presencia de alguna alteración medica tipo incapacitante o capacidad mental alterada del cuidador primario.
- Que el cuidador primario del derechohabiente con TDAH no habite en la misma vivienda.



## 7.5 Método e instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos sociolaborales, se contó con un apartado a modo de instrumento de recolección; dado su característica, no requiere de validación. Para la prueba Calidad de Vida 26 ítems (WHOQOL-BREEF), adaptada a la población mexicana en 2006 por González Celis y Sánchez Sosa.

Consta de 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud y 24 preguntas agrupadas en cuatro dominios: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta.<sup>15,16</sup>

Pasos para las calificaciones de la prueba:

1. Se eligió la versión corta para la aplicación de la encuesta en los cuidadores primarios de pacientes con TDAH
2. Identificar los reactivos que integraran cada dominio: salud física (3,10,16,15,17,4,18), psicológica (5,7,19,11,26,6), relación social (20,22,21) y ambiental (8,23,12,24,13,14,9,25). Las dos primeras preguntas no corresponden a un dominio, su utilidad es de proporcionar una percepción global de calidad de vida
3. Sumar el total de reactivos que integran cada dominio y se promedian los resultados por cada dominio
4. Según los resultados finales estos se considerarán como Baja calidad de vida o Buena Calidad de vida.
- 5.- De acuerdo con lo observado en el análisis de las medidas de tendencia central se categorizo el puntaje obtenido en baja calidad de vida con  $\leq 80$  puntos y buena calidad de vida con  $\geq 81$  puntos

La prueba APGAR FAMILIAR diseñada por Gabriel Smilkstein 1978 adaptada a la población mexicana se utiliza para observar la funcionalidad familiar percibida,



con 5 componentes: adaptabilidad, participación, crecimiento, afección y resiliencia hay 5 posibles respuestas (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre). La puntuación total se puntúa sobre un valor de 0 a 4, obteniéndose al final un índice de 0 y 20.<sup>20</sup>

Pasos para calificaciones de la prueba:

- 1.- Se eligió la versión en español para aplicación a cuidadores primarios de pacientes con TDAH
- 2.- Identificar los reactivos preguntas
- 3.- Sumar el total de reactivos y se codificaran para obtener una calificación; 0 nunca: 1 casi nunca: 2 algunas veces: 3 casi siempre: 4 siempre
- 4.- Según los resultados finales esto se consideran como Familia: normal con 17 a 20 puntos y disfuncional (leve 16-13, moderada 12-10, severa 9-0)

### **7.6 Análisis de datos**

Previa autorización de las autoridades correspondientes, de los comités de investigación y ética en la plataforma IMSS SIRELCIS. Con la aceptación de proyecto se solicitó autorización para la aplicación de los instrumentos de la recolección de datos al Instituto Mexicano del Seguro Social y a la Dirección de la Unidad Médica No. 39.

El instrumento para la recolección de datos fue diseñado en la herramienta de creación de formularios de GOOGLE FORMS de esta manera se pudo integrar el cuestionario de factores sociodemográficos el WHOQOLBREF y el APGAR familiar dividido en 3 secciones para poder ser contestado por medio de dispositivos electrónicos como smartphone o Tablet de esta manera la información recabada se descargó en una base de datos externa a una hoja de cálculo de Microsoft Excel, mismo que se integró al software SPSS en español para proceder al análisis estadístico correspondiente.



Estas variables se incluirán en el paquete estadístico de SPSS. y se realizaron tablas y gráficos para mostrar los resultados. Los datos fueron analizados obteniendo medidas de frecuencia, porcentajes y proporciones para las variables cualitativas con intervalos de confianza del 1.96% y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas. Usamos la prueba chi-cuadrada de Pearson para comparar características (WHOQOLBREF y APGAR familiar) entre el grupo encuestado. Se determinó que una diferencia era estadísticamente significativa si el valor de p era  $\leq$  a 0.05.

## Variables

### Dependiente

Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud de 26 ítems. APGAR familiar

### Independiente

Cuidadores de pacientes con o sin TDAH de 3 a 16 años

## Operacionalización de las variables

Variable	Tipo/Escala	Definición conceptual	Definición operacional	Unidad de medida/Codificación	Estadística
<b>WHOQOLBREF</b> (cuestionario de calidad de vida de la organización mundial de la salud de 26 ítems)	Cualitativa /ordinal	Evalúa las percepciones de los individuos sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y los síntomas de valores en los que viven y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones	Percepciones que seleccione el encuestado en el WHOQOLBREF	1.- $\leq$ 80 puntos: baja calidad de vida 2.- $\geq$ 81 puntos: buena calidad de vida	Frecuencias, proporciones o porcentajes
<b>APGAR FAMILIAR</b>	Cualitativa / ordinal	Instrumento que muestra como perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.	Percepciones seleccionado por el encuestado sobre el funcionamiento de su familia en un momento determinado de la prueba APGAR	Normal: 17-20 puntos Disfunción leve: 16-13 puntos Disfunción moderada: 12-10 puntos Disfunción severa: menor o igual a 9	Frecuencias, Proporciones o porcentajes



			FAMILIAR		
<b>Genero</b>	Cualitativa / nominal	Condición orgánica, masculina y femenina	Características biológicas sexuales externas visibles asignadas al momento del nacimiento al que pertenece el paciente	1.-Masculino 2.-Femenino	Frecuencias, proporciones o porcentajes
<b>Edad</b>	Cuantitativa/continua	Tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos de vida del paciente al momento del estudio	Número de años/ 1.- < 40 años 2.- > 40 años	Medidas de tendencia central, dispersión, distribución de frecuencia en clases
<b>Estado Civil</b>	Cualitativa / nominal	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, Filiación, o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder, y Responsabilidad que el derecho a reconocer a las personas naturales	Condición de estado civil de la persona al momento del estudio	1.- Casado/unión libre 2.-Soltero 3.-Separado/Viudo	Frecuencias, proporciones o porcentajes
<b>Variable</b>	<b>Tipo/Escala</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Unidad de medida/Codificación</b>	<b>Estadística</b>



