

11226
Dej
330



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**LA ENFERMEDAD DE ATENCION DEFICIENTE,
DIAGNOSTICO Y REPERCUSIONES EN LA
DINAMICA FAMILIAR**

TESIS RECEPCIONAL

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A :

DR. HECTOR ZENTENO VELAZQUEZ

RESIDENTE 2o. AÑO M. F.



MEXICO, D. F., ENERO DE 1985

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

Introducción	5
Identificación del problema	7
Justificación.....	8
Marco teórico conceptual.....	9
a) Antecedentes etiologicos	
b) Factores psicosociales,teorias bioquimicas,manifes- taciones clinicas.....	10
c) Diagnostico,Tratamiento,Tratamiento médico.....	11
d) Tratamiento Familiar,Tratamiento escolar.....	12
Relaciones familiares en niños con problemas de apren- disaje	13
Comunicación	15
El proceso de la Comunicación	15
Patología de la comunicación,Barrera o Ruido	16
Objetivo General	18
Objetivos especificos	19
Hipotesis	20
Universo de trabajo	21
Características y criterios de inclusion de la mues- tra.....	22
Material.....	23
Metodología	24
Anejos: Questionario de médicos familiares,maestros de educación primaria y padres de familia....	26
Análisis de resultados, nivel: Médico familiar.....	32
Cuadros y Graficas,nivel: Médico familiar.....	33
Análisis de resultados, nivel:Profesor de educación primaria.....	45
Cuadros y graficas, nivel: Profesor de educación primaria	46
Análisis de resultados, nivel: Padres de familia....	55
Cuadros y graficas, nivel: Padres de familia.....	56

Análisis de los resultados de(CHI²).....	66
a) Tabla 1 ,función de Cuidado, Tabla 2,Relación de Esposo a Esposa	67
b) Tabla 3, relación Padres a Hijos, tabla 4,Rol del Padre	68
c) Tabla 5, comunicación en la relación médico a paciente,tabla 6, Rol Materno	69
Fé de erratas	70
Conclusiones	71
Sugerencias	73
Bibliografía	74

I N T R O D U C C I O N

I N T R O D U C C I O N

El estudio de la Enfermedad de Atención Deficiente, antes conocida como (Hiperkinésia o Reacción Hiperquinética) es de una gran relevancia, dado que afecta en mayor cuantía a los niños en edad escolar primaria, lo que representa el 20 % del la población total del país.

Aunado a lo anterior, la creciente demanda anual de aulas de educación primaria, el crecimiento demográfico, así como la necesidad de elevar los niveles de educación general de la población. Explican por sí solas la importancia de proporcionar a los pacientes con enfermedad de atención deficiente el mayor cúmulo de posibilidades en su vida diaria.

Es característico de la enfermedad mencionada la alta incidencia en el grupo de edad escolar primaria, lo cual ocasiona gran porcentaje de las deserciones escolares, en los primeros años a causa de problemas de aprendizaje.

Las repercusiones de esta entidad nosológica no se limitan exclusivamente al ámbito escolar, en el aspecto económico el alto costo que implica la atención por personal especializado, así como lo prolongado de dicha atención es importante.

Y que diremos a nivel familiar, en el que afrontar la situación de un hijo con Enfermedad de Atención Deficiente, es inesperada, difícil de afrontar y ocasiona en la pareja la más de las ocasiones frustración, dado que este hijo nació fuera del patrón que sus padres se habían formado como son las expectativas económicas, sociales y culturales.

De todo lo anterior se deriva la necesidad de integrar un equipo básico, multidisciplinario. Teniendo como elementos a el médico familiar, los maestros de educación primaria en amplia coordinación con los padres de familia.

Es el interés del presente trabajo de investigación, el confirmar la importancia del papel que desempeña el médico familiar en la detección y manejo primario de la gran mayoría de las enfermedades que se atienden en el primer nivel de atención médica.

El estudio esta enfocado totalmente hacia las repercusiones en la Dinámica Familiar, de las familias con hijos que cursan con Enfermedad de Atención Deficiente.

Se parte de la observación, que la insuficiente información que emiten los médicos familiares y los maestros de educación primaria, hacia los padres de familia de pacientes con la enfermedad referida ocasiona que la comprensión de las características específicas de la enfermedad sea inadecuada o distorsionada, esto consecuentemente genera en los padres de familia conductas alteradas en las relaciones de padres e hijos, en las de esposo a esposa e incumplimiento de los roles paterno y materno.

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.

Cuando existe dificultad en el Diagnóstico de la Enfermedad de Atención Deficiente (Hiperactividad) en los pacientes pediátricos, por parte del Médico Familiar, esto condiciona que la información otorgada a los padres de familia de estos pacientes y a los maestros de educación primaria, sea inadecuada en calidad y cantidad, generando alteraciones en la Dinámica Familiar.

J U S T I F I C A C I O N

JUSTIFICACION

Es mi interes primordial en la realizacion de la presente investigacion, crear conciencia de la importancia que representa para el paciente con Enfermedad de Atención Deficiente, que el médico familiar cuente con el conocimiento basico, actualizado e integral con respecto a esta entidad nosologica, lo comunique adecuadamente a los padres de familia y sensibilise a los maestros hacia esta actividad.