<b>Estudios Académicos</b>	Cualitativa / ordinal	Todo lo que se relaciona con una academia, instituto de enseñanza sistematizada que entrega certificación de estudios cursados y aprobados, en cualquier rama del saber: artístico, literario, científico o técnico	Percepciones seleccionado por el encuestado sobre cursos académicos completados al momento del estudio	1.- Primaria completa/incompleta 2.- Secundaria/Preparatoria 3.- Licenciatura/Maestría	Frecuencias, proporciones o porcentajes
<b>Estado Laboral</b>	Cualitativa / nominal	Trabajo, empleo, oficio.	Condición de ocupación de la persona al momento del estudio	1.- Empleado 2.-Desempleado	Frecuencias, proporciones o porcentajes
<b>Ingresos Percibidos</b>	Cualitativa / ordinales	Ganancias obtenidas por realizar actividades laborales mayormente de tipo monetario los cuales son utilizados para obtener bienes materiales esenciales y comodidades	Satisfacciones percibidas por ganancias generadas por el encuestado al momento del estudio	1.-Suficientes los ingresos mensuales 2.-Insuficientes los ingresos mensuales	Frecuencias, proporciones o porcentajes
<b>Tipo de Residencia</b>	Cualitativa / discreta	Se conoce como residencia a todos aquellos lugares los cuales se encuentran diseñados estructuralmente hablando, para que sean habitados, este tipo de construcciones pueden ser utilizadas como viviendas permanentes o temporarias, de igual forma cabe acotar el hecho que las residencias rurales son un conjunto de entidades singulares de población con 10.000 y menos habitantes y las urbanas comprende con más de 10.000 habitantes de hecho	Percepción del encuestado de su tipo de residencia al momento del estudio	1.-Urbana 2.-Rural	Frecuencias, proporciones o porcentajes



<b>Tiene hijo con TDAH (trastorno de déficit de atención eh hiperactividad)</b>	Cualitativa / nominal	Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo cuyos síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales	En el momento del estudio el encuestado está a cargo de un paciente de 3 a 16 años y cuenta con diagnostico medico de TDAH	1.- Si 2.- No	Frecuencias, proporciones o porcentajes
---	-----------------------	---	--	------------------	---

### 7.7 Consideraciones Éticas

Este proyecto de investigación se estableció de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, según el:

#### TITULO PRIMERO Disposiciones Generales

Art. 3o.- tomando en cuenta que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social. A la prevención y control de los problemas de salud y al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.

#### TITULO SEGUNDO De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos

Art. 13.- respeto a la dignidad, protección de los derechos y bienestar del sujeto.

Art. 14.- la Investigación se justifica según los principios científicos y éticos, Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél.

Art. 16. Se protege la privacidad del sujeto en investigación.



Art. 20, 22, 24 y 27: En esta investigación se realizará entrevista directa, y la aplicación de encuestas, previo consentimiento y participación voluntaria de los individuos de manera explícita mediante una invitación formal para obtener la información personal proporcionada por los individuos que acepten participar en el estudio.

Debido a los principios éticos y al respeto a la autonomía del individuo, la Declaración de Consentimiento Informado” (anexo consentimiento informado). Se considera un procedimiento fundamental para la protección de los derechos de las personas que participan en el estudio.

#### *Recursos humanos*

Todas y cada una de las fases del estudio, salvo la aplicación de instrumentos de evaluación fueron realizados por la Medica Cirujano Héctor Fabricio Aguilar Arias médico residente de la especialidad de Medicina Familiar

#### *Recursos físicos y materiales*

Se utilizo una computadora personal que pertenecen al investigador principal, con entorno Windows, así como paquetería de Windows Office 365 para el análisis de datos, se contó con 3 dispositivos electrónicos (smartphone y Tablet ) para realizar la recolección de datos de manera digital.

#### *Recursos financieros*

Es menester indicar que el presente trabajo se realizó con recursos propios del investigador principal, sin recibir financiamiento parcial o total ni apoyos para materiales de ninguna índole de ninguna institución u organismo público y/o privado, por lo que no presentara conflictos de intereses, financieros institucionales ni personales.



Con motivo de licencia de uso, y así preservar los derechos reservados y creativos de software, para realizar los procedimientos relativos a la investigación, como la confección del formato de instrumento, se utilizó el software Microsoft Office 365, bajo licencia de uso particular. Para compilación de datos y análisis de uso el programa SPSS para entorno Windows con licencia de uso particular.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



## 8. RESULTADOS

A continuación, se describen los principales resultados para dar respuesta a los objetivos planteados. Se estudió una muestra de 105 cuidadores primarios de pacientes con TDAH.

Tabla 1 Análisis descriptivos de las variables sociodemográficas

Variable	FA	FR
<b>Genero</b>	—	
Femenino	34	32
Masculino	71	68
<b>Edad</b>		
Menor de 40 años	91	87
Mayor de 40 años	14	13
<b>Estado Civil</b>		
Casado/Unión Libre	74	71
Separados/Viudo	13	12
Soltero	18	17
<b>Estudios Académicos</b>		
Sabe Leer/Escribir	0	0
Primaria completa e incompleta	32	30
Secundaria/Preparatoria	72	69
Licenciatura o mayor grado	1	1
<b>Estado Laboral</b>		
Empleado	55	52
Desempleado	50	48
<b>Ingresos</b>		
Insuficientes	42	40
Suficientes	63	60
<b>Tipo de Residencia</b>		
Urbana	60	57
Rural	45	43

Fuente: instrumento de recolección de datos.

De un total de 105 encuestados las mayorías fueron personas del género masculino con un 68%(n=71) más de la mitad con respecto a los femeninos de apenas 32% (n=34).



Casi en su totalidad entran en el rango de menor de 40 años con 87% (n= 91) a diferencia del 13% (n=14) que se encuentran en el rango mayores de 40 años. En el área de estudios académicos hay una prevalencia del 69% (n= 72) que cuenta con secundaria/preparatoria completa seguido primaria de 30% (n=32) y solamente un 1% (n=1) cuenta con estudios de nivel licenciatura/posgrado.

La situación laboral indica que un 52% (n=55) de los encuestados actualmente están empleados en comparación del 48% (n=50) desempleados y estos a su vez expresan que el ingreso percibido es suficiente en un 60% (n= 63) opuesto al 40% (n=42) que reporta son insuficientes. Finalmente, el tipo de residencia se reporta que un 57%(n=60) son de la índole Urbano contra las del tipo Rural 43%(n=45).

*Tabla 2. Puntuaje total de encuestados por instrumento WHOQOL-BREEF*

Número de encuestas	105
Media	77.514
Mediana	77.000
Moda	77.00
Desviación Estándar	2.86596
Máximo	81.00
Mínimo	64.00

*Fuente: instrumento de recolección de datos*

De 105 personas encuestadas, se encontró una media (DE), mediana y moda que los sujetos presentaron una media de 77.5 (2.86), el límite inferior fue de 64 y el superior fue de 81.00 por lo tanto el 70.5% (n=74) tiene una percepción de la calidad de vida baja absteniendo en el instrumento de evaluación un puntaje menor a 80 puntos, y solo un 29.5% (n=31) refirió percibir una calidad de vida buena.



Tabla 3 Prevalencia sobre la percepción de la calidad de vida obtenida por el instrumento WHOLQ

WHOQOL	FA	FR
Baja calidad de vida $\leq$ 80 puntos	74	70.5
Buena calidad de vida $\geq$ 81 puntos	31	29.5
TOTAL	105	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

De un total de 105 encuestados obtuvimos que 74 individuos presentaron baja calidad de vida mientras que los restantes 31 presentaron buena calidad de vida.

Tabla 4 Prevalencia sobre la percepción de funcionalidad familiar obtenida por instrumento de APGAR FAMILIAR

Calificación del APGAR FAMILIAR	FA	FR
Normal: 17 a 20 puntos	104	99
Disfunción leve: 16 a 13 puntos	1	1
Disfunción moderada: 12 a 10 puntos	0	0
Disfunción severa: menor o igual a 9 puntos	0	0
Total	0	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Con respecto a la funcionalidad familiar se reportó que el 99% (n=104) de los encuestados presentan una funcionalidad familiar normal con respecto al 1% (n=1) reportando disfuncionalidad leve.



**Tabla 5 Asociación entre la Calidad de Vida y el AGAR familiar**

		Clasificación de APGAR Familiar		
		Normal 17-20	Leve 16-13	Total
Menor o mayor Puntaje	≤ 80 puntos	73	1	74
WHOQLO	≥ 81 puntos	31	0	31
Total		104	1	105

Fuente: trabajo de campo,  $\chi^2 = 0.515$ , P valor de 0.423. es estadísticamente no significativo no hay asociación entre calidad de vida y APGAR familiar

Por medio de chi cuadrado de Pearson = 0.515 mas un P valor de 0.423 descrito en la tabla 5 se demostró que no hay asociación entre la calidad de vida y la funcionalidad familiar con respecto a ser cuidador primario de paciente con TDAH, dado que de un total de 105 encuestados 73 de ellos presenta baja calidad de vida, pero solo un encuestado reporto disfunción familiar leve.

**Tabla 6 distribución por géneros, calidad de vida y funcionalidad familiar**

Genero	Puntaje WHOQOL ≤80 PUNTOS		Puntaje WHOQOL ≥ 81 puntos		Clasificación APGAR FAMILIAR NORMAL 17-20		Clasificación APGAR FAMILIAR DISFUNCION LEVE 16-13	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Femenino	3	4.1	31	100	33	31.7	1	100
Masculino	71	95.9	0	0	71	68.3	0	0
Total	74	100	31	100	104	100	1	100

Fuente: instrumento de recolección de datos;  $\chi^2$  91.854 y p valor = 0.000.  $\chi^2$  2.108 y p valor .147, con respecto a calidad de vida en relación con el género es estadísticamente significativo mientras el APGAR familiar no es significativo estadísticamente. Esto significa que el genero masculino tiene mas riesgo de puntuar baja calidad de vida a diferencia de las mujeres



Con relación a la calidad de vida y el género de los cuidadores de paciente con TDAH observamos lo siguiente: El 100% (n=71) de masculino presento baja calidad de vida y de los femenino solo un 4.10% (n=3) refirió la baja calidad de vida y 31 (91.2) presentaron buena calidad de vida.

En relación con funcionalidad familiar y el género de los cuidadores de paciente con TDAH observamos lo siguiente: el 100% (71) de los cuidadores masculinos percibe funcionalidad familiar normal y del total (34) de los cuidadores femeninos, 33 perciben funcionalidad familiar normal y uno de ellos percibe una disfunción familiar leve.

*Tabla 7 distribución por grupos de edad, calidad de vida y funcionalidad familiar*

EDAD	Puntaje WHOQOL ≤80 PUNTOS		Puntaje WHOQOL ≥ 81 puntos		Clasificación APGAR FAMILIAR NORMAL 17-20		Clasificación APGAR FAMILIAR DISFUNCION LEVE 16-13	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
<40 años	60	81.1	31	100	91	87.5	0	0
≥40 años	14	18.9	0	0	13	12.5	1	100
Total	74	100	31	100	104	100	1	100

*Fuente: instrumento de recolección de datos,  $\chi^2$  6.767 y p valor= 0.009.  $\chi^2$  6.562 y p valor = 0.010 la calidad de vida con respecto a la edad es estadísticamente significativo en cambio el APGAR Familiar no lo es. Esto significa que a menor edad hay más capacidad física para dedicarse a más responsabilidades así como poder dar atención especial al paciente con TDAH*

Analizando la relación por edad se reporta que el 86.7% (n= 91) con edad menor de 40 años; 60 encuestados presentan baja calidad de vida y el resto (31) tiene buena calidad de vida. El 18.90%(n=14) del total de encuestados con edad mayor a los 40 años todos reportan baja calidad de vida.



La funcionalidad familiar se reportó normal en 104 encuestados divididos en 91 cuidadores menores de 40 años y 13 cuidadores mayor de 40 años, solo un encuestado con edad mayor a 40 años reporto disfunción leve

*Tabla 8 Distribución por estado civil, calidad de vida y funcionalidad familiar*

Estado Civil	Puntaje WHOQOL		Puntaje WHOQOL		Clasificación APGAR		Clasificación APGAR	
	≤80 PUNTOS		≥ 81 puntos		FAMILIAR NORMAL 17-20		FAMILIAR DISFUNCION LEVE 16-13	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Casado/Unión Libre	43	58.1	31	100	74	71.2	0	0
Separado/Viudo	13	17.6	0	0	13	12.5	0	0
Soltero	18	24.3	0	0	17	16.3	1	100
Total	74	100	31	100	104	100	1	100

*Fuente: instrumento de recolección de datos,  $\chi^2$  18.427 y p valor= 0.000.  $\chi^2$  4.880 y p valor= 0.087 con respecto al estado civil y la calidad de vida es estadísticamente significativo mientras el APGAR Familiar no lo es. Esto significa que el estar en un relación establecida brinda mejor protección al cuidador al momento de valorar su calidad de vida mientras que los demás no cuenta con el apoyo de una pareja*

Con respecto al estado civil y su relación con la calidad de vida; de total de encuestados el 70.5%(n=74) que se reportan casados/unión libre se dividen 43 cuidadores con baja de calidad de vida y 31 cuidadores con buena calidad de vida, le siguen 18 encuestados que se reportan soltero finalizando en el rubro de separado/viudo con un total de 13 encuestados estos dos últimos puntuaron baja calidad de vida.



Analizando la funcionalidad familiar y el estado civil solamente un cuidador que se reporta soltero presento disfunción familiar leve el resto de 104 encuestados reporto funcionalidad familiar normal divididos en 74 casados/unión libre, 13 separado/viudo y 17 cuidadores solteros.