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

MARCO TEORICO CONCEPTUAL.

Enfermedad de Atención Deficiente, es el nuevo termino, el cual fue elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría - en el año de 1980 (año de la tercera edición del manual de diagnóstico y estadística de enfermedad mental) abandonando el termino de reacción hiperquinético, el cual fue elaborado por la misma asociación.

Este nuevo termino se basa en la premisa que la parte central de la entidad referida, es actualmente la inhabilidad para la concentración. La hiperactividad constituye una de las variantes de la Enfermedad de Atención Deficiente.

En el reporte referido, clasifica a la Enfermedad de Atención Deficiente con y sin hiperactividad, incluyendo; inhabilidad para la concentración, carencia para el control de los impulsos y clara inhabilidad para el control de la actividad física. Todo lo anterior repercute en forma importante en el aprendizaje escolar, desarrollo de relaciones humanas y aceptación por parte del medio familiar, escolar y la comunidad. (1,2,3,5,11,12,18,21)

Es una enfermedad de distribución mundial, afecta a todas las razas, todos los niveles sociales (mas frecuente en medio socioeconómico bajo) afectando mas al sexo masculino en una relación de 12:1 con respecto del sexo femenino, este ultimo padece la enfermedad generalmente sin hiperactividad (1,2,5,11,12)

ANTECEDENTES ETIOLÓGICOS.

Los agentes que se han invocado como primarios o secundarios en la etiología de la enfermedad, se mencionan genericamente afectando 3 etapas del desarrollo del ser humano las cuales son

1. PRENATALES.
2. PERINATALES.
3. POSTNATALES.

Se menciona en la mayoría de los reportes como factor etiológico, la presencia de daño cerebral, lo cual no ha sido aclarado aun.

FACTORES PSICOESOCIALES.

Se cuentan alteraciones de la personalidad como, neurosis, histeria, depresión o angustia (generalmente en la madre).

Asimismo en el padre se mencionan, agresividad o ausencia del hogar por periodos prolongados de tiempo y conflictos en el subsistema conyugal.

En el ambito escolar lo son, el escaso numero de aulas de educación primaria, deficiente capacitación de los docentes, para detectar, manejar o canalizar al nivel adecuado a niños con Enfermedad de atención deficiente (1,2,3,6,11,12,13,14)

TEORIAS BIOQUIMICAS.

Se refieren alteraciones del metabolismo de las transaminasas, disfunción de ciertas aminas biogenicas en calidad y alteraciones de ciertos neurotransmisores y/o receptores de algunos centros nerviosos, siendo mas frecuente a nivel de tractos nerviosos mediados por Dopamina, serotonina y norepinefrina, se han mencionado trastornos alergicos del Sistema Nervioso Central a ciertas substancias que se adicionan a los alimentos industrializados, ya sean saborizantes o preservativos (1,5,11,18)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Existe un gran indicio de que esta enfermedad es adquirida antes del nacimiento y que se manifiesta como una sobreactividad del producto in útero (1,5)

La enfermedad de atención deficiente se manifiesta alrededor de los 2 años de edad, cuando el niño adopta la posición vertical o erecta e inicia la deambulación, siendo mas evidente al ingresar al medio escolar, esto generado por la disciplina que exige en esta nueva estructura.

Del 2 al 5% de los niños en edad escolar se reportan como hiperactivos (1,2,5)

La hiperactividad es la característica mas importante, clasificandose en.

- a) Hiperactividad Sensorial
- b) Hiperactividad Motriz

aunque por lo comun el cuadro clinico es una mezcla de ambas.

Existe un conjunto de manifestaciones clinicas, pudiendo presentarse todas en un paciente o manifestaciones unicas en un paciente.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son, hiperactividad, periodos cortos de atención, irritabilidad, impulsividad, incoordinación motora, desobediencia (patológica), disforia (dificultad para manifestar sus emociones), trastornos del aprendizaje escolar y alteraciones del sueño (1,2,3,5,8,11,12,13,18,21).

DIAGNOSTICO.

Se realiza por medio de la integración de datos proporcionados por los integrantes del grupo involucrado (padres de familia, personal escolar y médico familiar)

Son importantes los antecedentes, pre, peri y postnatales del paciente, antecedentes de patología social existente en los integrantes del núcleo familiar, alteraciones de la dinámica familiar, alteraciones del desarrollo escolar, conducta prevaque, edad de inicio de la misma y estado actual, manifestación clínica incapacitante (no necesariamente se encuentra presente la hiperactividad), la aplicación de tests a los padres y maestros sobre la conducta del niño y de primordial importancia, la evaluación preescolar.

El médico familiar realiza un papel central en el reconocimiento y tratamiento primario de la enfermedad, consolidando la información que proporcionan los padres y maestros con la evaluación médica, auxiliando a la familia y haciéndoles saber el alto grado de consecuencias a nivel de, dinámica familiar, en el desarrollo escolar y adaptación física, psicosocial y vocacional, si no se maneja en etapas tempranas y de forma adecuada esta enfermedad. El médico familiar es el encargado de coordinar el proceso consultivo (1,2,3,5,9,11,12,13,18,21)

TRATAMIENTO.