*Tabla 9 Distribución por grupos de estudios académicos, calidad de vida y funcionalidad familiar*

Estudios Académicos	Puntaje WHOQOL		Puntaje WHOQOL		Clasificación APGAR FAMILIAR NORMAL		Clasificación APGAR FAMILIAR DISFUNCION LEVE	
	≤80 PUNTOS	≥ 81 puntos	≤80 PUNTOS	≥ 81 puntos	17-20	21-30	16-13	13
Primaria incompleta/completa	1	1	31	100	32	30.8	0	0
Secundaria / preparatoria	72	97.3	0	0	72	69.2	0	0
Licenciatura/Mayor grado	1	1.4	0	0	0	0	1	100
Total	74	100	31	100	104	100	1	100

Fuente: instrumento de recolección de datos, la relación de nivel académicos con respecto a la calidad de vida  $\chi^2$  100.34 y  $p$  valor = 0.000 y APGAR FAMILIAR  $\chi^2$  105.00 y  $p$  valor = 0.000 es estadísticamente significativo. Esto significa que mayor nivel educativo puede proveer mas opciones de trabajo mejor ingreso monetario y mejorar la calidad de vida así como las relaciones entre familia

El nivel académico de los encuestados reporta que del total de encuestados 32 cuidadores primarios cuenta con primaria incompleta/completa de este total un solo cuidador presento baja calidad de vida; seguido hay 72 encuestados con



secundaria/preparatoria todos estos presentaron baja calidad de vida finalmente solo un individuo reporto licenciatura/mayor grado académico y reporto de misma manera baja calidad de vida

Para la funcionalidad familiar y estudios académicos se obtuvo que 32 cuidadores con estudios de primaria incompleta/completa presenta funcionalidad normal lo mismo ocurre con 72 encuestados con secundaria/preparatoria solamente un encuestado con nivel licenciatura/mayor grado presento disfunción familiar leve y baja calidad de vida.

Tabla 10 Distribución por estado laboral, calidad de vida y funcionalidad familiar

Estado Laboral	Puntaje WHOQOL ≤80 PUNTOS		Puntaje WHOQOL ≥ 81 puntos		Clasificación APGAR FAMILIAR NORMAL 17-20		Clasificación APGAR FAMILIAR DISFUNCION LEVE 16-13	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Empleado	55	74.3	0	0	54	30.8	1	100
Desempleado	19	25.7	31	100	50	69.2	0	0
Total	74	100	31	100	104	100	1	100

Fuente: instrumento de recolección de datos,  $\chi^2$  48.385 y  $p$  valor = .000 con respecto al estado laboral y la calidad de vida son estadísticamente significativos mientras que el APGAR familiar no lo es  $\chi^2$  .918 y  $p$  valor= .338. esto significa que el hecho de no contar con trabajo dificulta la capacidad de proveer a la familia las necesidades básicas de vivienda afectando la calidad de vida

La relación de estado laboral y calidad de vida reporta que del total de 105 encuestados 55 de ellos cuenta con empleo y presentan baja calidad de vida. El resto de encuestados que son 50 desempleados se dividieron en 19 con baja calidad de vida y 31 con buena calidad de vida.



La funcionalidad familiar y el estatus laboral reporta que 55 cuidadores con empleo actual, 54 de ellos tiene función familiar normal con respecto a un solo encuestado con disfunción leve, y el 50 de los cuidadores desempleados todos ellos presentan funcionalidad familiar normal.

Tabla 11 distribución por ingresos percibidos, calidad de vida y funcionalidad familiar

Ingresos Percibidos	Puntaje WHOQOL		Puntaje WHOQOL		Clasificación APGAR FAMILIAR		Clasificación APGAR FAMILIAR	
	≤80 PUNTOS		≥ 81 puntos		NORMAL 17-20		DISFUNCION N LEVE 16-13	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Son suficientes los ingresos mensuales	32	43.2	31	100	63	60.6	0	0
Son insuficientes los ingresos mensuales	42	56.8	0	0	41	39.4	1	100
Total	74	100	31	100	104	100	1	100

Fuente: instrumento de recolección de datos,  $\chi^2$  29.324 y p valor= .000.  $\chi^2$  1.514 y p valor= .218, los ingresos percibidos en relación con la calidad de vida son estadísticamente significativos mientras que el APGAR FAMILIAR no lo es

Analizando los ingresos percibidos y su relación con la calidad de vida se observa que de un total 105 encuestados 74 de ellos reportan baja calidad de vida, 32 cuidadores reportan que sus ingresos son suficientes y 42 cuidadores reportan que los ingresos son insuficientes, el resto de los cuidadores que comprenden 31 reportan buena calidad y sus ingresos son suficientes.



Con respecto a los ingresos percibidos y la funcionalidad familiar se encuentra que, de un total de 105 encuestados, 104 de ellos presenta funcionalidad familiar normal de estos 63 cuidadores reportan que sus ingresos son suficientes y 41 consideran que son insuficientes. Solo un cuidador reporto disfunción familiar leve e ingresos mensuales insuficientes

Tabla 12 distribución por residencia, calidad de vida y funcionalidad familiar

Tipo de Residencia	Puntaje WHOQOL ≤80 PUNTOS		Puntaje WHOQOL ≥ 81 puntos		Clasificación APGAR FAMILIAR NORMAL 17-20		Clasificación APGAR FAMILIAR DISFUNCION LEVE 16-13	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Rural	14	18.9	31	100	45	43.3	0	100
Urbana	60	81.1	0	0	59	56.7	1	100
Total	74	100	31	100	104	100	1	100

Fuente: instrumento de recolección de datos,  $\chi^2$  58.649 y p valor= .000.  $\chi^2$  .757 y p valor= .021 el tipo de residencia con respecto a la calidad de vida es estadísticamente significativo mientras el APGAR FAMILIAR no lo es. Esto significa que las personas que tiene un ambiente de tipo rural puntúan mejor calidad de vida

Finalmente, el tipo de residencia en relación con la calidad de vida se encontró que, de un total de 105 cuidadores, 45 de ellos son del ámbito rural y de estos se dividen en 14 cuidadores con baja calidad de vida y 31 con buena calidad de vida. 60 cuidadores cuentan con una residencia tipo urbana, todos ellos reportaron baja calidad de vida.



La relación funcionalidad familiar y tipo de residencia reporta que de un total de 105 encuestados 45 cuidadores cuenta con residencia tipo rural todos ellos reportan funcionalidad familiar normal, los otros 60 que son del entorno urbano 59 de ellos cuenta con función familiar normal y solo 1 reporta disfunción leve.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



## 9. DISCUSIÓN

En esta investigación se logró analizar la calidad de vida de cuidadores primarios de pacientes con TDAH y la relación con la funcionalidad familiar que acuden a una clínica de medicina familiar número 39 del IMSS los cuales influyen en el manejo adecuado del tratamiento a largo plazo de los pacientes con la enfermedad ya mencionada, sino que también se obtuvieron información de los factores sociodemográficos

De acuerdo con los objetivos planteados, el objetivo general, analizar la relación de la calidad de vida y funcionalidad familiar en cuidadores primarios de pacientes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad de la UMF 39 IMSS Tabasco, 2022, los resultados obtenidos en la tabla 5 se evidencia que no hay positividad ni asociación entre la variable Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar reflejando que tener una baja calidad de vida no afectara la funcionalidad familiar de cuidadores primarios de pacientes con TDAH en la UMF 39 IMSS Tabasco, datos que al ser comparados con lo encontrado por Samar (2018) quien concluyo en sus resultados que los cuidadores primarios de pacientes con TDAH tiene calidad de vida baja y la mayoría de ellos percibe una disfunción familiar moderada incluso si los pacientes están bajo tratamiento médico, estos resultados son diferentes a los obtenidos en el presente estudio dado que se demostró que los cuidadores primarios presentan en su mayoría baja calidad de vida pero su función familiar casi en su totalidad fue normal,

Continuando ahora con los objetivos específicos, identificar la calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en la UMF 39 del IMSS tabasco, 2022, los resultados obtenidos en la tabla 2 se evidencia que más de la mitad de los encuestados presentan baja calidad de vida.



Datos que al ser comparados con lo encontrado por Imran (2014), quien concluyo que las madres con pacientes de TDAH cuentan con calidad de vida baja en su mayoría, con estos resultados se afirma que la calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes con TDAH es mayormente baja.

Otro Objetivo específico, fue de identificar la funcionalidad familiar en cuidadores primarios de pacientes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en la UMF 39 del IMSS tabasco, 2022, los resultados obtenidos de la tabla 3 se evidencia que prácticamente la totalidad los encuestados tienen funcionalidad familiar normal, datos que al ser comparados nuevamente con lo encontrado por Samar (2018) quien concluyo que más de la mitad de los cuidadores de paciente con TDAH tenía familias con disfunción moderada a severa con estos resultados obtenidos comparados a los nuestros vemos un contraste dado que solo se reportó un cuidador con disfunción leve.

Otro de los objetivos en el presente estudio, fue de determinar las características sociodemográficas de los cuidadores primarios de pacientes con TDAH, en la UMF 39 del IMSS tabasco, 2022, los resultados obtenidos demostrados en la tabla 1 conocemos que la mayoría de los encuetados son de género masculino con una prevalencia de 68% con respecto a 32% de los femeninos datos comparados por lo realizado por Yu-Tao(2014) que reportan que la mayoría de sus encuestados son del femeninos haciendo esto diferente a lo que se reportó en el presente estudio, respecto a la edad existe una prevalencia mayor de cuidadores con una edad menor a 40 años de edad siendo el 87% de la muestra encuestada, nuevamente al ser comparados con lo reportado por Yu-Tao(2014) comenta que el factor edad no fue de importancia pero que la presencia de enfermedades crónico-degenerativas en el cuidador situación que se aumenta con la mayoría de edad afectara la calidad de vida, esto puede ser favorable en el cuidado del paciente ya que representa una población joven que tiene mayor capacidad física para ejercer el roll de cuidador primario.



Respecto a la situación del estado civil, la mayor parte de la muestra se encuentra en matrimonio o unió libres datos similares a lo reportado por Yu-Tao (2014) donde la mayoría de los encuestados presentan reportan estar casados situación similar a nuestros resultados. Esto representan un apoyo entre parejas para repartir las cargas del cuidado, así como las específicas a sus roles. En cuanto a la situación académica, de la muestra analizada la mayor prevalencia se encuentra en el rango de secundaria y preparatoria seguida de la primaria sea completa o incompleta y solo un 1% posee estudios de grado y postgrado estos resultados comparados con Yu-Tao(2014) demostró que los estudios de nivel preparatoria/secundaria fue el de mayor prevalencia situación similar a nuestros resultados, se concluye que un nivel educativo superior demostró mejor calidad de vida dado que esto facilitaría la obtención de un mejor empleo, mejor ingreso percibido para obtener una condición de vida cómoda y esto ayuda a afrontar situaciones de crisis familiar por ejemplo ser cuidador de paciente con TDAH.

Respecto a la situación laboral es de destacar que casi el 50% está en situación de desempleo esto comparado con lo encontrado por Yu-Tao(2014) donde la mayoría de los encuestados son desempleados situación que no se repite en el presente estudio, sin embargo no deja de ser un factor importante ya que puede impactar en el desempeño del cuidador. Con respecto a los ingresos percibidos se reporta que la mayoría percibe que sus ingresos son suficientes situación que se compara con los resultados obtenidos por Yu-Tao(2014) donde reportan los ingresos son suficientes para las necesidades del núcleo familiar.



Es importante señalar, que, dentro de las limitaciones metodológicas, un principal defecto fue que la población en cuestión se mostró renuente a realizar el cuestionario se sospecha por la naturaleza de las preguntas personales sobre como percibe su persona y su relación con la familia se consideran algo personal sin deseo de expresar realmente como es la dinámica familiar salvo el hecho que los cuidadores ya presentan una crisis familiar por el factor de tener un integrante de la familia con la enfermedad de TDAH. Seguido de esto mencionamos que la población encuestada es relativamente pequeña, tal situación limito el poder del estudio

Otra limitante fue que no contamos con estudios sobre la calidad de vida y/o APGAR FAMILIAR recientes en la población adscrita a la UMF 39 IMSS, Tabasco que no sean cuidadores de pacientes con TDAH, tener resultados basales de la población en general y poder compararlos con nuestros resultados dará más importancia de las diferencias que se llegaran a presentar

Por otro lado, la metodología empleada para obtener resultados, no indago en tiempo de tratamiento, edad del paciente con TDAH y el grado de complicación en la enfermedad o que los factores sociodemográficos ya estuvieran afectando la Calidad de vida y el APGAR familiar previo al diagnóstico de la enfermedad de TDAH.

En cuanto a las limitaciones del investigador se presentó poco tiempo en el inicio de la investigación y la culminación de la tesis.

A pesar de estas limitaciones presentes durante la realización del estudio, se considera que puede ser inspiración para otros investigadores el continuar esta misma línea de investigación, no necesariamente con un padecimientos como el TDAH si no alguna enfermedad ya sea de salud mental o no pero crónica que va estar presente en un núcleo de familia, esto es una oportunidad, para fijar nuevas



propuestas de trabajo para que futuros médicos familiares tenga en consideración la importancia de la salud de las familias como meta. Los beneficios de este estudio permiten la concientización de una enfermedad de TDAH como algo que nos afecta a todos y no solo al paciente,

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



## 10. CONCLUSIÓN

En el presente estudio se estudiaron los factores sociodemográficos, su calidad de vida y funcionalidad familiar de los cuidadores primarios de pacientes con TDAH, en la UMF 39 del IMSS, Tabasco durante el periodo de 2 meses.

De acuerdo con cada objetivo específico planteado se hacen las siguientes conclusiones.