El tratamiento se divide en 3 áreas a saber, Médico, Familiar y Escolar, dando un énfasis especial a la comunicación que debe predominar entre los individuos en las 3 diferentes áreas.

TRATAMIENTO MEDICO.

El medicamento de mayor uso y de mejores efectos deseables es el Metilfenidato (Ritalin[®]) el medicamento de segunda elección es la Dextroanfetamina (Dexedrina[®]), los cuales mejoran la capacidad de atención con pobre efecto sobre los problemas de aprendizaje, aproximadamente del 75 al 80 % de los pacientes tratados con estos medicamentos mejoran clínicamente con dosis y duración de tratamiento adecuados.

Se debe advertir a los familiares del paciente sobre los posibles efectos adversos, cada 6 meses se hará una revisión médica para checar algunos parametros como son, peso del paciente talla, valoración cardíaca, dosis, exámenes de laboratorio(Biometría hemática completa y examen general de orina, así mismo informar a los familiares que el tratamiento médico no es curativo (1,5,6,8,18).

TRATAMIENTO FAMILIAR.

Deben recibir tratamiento todas y cada una de las alteraciones referidas en el apartado de Factores Psicosociales y es en este punto donde el médico familiar aplica a plenitud los conocimientos adquiridos durante su formación profesional.(1,2,5,8,13,19,21)

TRATAMIENTO ESCOLAR.

Debe ser efectuado por personal capacitado en el conocimiento básico de la enfermedad, las técnicas de manejo adecuadas, contar con un salón de clases que sea una unidad autónoma, con reducción al máximo de estímulos y propiciando la experiencia del éxito, estimulando el aprendizaje con el material adecuado, canalizando la energía de los alumnos, estimulando a los padres a proporcionar un soporte integral al alumno y valorando los adelantos o logros.

La Enfermedad de atención deficiente es capaz por sí misma de generar alteraciones en la dinámica familiar (funciones básicas como socialización, cuidado, afecto, relación esposo-esposa, padres-hijos y en la etapa de formación y educación de los hijos) estos se traducirán en los padres como, frustración, incertidumbre, sentimientos de culpa, angustia, agresividad y conductas rigoristas hacia los hijos.

Las alteraciones anteriores se ven incrementadas en gran cuantía por la deficiente comunicación que el médico familiar y los maestros de educación primaria establecen con los padres de estos pacientes. De ahí la importancia que ambos efectúen la comunicación en todas y cada una de sus relaciones humanas y actividades.(1,2,5,8,13,19,21)

RELACIONES FAMILIARES EN NIÑOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE.

En un estudio realizado en la Ciudad de Guadalajara, Jal. México. en el año de 1978, durante el primer seminario de problemas de aprendizaje se comentaron las siguientes situaciones.

En un país como el nuestro en el que la estructura de la población por grupos de edades muestra que el 20% del total de la población se encuentra comprendida entre los 6 y los 12 años de edad, situación crítica, dado que es necesario aumentar el número de aulas anuales para educación primaria, no solo por el desmedido crecimiento demográfico sino para elevar los niveles de educación general de la población.

Casuísticamente se refieren factores determinantes de los problemas de aprendizaje tales como.

- a) Orgánicos.
- b) Originados en el medio familiar.
- c) Originados en el medio escolar.
- d) Originados en el medio social.

Un niño con problemas de aprendizaje, constituye para la familia una situación inesperada y por lo tanto difícil de afrontar. La mayoría de los padres durante el tiempo del embargo, atribuyen al hijo (a) esperados, características que su experiencia les ha permitido establecer, llamémosles expectativas socioeconómicas y culturales.

De ahí que sea comprensible la frustración de la pareja cuando su hijo al nacer no encaja en el patrón que ellos se habían formado.

Existen varias formas de reacción de los padres ante los problemas de aprendizaje las más comunes son.

1. Comprensión "madura" y aceptación del problema
2. No aceptación de la situación e incomprensión del problema
3. Total negación del problema.

En el primer caso los padres tratan de entender, las causas del problema y el desarrollo del mismo, cuando les es proporcionada información por una persona capacitada en esos aspectos ellos se interesan sobre la rehabilitación del hijo y se sienten -

ten satisfechos de colaborar a la integración del niño a su medio ambiente.

En la segunda forma de reacción, los padres tratan de evadirse por medio de "fantasías". Se quejan del descuido de la madre, de antecedentes de enfermedad mental, la mujer acusa al esposo de conductas anormales durante el embarazo. Muestran gran spatía al tratamiento y no hacen conciencia de la necesidad de participación que debieran tener.

La última reacción se manifiesta por la total negación de la realidad y requiere tratamiento psiquiátrico en algunas ocsiones.

Al referirnos a la Dinámica familiar, encontramos que los conyugues deben cultivar entre sí un profundo amor y esforzarse por estrechar su vínculo en unidad de propósito.

En la relación Esposo - Esposa el hombre se encarga de la responsabilidad de tomar decisiones, pero no como gobernante tirano sino como un individuo que atiende los asuntos familiares, de tal manera que estimula a todos los miembros de la familia.

En la relación Padres - Hijos. parte de la disciplina de los paadres es inculcarles obediencia a sus hijos, lo cual debe ser con amor que sera un bien duradero para el niño, no con violencia, estallidos de cólera, gritos o a menzanas y experimentando los paadres la satisfacción del buen ejemplo (15).

COMUNICACION.

La comunicación es un hecho social, su significado es, - compartir, poner en común un hecho, es un fenómeno que tiene lugar en el tiempo y en el espacio, anulando de esta manera la distancia la que se considera como un obstáculo.

EL PROCESO DE LA COMUNICACION.

La teoría de la comunicación, implica un concepto de proceso, entendido como la continua modificación a través del tiempo, carece de principio, de fin o de una secuencia fija de acontecimientos, no es estática, no descansa.

Un modelo bastante aceptable y simplificado de comunicación es el que presentan Shannon y Weaver en su teoría de la información y lo resumen en la siguiente frase: Un proceso de comunicación es un sistema que permite transferir información de un punto llamado emisor hasta otro denominado receptor, dicho proceso incluye los siguientes elementos.

- a) La fuente de comunicación.
- b) El emisor-encodificador.
- c) El mensaje.
- d) El canal o medio
- e) El receptor-decodificador.
- f) El destino de la comunicación.
- g) La retroalimentación.

Con respecto al mensaje, debemos tomar en cuenta, el código el cual se haya constituido por símbolos en conjunto estructurados a manera que tengan un significado para alguien.

Existen dos tipos de comunicaciones. La Analógica en la cual los signos y símbolos usados son similares a los objetos representados, son no verbales, por ejemplo: las fotografías o las películas. La Digital, se usan letras o palabras, es una representación discontinua o discreta, colocadas una a continuación de otra, para formar mensajes.

El contenido de mensajes, los elementos deben guardar un orden o estructura según el orden indicado por la sintaxis.

El tratamiento del mensaje, debe dársele soporte material debe ser redundante, lo cual contribuye a luchar contra el "Ruido" o interferencia (Como lo hacen los slogan publicitarios) o sea repetitivo. La redundancia puede ser Variante es decir utilizar diferentes medios de difusión para dar el mensaje.

PATOLOGIA DE LA COMUNICACION

El aspecto mas trascendente de la Comunicación estriba en que el mensaje llegue al receptor en sus terminos exactos y con la debida oportunidad para que provoque la respuesta deseada y se origine el proceso de la retroinformación.

El Emisor y el receptor pueden alterar la comunicación en a diversas características.

- I. Habilidades comunicativas (Hablar, escribir, pensar, escuchar)
- II. Actitudes. (Hacia si mismo, hacia el tema, hacia el emisor hacia el receptor)
- III. Nivel de conocimiento. (Comunica lo que sabe, no conoce el código, no entiende el mensaje)
- IV. Cultura y ubicación en un sistema. (Rol que desempeña, funciones, prestigio, expectativas.)

BARRERA O RUIDO.

Es toda aquella interferencia que se suma o se mezcla a las señales emitidas, esto puede ocasionar.

- 1º Enmascaramiento de la información.
- 2º Deterioro de la información.
- 3º Destrucción de la información.

Los principales tipos de barreras son:

- a) Semánticas. No entiende el significado del mensaje.
- b. Pragmáticas. No se aplican correctamente los terminos.
- c) De pronunciación.
- d) Físicas. Medio ambiente, distancia.
- e) Fisiológicas. Hipoacusias, sueño.
- f) Psicológicas. Edo. de animo, tema, ponente.
- g) Administrativas . Burocráticas.
- h) Por sobrecarga. Omisión o distracción.

Todo lo anterior nos muestra la importancia de los alcances del proceso de la Comunicación, en las relaciones humanas y también de las dificultades para estudiarla y buscar soluciones que corrijan los trastornos que puede ocasionar el uso inadecuado de la Comunicación. (5)

O B J E T I V O S

OBJETIVO GENERAL.

Crear conciencia de la importancia que representa para el paciente con Enfermedad de Atención Deficiente y para los padres del mismo, que el médico familiar cuente con el conocimiento actualizado e integral básico con respecto a esta entidad, lo Comunique a los padres de familia y sensibilize a los maestros de educación primaria hacia ello.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Demostrar que el diagnóstico de la Enfermedad de Atención Deficiente, por el médico familiar es inconstante.
2. Demostrar que los maestros de educación primaria no reciben la información especializada básica concerniente a la enfermedad de atención deficiente durante su formación académica.
3. Demostrar que la deficiente comunicación entre el médico familiar y los padres de pacientes con enfermedad de atención deficiente, genera alteraciones en la Dinámica familiar.

R I P O T E S I S .