La asociación entre calidad de vida y funcionalidad familiar medidos por las pruebas WHOQOLBREF Y APGAR FAMILIAR no mostro asociación entre ellas, se reportó que los cuidadores primarios con pacientes de TDAH tienen baja calidad de vida pero su función familiar fue normal respondiendo a la mitad de la hipótesis alterna, concluyendo que si existe una baja calidad de vida percibida por los cuidadores primarios pero sin afectar su funcionalidad familiar es posible se deban realizar otros test alternos al APGAR FAMILIAR para medir el núcleo de familia

De acuerdo con los resultados sobre la calidad de vida por la prueba WHOQOLBREF la mayoría de los encuestados reportan baja calidad de vida, esto responde a nuestra hipótesis alterna de que los cuidadores primarios de paciente con TDAH tendrían baja calidad de vida. Se concluye que este estudio se debe utilizar en futuros trabajos de investigación si se desea conocer como un individuo se percibe ante una situación de crisis.

La funcionalidad familiar de los cuidadores primarios de paciente con TDAH medido por la prueba APGAR FAMILIAR reporto en casi su totalidad con función familiar normal haciendo que nuestra hipótesis alterna sea errónea, se concluye que se debe utilizar otros estudios que midan funcionalidad familiar para futuras líneas de investigación



Se identificaron los factores sociodemográficos de los cuidadores primarios de pacientes con TDAH entre ellos los factores que afectaran los resultados se engloba el género, el estado civil, el nivel académico y la edad como determinante. Se concluyo que el género masculino, estar casado ser menor de 40 años y tener niveles académicos básicos pueden mejorar la calidad de vida y funcionalidad familiar

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



## 11. RECOMENDACIONES

La TDAH, es una enfermedad de origen genético, que conlleva un desgaste significativo para el cuidador, es por ello por lo que este estudio tuvo por objetivo evaluar la relación entre la calidad de vida y la funcionalidad de los cuidadores de los pacientes con este síndrome. Se resalta la importancia de este estudio por ser el primero realizado en Tabasco donde se aborda la salud mental de los cuidadores primarios con respecto a una enfermedad crónica poco divulgada. Es importante tener en cuenta que hoy en día la salud mental de los individuos debe considerarse una prioridad para mantener una armonía en el núcleo familiar, el personal de salud siempre debe tener la intención de cuestionar como se encuentran los pacientes que acuden a las instituciones de salud no solo físicamente si no de manera psicológica y espiritual, el hecho fallar al interpretar las señales de una alteración en la psique llega a condicionar situaciones que afecten a la persona para responder ante los cambios normativos y para normativos que se presenta en el núcleo familiar dificultando la meta de nosotros el personal de salud que es promover y mantener la salud física y mental. Algunas recomendaciones pueden ser las siguientes:

- Dejar de estigmatizar a la salud mental como un lujo o algo de que avergonzarse.
- Mantener atención especial a los cuidadores de pacientes con TDAH incluso si ellos no son los que acuden a la atención médica a las unidades Médicas
- Realizar estudios que valoren la calidad de vida, el nivel de depresión entre otros de manera ocasional a los cuidadores primarios de pacientes con TDAH
- Diseñar pláticas para desarrollar el nivel de conocimiento a la población médica y no médica sobre la enfermedad de TDAH y que mayormente el pilar del tratamiento multifactorial es el cuidador primario
- .



## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Psychiatric Association. Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [en línea] Arlington, VA 2013. [fecha de acceso 20 junio de 2021] URL disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-overview-of-treatment-and-prognosis?search=trastorno%20de%20deficit%20de%20atencion%20e%20hiperactividad&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-overview-of-treatment-and-prognosis?search=trastorno%20de%20deficit%20de%20atencion%20e%20hiperactividad&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
2. Saucedá García, Juan Manuel. (2014). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un problema de salud pública. Revista de la Facultad de Medicina (México), 57(5), 14-19. Recuperado en 20 de junio de 2021, URL disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422014000500014&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000500014&lng=es&tlng=es).
3. Dr. Ignacio Pascual-Catroviejo. Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) En: Juan Narbona García Coordinación, Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica, 2ª edición, 2008, Madrid, Pag 140-150
4. Palacios-Cruz Lino, Peña Francisco de la, Valderrama Andrés, Patiño Rodrigo, Calle Portugal Silvia Pamela, Ulloa Rosa Elena. Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Salud Ment [revista en la Internet]. 2011 Abr [citado 2021 Jun 07] ; 34( 2 ): 149-155. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252011000200008&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000200008&lng=es).



5. Hechtman, L., Swanson, J. M., Sibley, M. H., Stehli, A., Owens, E. B., Mitchell, J. T., Arnold, L. E., Molina, B. S., Hinshaw, S. P., Jensen, P. S., Abikoff, H. B., PerezAlgora, G., Howard, A. L., Hoza, B., Etcovitch, J., Houssais, S., Lakes, K. D., Nichols, J. Q., & MTA CooperativeGroup (2016). FunctionalAdultOutcomes 16 Years After Childhood Diagnosis ofAttention-Deficit/HyperactivityDisorder: MTA Results. Journalofthe American Academyof Child and AdolescentPsychiatry, 55(11), 945–952.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.07.774>
6. Molina, B., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., Jensen, P. S., Epstein, J. N., Hoza, B., Hechtman, L., Abikoff, H. B., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Newcorn, J. H., Wells, K. C., Wigal, T., Gibbons, R. D., Hur, K., Houck, P. R., & MTA CooperativeGroup (2009). The MTA at 8 years: prospectivefollow-up ofchildrentreatedforcombined-type ADHD in a multisitestudy. Journalofthe American Academyof Child and AdolescentPsychiatry, 48(5), 484–500. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31819c23d0>
7. Kaplan A, Adesman A. Clinical diagnosis and management of attention deficit hyperactivity idsorder in preschool children. Curr Opin Pediatr. 2011, 23(6): 684-92. [citado 2021 Jun 07]. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22045309/>
8. Floet AMW, Scheiner C, Grossman L. Attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatr Rev. 2010,31(2): 56-69 [citado 2021 Jun 07]. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20124275/>



9. Quintero-Olivas DK, Romero Pérez EM, Hernández-Murúa JA. Calidad de vida familiar y TDAH infantil. Perspectiva multidisciplinar desde la educación física y el trabajo social. Cienc act fis. 2021;22(1): 1-17 [citado 9jul:2021]. Disponible: <http://revistacaf.ucm.cl/article/view/455>
10. González CE, del Carmen Alba Pérez L, Rodríguez LC, Martínez DC, Soca DR. Adaptación, afrontamiento y calidad de vida en cuidadores de infanto-juveniles con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev médica Cent Hosp "Arnaldo Milian Castro" [Internet]. 2018 [citado el 29 de enero de 2022]; 12(1): 57-64. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77332>
11. Córdoba Andrade L, Gómez Benito J, Verdugo Alonso M Ángel. Calidad de vida familiar en personas con discapacidad: un análisis comparativo. Univ Psychol [Internet]. 20 de mayo de 2009 [citado 27 de julio de 2021];7(2):384. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/369>
12. López Gil M<sup>a</sup> Jesús, Orueta Sánchez Ramón, Gómez-Caro Samuel, Sánchez Oropesa Arancha, Carmona de la Morena Javier, Alonso Moreno Francisco Javier. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2009 Jun [citado 2021 Jul 27]; 2( 7 ): 332-339. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es).