- HO:** El médico familiar, cuenta con el conocimiento actualizado básico e integral de la Enfermedad de Atención Deficiente y por ende realiza el diagnóstico de esta entidad constantemente con certeza.
- HI:** El médico familiar no cuenta con el conocimiento básico integral y actualizado de la Enfermedad de Atención Deficiente, por lo tanto no realiza el diagnóstico de certeza de esta entidad en forma constante.
- HO:** El médico familiar comunica a los padres de pacientes con Enfermedad de atención deficiente, las características de esta entidad de una manera adecuada y suficiente.
- HI:** El médico familiar, no proporciona información a los padres de pacientes con Enfermedad de atención Deficiente, lo que repercute negativamente sobre la Dinámica Familiar.
- HO:** Los maestros de educación primaria, reciben la información especializada básica durante su formación académica, para Identificar, manejar o canalizar al nivel adecuado a los pacientes con Enfermedad de Atención Deficiente.
- HI:** Los maestros de educación primaria, no reciben durante su formación académica la información especializada básica, para Identificar, manejar o canalizar al nivel adecuado a los pacientes con Enfermedad de Atención Deficiente.

UNIVERSO DE TRABAJO.

UNIVERSO DE TRABAJO.

CRONOLOGICO. Del primero de Noviembre de 1983 al 20 de Noviembre de 1984.

GEOGRAFICO. Area de cobertura de la Unidad de Medicina Familiar Numero 33 del Instituto Mexicano del Seguro social, correspondiente a la delegacion numero 1 del valle de México.

36 consultorios de Medicina familiar de la unidad referida.

Escuelas primarias: Profesora. Elaira Rocha - Garcia. (Turno Matutino.)

Profesor. Salvador Varela Resendiz (turno Vespertino).

Ambas escuelas localizadas dentro del area de cobertura de la Unidad de Medicina Familiar # 33, I.M.S.S.

Domicilios particulares de 30 pacientes con el diagnóstico de Hipercinesia y/o Alteraciones de conducta.

CARACTERISTICAS

DE LA MUESTRA. 18 médicos familiares del turno AC y 18 médicos familiares del turno ED, independientemente de la edad, el sexo, nivel socioeconomico, cultural y numero de pacientes por turno.

18 maestros de educación primaria del turno matutino y 18 maestros de educación primaria del turno vespertino, independientemente de la edad, sexo, nivel socioeconomico, cultural y numero de alumnos por grupo, de las escuelas seleccionadas.

CARACTERISTICAS

DE LA MUESTRA. 30 parejas de padres de familia de hijos en edad escolar (6 a 12 años) diagnosticados como hiperactivos y/o alteraciones de conducta durante el lapso comprendido del primero de Enero de 1983 al 31 de Octubre de 1984, en las formas 4-10-6 de registro de consultas, independientemente del sexo, grado de escolaridad, nivel socioeconómico, horario de clases, adscritos a la unidad de Medicina Familiar 33 IMSS. "El Rosario"

**CRITERIOS DE
INCLUSION DE
LA MUESTRA.**

- Médicos:** Ser médico familiar adscrito a los consultorios de la Unidad de Medicina Familiar # 33 IMSS. en los turnos AC o BD.
- Maestros:** Ser maestro de educación primaria del turno matutino o vespertino, de escuelas primarias dentro del área de cobertura de la Unidad de Medicina Familiar 33 IMSS.
- Padres de Familia:** Ser padres de familia de hijos en edades escolares 6 a 12 años, diagnosticados como hiperactivos y/o con alteraciones de conducta, en el lapso de tiempo del primero de Enero de 1983 al 31 de Octubre de 1984, registrados en las formas 4-30-6 y adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 33, IMSS.

MATERIAL Y METODOS.

M A T E R I A L.

RECURSOS:**Humanos.**

- 30 parejas de padres de Familia de hijos con el diagnostico de Hiperkinesia y/o alteraciones de conducta.
- 36 Médicos familiares de la UMF. 33 "El Rosario" IMSS.
- 36 Maestros de educación primaria.
- Un médico Residente de 2do. año de la residencia de Medicina familiar.
- Un médico asesor.
- Una persona del Archivo de la unidad.
- Un Dibujante.
- Una secretaria.

Físicos.

- Una Fotocopiadora.
- Una maquina de escribir.
- Un equipo de Dibujo.
- Una calculadora electronica.
- Hojas blancas tamaño carta de papel bond.
- Formas 4-30-6 de Registro.
- Formas de apoyo de las 999 causas de Morbilidad de la clasificación internacional de Enfermedades.
- Folders tamaño carta.
- Marcadores de colores.
- Lápices,
- Plumas.
- Transporte(Automóvil)

Económicos.

- Los generados por la Investigación.

M E T O D O L O G I A .

Posterior a la entrega del protocolo de Investigación a las autoridades de la Jefatura de Enseñanza e Investigación de la Unidad de Medicina Familiar 33, IMSS. se procedió al encuestamiento de cada uno de los médicos familiares que se incluyeron en la muestra, directamente en sus consultorios de adscripción, contando con amplia colaboración por parte de dichos médicos, una vez encuestados los médicos se procedió a solicitar autorización ante las autoridades de las escuelas por visitar, para la aplicación de los cuestionarios a los maestros.

Se aplicaron los cuestionarios a los maestros en grupos de 6 en 6, previa explicación de los objetivos de la investigación, se realizó la aplicación de el turno vespertino a los maestros en las aulas de clases, en el cuestionario de los maestros se suprimió el apartado de número de niños con aprovechamiento escolar deficiente, ya que no era el motivo de la investigación el detectar casos de problemas de aprendizaje, sino evaluar el conocimiento y comunicación por parte de los maestros, esta actividad se realizó durante los meses de Mayo, Junio y Julio del año 1984.

Terminada la fase anterior se procedió a la obtención de los datos concernientes a los pacientes diagnosticados como hiperkinéticos y/o con alteraciones de conducta, por lo que se acudió a la oficina del centro de Información y Codificación de la Unidad de Medicina Familiar 33, IMSS. Obteniendo las hojas de apoyo de las 999 causas de morbilidad de la clasificación Internacional de Enfermedades, las cuales tienen catalogadas en el apartado de trastornos neuróticos con los números 314 y 312 a las enfermedades por investigar, encontrando 17 pacientes hiperkinéticos y 13 con trastornos de la conducta.

Se obtuvo el nombre completo y número de afiliación de los pacientes de las formas 4-30-6 y se procedió a la localización de los domicilios, en las tarjetas de adscripción familiar en el archivo de la unidad.

Contando con los datos antes referidos se procedió por medio de visitas domiciliarias a la aplicación de los cuestionarios a ambos padres de familia

Los cuestionarios constaron de 20 preguntas para los médicos familiares, 15 preguntas para los maestros de educación primaria y 20 preguntas para los padres de familia.

Los cuestionarios de Médicos y maestros evalúan el nivel de conocimiento acerca de la Enfermedad de Atención Deficiente, así como frecuencia con la que se efectúa comunicación con los padres de familia de los pacientes.

El estudio en los padres de familia se realizó de manera comparativa entre los padres que habían sido informados de las características de la enfermedad de sus hijos, con aquellos que no habían sido informados.

El cuestionario de los padres de familia, consta de 20 preguntas de las cuales se seleccionaron preguntas que evaluarán la Dinámica familiar: (preguntas 6 y 7 el cuidado), (pregunta 10, relación en el subsistema conyugal), (pregunta 12, la relación padres a hijos), (la pregunta 13, rol paterno), (preguntas 17, 18, 19 y 20 rol materno) y (pregunta 16 comunicación en la relación Médico - Paciente).

El análisis de los resultados, se llevó a cabo con el médico asesor, durante el mes de Noviembre de 1984 evaluando el grado de alteración de la Dinámica Familiar, en base a los datos obtenidos.

A M E X I C O S.

Cuestionario para los médicos familiares. MARQUE CON UNA X LO CORRECTO.

Edad _____ Horario _____ No. de pacientes por turno _____

Realizo residencia de Medicina Familiar _____

¿ HA DIAGNOSTICADO ALGUN NIÑO COMO HIPERKINETICO RECIENTEMENTE? SI _____ NO _____

1. ¿Conoce el término: Enfermedad de Atención Deficiente?

SI _____ NO _____

2. ¿Es un trastorno de la Conducta?

SI _____ NO _____

3. ¿La Enfermedad de Atención Deficiente, repercute sobre el desarrollo y adaptación de las áreas: Física, psicosocial, educativa, vocacional y familiar?

Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____

4. ¿Existe relación entre este padecimiento y la conducta agresiva o delincente de los pacientes en la edad adulta?

Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____

5. ¿Es más frecuente la E.A.D. en hombres que en mujeres?

SI _____ NO _____

6. ¿Es más frecuente en Emd escolar?

SI _____ NO _____ ¿Porque? _____

7. ¿La E.A.D. Se puede Diagnosticar desde el nacimiento?

Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____

8. ¿Se Diagnostica por medio de la aplicación de Tests..?

Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____

9. ¿ Existe antecedente de : Alcoholismo,neurosis,histeria,bajo nivel socioeconómico en el medio familiar de los Niños con E.A.D. ?

NUNCA _____ OCASIONALMENTE _____ FRECUENTEMENTE _____ SIEMPRE _____

10. ¿ Existe antecedente de Trauma obstétrico en los niños con E.A.D. ?

Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____

11. ¿El diagnóstico de la Enfermedad de Atención Deficiente, Requiere de involucrar a los maestros, padres de Familia y al médico familiar?
Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
12. ¿ Este padecimiento es más frecuente en países Industrializados, que en países en vías de desarrollo?
SI _____ NO _____
13. ¿ El Médico Familiar, juega un papel Central en el diagnóstico y tratamiento primario de la Enfermedad de Atención Deficiente?
Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
14. ¿ El Médico Familiar requiere de consultar a otros especialistas para integrar el diagnóstico ?
Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
15. ¿ Lleva comunicación, con los padres de los pacientes pediátricos de su consulta, de una manera suficiente y adecuada en relación con sus conocimientos ?
Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
16. ¿ La mayor parte de Información que proporciona a los padres de estos pacientes, es Psicoterapia ?
Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
17. ¿ En niños con E.A.D. con Hiperactividad son útiles los medicamentos sedantes.?
Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
18. ¿ En Niños con E.A.D. con hiperactividad es útil el uso de los medicamentos Estimulantes (Amfetaminas) ?
SI _____ NO _____
19. ¿ El Tratamiento Médico tiene efectos beneficios sobre los problemas de aprendizaje y es curativo ?
SI _____ NO _____
20. ¿ El tratamiento Médico, Tiene efectos adversos sobre la talla y el peso de los pacientes de E.A.D. ?
SI _____ NO _____

CUESTIONARIO PARA LOS MAESTROS DE EDUCACION PRIMARIA.