13. Márquez Betanzos JC, Yáñez Peñuñuri LY. Evolución de constructos en psicología. Ejemplos y aportes conceptuales. Gaxiola Romero JC, editor. Qartuppi; 2021 pag 75-76
14. Csic.es. [citado el 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-calidad-01-pdf>
15. Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychological medicine, 28(3), 551-558.
16. World Health Organization. (1998). Programme on mental health: WHOQOL user manual (No. WHO/HIS/HSI Rev. 2012.03). World Health Organization.
17. Llanos Lizcano LJ, Garcia Ruiz DJ, González Torres HJ, Puentes Roza P. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. Pediatr aten primaria [Internet]. 2019 [citado el 20 de enero de 2022];21 (83): e101-8. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322019000300004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300004)
18. Dark C, Homman-Ludiye J, Bryson-Richardson RJ. The role of ADHD associated genes in neurodevelopment. Dev Biol [Internet]. 2018; 438(2): 69-83. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ydbio.2018.03.023>
19. Gorga M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el mejoramiento cognitivo: ¿cuál es la responsabilidad del médico? Rev Bioét [Internet]. 2013; 21(2): 241-50. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-80422013000200007>



20. Suarez Cuba Miguel A., Alcalá Espinoza Matilde. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2014 [citado 2022 Ene 20] ; 20( 1 ): 53-57. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es).
21. Vera F. Puntos clave sobre el APGA familiar. Medicina Clínica y Social. 2018;2(2):99-101.
22. Subsecretaria de Salud Publica D de SP. Programa de Salud Mental Tabasco 2021 [Internet]. Vol. 1. VILLAHERMOSA, TABASCO 2021 p. 4,41-42. Disponible en: <https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/PROGRAMA%20SALUD%20MENTAL%20TABASCO%202021.pdf>
23. Almeida, L.G., Ricardo-Garcell, J., Prado, H., Barajas, L., Fernández-Bouzas, A., Ávila, D., Martínez,R.B., 2010. Reduced right frontal cortical thickness in children, adolescents and adults with ADHD and its correlation to clinical variables: A cross-sectional study. J. Psychiatr. Res. 44, 1214–1223. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.04.026>
24. Hart, H., Radua, J., Nakao, T., Mataix-Cols, D., Rubia, K., 2013. Meta-analysis of Functional Magnetic Resonance Imaging Studies of Inhibition and Attention in Attention-deficit/Hyperactivity Disorder: Exploring Task-Specific, Stimulant Medication, and Age Effects. JAMA Psychiatry 70, 185–198. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.277>
25. Heinonen, K., Räikkönen, K., Pesonen, A.-K., Andersson, S., Kajantie, E., Eriksson, J.G., Wolke, D., Lano, A., 2010. Behavioural symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder in preterm and term children born small and appropriate for gestational age: A longitudinal study.



BMC Pediatr. 10, 91.

<http://dx.doi.org.ezproxy.lib.monash.edu.au/10.1186/1471-2431-10-91>

26. Caraveo-Anduaga J, Colmenares-Bermúdez E, Martínez-Vélez N. Sintomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de Mexico. Salud Publica Mex 2002;44:492-49

27. De la Peña F, Barragán E, Rohde L, Patiño L et al. Algoritmo de tratamiento multimodal para escolares latinoamericanos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Salud Mental 2009;32:S17-S29.

28. Corkum P, Rimer P, Schachar R. Parental Knowledge of attention-deficit hyperactivity disorder and opinions of treatment options: impact on enrollment and adherence to a 12 month treatment trial. Can J Psychiatry 1999;44:1043-1048

29. Enriquez GC, Alba PLC, Corzo RL, et al. Adaptación, afrontamiento y calidad de vida en cuidadores de infanto-juveniles con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Acta Med Cent. 2018;12(1): 57-64

30. Xiang Y-T, Luk ESL, Lai KYC. Quality of life in parents of children with attention-deficit-hyperactivity disorder in Hong Kong. Aust N Z J Psychiatry [Internet] 2009; 43 (8): 731-8. Disponible en :<http://dx.doi.org/10.1080/00048670903001968>

31. Mushtaq I, Praveen S, Praveen K. Assessing the quality of life of mother of ADHD children and comparison of quality of life with mothers of children with Down Syndrome [Internet] Psu.edu. [citado el 28 de enero de 2022]. Disponible en: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1039.8248&rep=rep1&type=pdf>



32. Azay S, Nour-Eldein H, Salama H, Ismail M, Quality of life and family function of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. *East Mediterr Health J.* 2018; 24(6): 579-87 [citado 2021 Jun 07]. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30079953/>
33. Yáñez-Téllez MG, Villaseñor-Valadez VD, Prieto-Corona B, Seubert-Ravelo AN. Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Mexican university students. *Arch neurocienc [Internet].* 2021;26(3): 10-6. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2021/ane213c.pdf>
34. Moreno Méndez, Jaime Humberto, & Chauta Roza, Laura Camila. (2012). Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psicología. Avances de la Disciplina*, 6(1), 149-152. Retrieved June 23, 2022, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1900-23862012000100013&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862012000100013&lng=en&tlng=es).



### 13. ANEXOS

#### Anexo 1

#### **Cuestionario WHOQOL-BREF**

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas					
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable	1	2	3	4	5



	es el ambiente físico a su alrededor?					
	Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan totalmente" usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.					
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan satisfecho o bien" se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas					
		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5



17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5



		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ¿Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?  ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

**CALIFICACION WHOQOL-BREF:**

El WHOQOL- BREF contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física (3,10,16,15,17,4,18), psicológica (5,7,19,11,26,6), relaciones sociales (20,22,21) y ambiente (8,23,12,24,13,14,9,25). Las dos primeras preguntas no corresponden a un dominio, su utilidad es de proporcionar una percepción global de calidad de vida, niveles altos en cada dominio corresponde a una percepción elevada de calidad de vida

Baja calidad de vida: **≤80 puntos**

Calidad de vida buena: **≥81 puntos**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

### Cuestionario APGAR familiar

Cuestionario para explorar el funcionamiento familiar. Se trata de un cuestionario que puede ser autoadministrado o hetero administrado, consta de 9 ítems tipo Likert.

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal.

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

#### CALIFICACION DEL APGAR FAMILIAR:

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos de Acuerdo a la siguiente calificación: **0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3: Casi siempre 4: Siempre**

Normal: 17-20 puntos

Disfunción leve: 16-13 puntos

Disfunción moderada: 12-10 puntos

Disfunción severa: menor o igual a 9 puntos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 39  
CENTRO, VILLAHERMOSA, TABASCO

ANEXO 1

Calidad de vida, funcionalidad familiar del cuidador primario de pacientes con diagnóstico de Trastorno de Déficit de atención e Hiperactividad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 39 IMSS

Datos Sociodemográficos

Fecha:	
Genero: 1.- Mujer <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 2.- Hombre <input type="checkbox"/>	
Edad: 1.- <40 años <input type="checkbox"/> 2.- ≥40 <input type="checkbox"/>	
Estado Civil: 1.- Soltero <input type="checkbox"/> 2.- Casado/Union Libre <input type="checkbox"/> 3.- Separado/Viudo <input type="checkbox"/>	
Estudios Académicos: 1.- Sabe leer y escribir <input type="checkbox"/> 2.- Primaria incompleta/Primaria completa <input type="checkbox"/> 3.- Secundaria/Preparatoria <input type="checkbox"/> 4.- Licenciatura/Mayor Grado <input type="checkbox"/>	
Estado Laboral: 1.- Empleado <input checked="" type="checkbox"/> 2.- Desempleado <input type="checkbox"/>	
Ingresos Percibidos: 1.- Son suficientes los ingresos mensuales <input type="checkbox"/> 2.- Son insuficientes los ingresos mensuales <input type="checkbox"/>	
Tipo de Residencia: 1.- Rural <input checked="" type="checkbox"/> 2.- Urbana <input type="checkbox"/>	
Tiene un hijo con diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad: 1.- Sí <input type="checkbox"/> 2.- No <input type="checkbox"/>	



## Anexo 2. Consentimiento informado

		<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b>
<b>Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)</b>		
Nombre del estudio:	Calidad de vida, funcionalidad familiar del cuidador primario de pacientes con diagnóstico de Trastorno de Déficit de atención e Hiperactividad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 39 IMSS	
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica	
Lugar y fecha:	UMF 43 IMSS, ubicada en Prolong. I. Zaragoza Esquina Carmen C. de Buendía No. 102 Col. Nueva Villahermosa C.P 86070 Villahermosa, julio a agosto 2022	
Número de registro institucional:		
Justificación y objetivo del estudio:	Se considera que en América Latina y México hay escasa investigación en el tema de la QOL en cuidadores de pacientes con TDAH, sobre todo porque el TDAH es una patología con poca divulgación, además no conocemos que tanto afecta el hecho de ser cuidador de un paciente con TDAH en el nivel de QOL y la funcionalidad familiar además si existe una relación de las características de la población. Objetivo: Analizar la asociación calidad de vida, funcionalidad familiar del cuidador primario de pacientes con diagnóstico de Trastorno de Déficit de atención e Hiperactividad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 39 IMSS, Tabasco, México, del periodo de julio a agosto 2022	
Procedimientos:	La información se obtendrá mediante la aplicación de cuestionario de datos sociodemográficos, del mismo modo el cuestionario WHOQOL-BREF y test APGAR Familiar, asimismo revisión de expediente electrónico, protegiendo datos personales.	
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Aportará conocimientos en beneficio de la población general y población DH de la UMF No. 39 del IMSS.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le dará resultado de detección de nivel de calidad de vida percibido y tipo de funcionalidad familiar	
Participación o retiro:	Conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica la unidad.	
Privacidad y confidencialidad:	Los datos serán tratados de forma confidencial y su será exclusivo para la investigación.	
<b>Declaración de consentimiento:</b>		
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:		
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio.	
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio	
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y que se tome la muestra cuestionario sociodemográfico y el test de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud y APGAR <u>familiar para</u> este estudio y estudios futuros.	
<b>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</b>		
Investigadora o Investigador Responsable:	Med. Esp. González Agoya Ricardo, <a href="mailto:ricardo.gonzalez@imss.gob.mx">ricardo.gonzalez@imss.gob.mx</a> cel.: 9933110529	
Colaboradores:	Med. Esp. Damián Fuentes Elianne, <a href="mailto:emecum_22@hotmail.com">emecum_22@hotmail.com</a> cel.: 9931588801 Residente Aguilar Arias Héctor F. <a href="mailto:hextoraa@gmail.com">hextoraa@gmail.com</a> cel.: 9932808930	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Zona no. 2. Calle Francisco Trujillo Gurría s/n, Colonia Pueblo Nuevo, Cárdenas, Tabasco. CP 86500. Correo electrónico: <a href="mailto:cei.27.001.20170221@gmail.com">cei.27.001.20170221@gmail.com</a>		
Nombre y firma del participante		Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1		Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma		Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.		
Clave: 2810-008-013		



Anexo 3.-



GOBIERNO DE  
MÉXICO



ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA TABASCO  
COORDINACION AUXILIAR MÉDICA DE EDUCACION EN SALUD  
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 39

Villahermosa, Tabasco 19 de abril de 2022

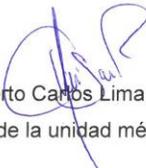
Comité Local De Investigación En Salud (CLIS- 2701)

Instituto Mexicano del Seguro Social

PRESENTE

En mi carácter de director de la Unidad de Medicina Familiar No. 39 declaro que no tengo inconveniente en que se efectúe en esta institución el protocolo de investigación en salud con el título: **“Calidad de vida, funcionalidad familiar del cuidador primario de pacientes con diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 39 IMSS.”** El protocolo será realizado bajo la dirección del Dr. González Anoya Ricardo, como investigador responsable, la recolección de datos la realizará el médico familiar Dr. Héctor Fabricio Aguilar Arias; en caso de que sea aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud. La cual consiste en uso de datos estadísticos y aplicación de encuestas con uso de espacios físicos de la unidad médica, con duración aproximada de 2 meses (julio-agosto 2022). A su vez hago mención de que esta unidad cuenta con la infraestructura necesaria, así como los recursos humanos capacitado para atender cualquier evento adverso que se presente durante la realización del estudio citado.

Sin más por el momento se extiende la presente para fines que convengan a los interesados.

  
Dr. Roberto Carlos Lima Ascencio  
Director de la unidad médica familiar 39

C.c.p. archivo  
C.c.p. Med. Esp.en Med. Fam. González Anoya Ricardo  
C.c.p Médico familiar Héctor Fabricio Aguilar Arias  
C.c.p. Med Esp en Psiquiatría Dr. Elianne Damian Fuentes

Prolongación Ignacio Zaragoza no.1202, Colonia Nivea Villahermosa, C. P. 86070, Villahermosa; Tabasco. Tel. 9933155000,  
Ext.1010. [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