Edad _____ Horario _____ Titulo(a) _____ Edo. Civil _____
No. de Alumnos por grupo _____ No. de niños con Aprovechamiento
escolar Deficiente _____
Tiempo de impartir Docencia _____

(Marque con una X la respuesta correcta y apegada a la realidad)

1. ¿ Conoce el termino de Enfermedad de atención Deficiente ?
SI _____ NO _____
2. ¿ Conoce el termino de Hipercinesia y a que se refiere este?
SI _____ NO _____
3. ¿ La Hipercinesia se conoce con problemas de Aprendizaje escolar ?
SI _____ NO _____
4. ¿ Latencia por periodos cortos de atención (Tiempo) es característico de la Enfermedad de Atención Deficiente ?
Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
5. ¿ Infiere en algo en el niño con E.A.D. el encontrarse en un grupo de alumnos numerosos ?
Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
6. ¿ La E.A.D. Se manifiesta antes de la edad escolar ?
Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
7. ¿ Infiere en algo el ambiente escolar normal, en el aprovechamiento escolar del niño Hipercinetico ?
Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
8. ¿ Conoce las tecnicas que se utilizan para el diagnostico de niños con E.A.D. ?
SI _____ NO _____ Manifiestas Brevemente: _____

9. ¿ El niño con E.A.D. Requiere solo tratamiento médico ?
SI _____ NO _____

10. ¿ El niño con S.A.D. Requiere solo tratamiento escolar especializado?
 SI _____ NO _____
11. ¿ El tratamiento Médico mejora la integración Motora y la percepción?
 Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
12. ¿ Proporciona información verbal o escrita a los padres de Familia e al médico tratante, acerca de las características de aprendizaje de los niños posiblemente Hipercinéticos?
 Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
13. ¿ El médico tratante de los niños posiblemente Hipercinéticos, le consulta a Ud. acerca de las características de la enfermedad?
 Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
14. ¿ Ha analizado Ud. niños con Hiperactividad y problemas de aprendizaje a escuelas para deficientes?
 Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
15. ¿ Proporciona amplia información a los padres de niños con problemas de aprendizaje o bajo desarrollo escolar, acerca de la necesidad de educación especial o valoración médica?
 Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____

CUESTIONARIO PARA LOS PADRES DE FAMILIA.

30

Dr. Hector Fonteno Velázquez
R.II. DE MEDICINA FAMILIAR.

Edad de los padres: El _____ Ella _____ Ocupación _____
Horario de trabajo _____ Sueldo _____
No. de Hijos _____ Edad del Niño(a) _____
Lugar que ocupa entre los hermanos _____ No. de familiares del Ingreso
Economico _____

(Marque con Una X la respuesta correcta y apegada a la Realidad)

1. ¿Sabe lo que es la enfermedad de su Hijo?

SI _____ NO _____

2. ¿ El Médico Familiar tratante, le ha comunicado en forma clara y amplia, la enfermedad que sufre su hijo(a) ?

SI _____ NO _____

3. ¿ El maestro de escuela de su hijo, le ha comunicado claramente los problemas que presenta su hijo dentro de la escuela ?

SI _____ NO _____

4. ¿ Los problemas del niño comenzaron al ingresar el a la escuela ?

SI _____ NO _____

5. ¿ Culpa Ud. al Maestro de la conducta del niño, en la escuela ?

Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____

6. ¿ Se preocupa Ud. por vigilar el cumplimiento de las tareas escolares y el aprovechamiento escolar de su hijo periódicamente ?

Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____

7. ¿ Auxilia a su hijo en las tareas escolares ?

Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____

8. ¿ El niño: Brinca, corre constantemente de un lugar a otro, no puede permanecer sentado por largos periodos de tiempo, jala o rompe o voltea todo lo que encuentra a su paso, no obedece las ordenes que se le dan, duerme muy tarde o se despierta muy temprano ?

Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____

9. ¿ Ud. perdona la conducta agresiva de su hijo, por ser hombre, y porque los hombres deben ser rudos(tacos) e ca puede ser mujer por no poder castigarla de igual manera que al fuera hombre?
Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
10. ¿ El comportamiento del Niño, provoca entre su Esposa (A) y Ud. situaciones de Conflicto, por motivos de Disciplina?
Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
11. ¿ El comportamiento del niño produce en ud.: Desesperación, angustia, sentirse culpable o sentimiento de no cumplir con su papel de padre o Madre?
Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____ 6
12. ¿ Lo anterior provoca en Usted: Respuestas agresivas hacia el niño, como castigos(Fisicos e materiales)?
Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
13. ¿ Su esposa(a) se interesa en el Comportamiento del niño (a) así como de su aprovechamiento escolar, o le deja a usted esa función?
Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
14. ¿ Usted Sufre de "problemas Nerviosos"?
Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
15. ¿ El padre(madre) Ingere bebidas alcohólicas?
Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
16. ¿ El Médico Familiar tratante, se ha entrevistado (En su consultorio o domicilio) con ustedes, para investigar o comunicar aspectos relacionados con la enfermedad de su Hijo de una manera clara y amplia?
Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
17. ¿ Le preocupa a usted el hecho de poder tener otro hijo, y que este tenga el mismo problema que el actual?
Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
18. ¿ Le preocupa a Usted que su hijo(n) Requiera tratamiento médico o escolar especializado, por toda su vida?
SI _____ NO _____
19. ¿ Le preocupa a usted el Futuro escolar de su Hijo(n)?
Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
20. ¿ Le preocupa usted el no haber, si su hijo(a) llegara a formar su propia familia en la edad adulta.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Nivel: MEDICO FAMILIAR.

10 Médicos(27.7%) del total entrevistados se encuentran en el grupo de edad de 30 a 32 años, siendo la media de 35.8, con desviación estándar de 1.4 (cuadro 1)

El 50% de los médicos entrevistados realizaron especialidad de medicina familiar (cuadro 3, gráfica 3)

13 médicos(36.1%) del total entrevistados, habían diagnosticado niños hipercinéticos (cuadro 4, gráfica 4)

El número de pacientes por turno de los médicos fue de 14 en un 38.8% del total entrevistados (cuadro 5, gráfica 5)

El porcentaje del nivel de conocimientos de los médicos entrevistados en relación a la Enfermedad de Atención Deficiente fué en un 69.4% del total, menor del 60% que se estableció como mínimo aceptable (gráfica 6)

El 88.8% de los médicos, efectúa comunicación en menos del 50% del total de sus relaciones médico - paciente (cuadro 7)

R E S U L T A D O S .

ESTUDIO DE 36 MEDICOS FAMILIARES

U.M.F. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.

DISTRIBUCION DE EDADES DE LOS MEDICOS ENTREVISTADOS

GRUPO DE EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
27 a 29	4	11.1
30 a 32	10	27.7
33 a 35	6	16.6
36 a 38	4	11.1
39 a 41	5	13.8
42 a 44	2	5.5
45 a 47	5	13.8
TOTAL.	36	100.0 %

MEDIA = 35.8 AÑOS

MODA = 31.8 "

MEDIANA = 33.9 "

D.E. = 1.4 "

(cuadro 1)

U.M.F. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.

NOV./ 1983 a NOV./ 1984.

MEXICO D.F.

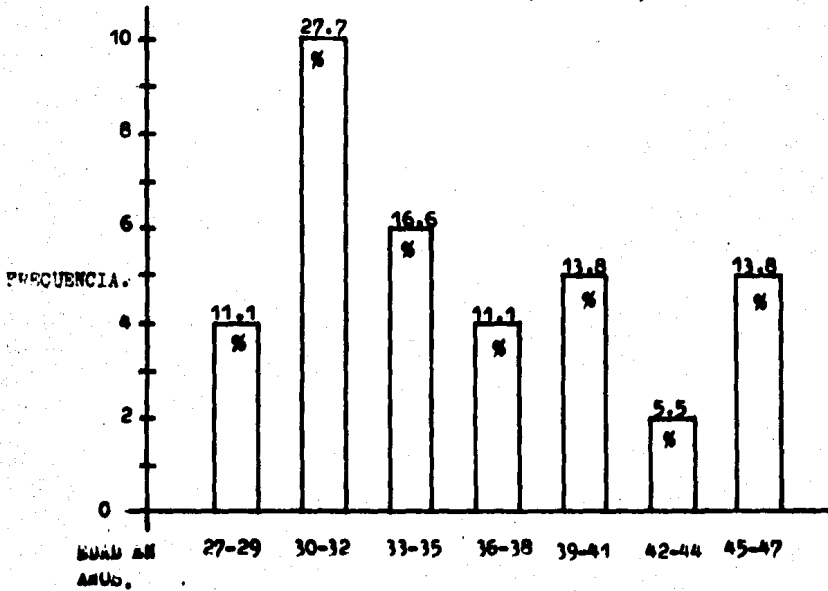
FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL

ESTUDIO DE 36 MEDICOS FAMILIARES

U.M.F. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.

EIDADES DE LOS MEDICOS ENTREVISTADOS.

(Grafica 1)



UMF. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.

MEXICO D.F.

NOV./ 1983 a NOV./ 1984

FUENTE: INVESTIGACION
PERSONAL.

ESTUDIO DE 36 MEDICOS FAMILIARES

U.M.F. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.

(Cuadro 2)

RELACION DE LOS MEDICOS DE ACUERDO AL TURNO DE
ADSCRIPCION.

TURNO	# DE MEDICOS	PORCENTAJE
A/C 8 a 11 Hs. 15 a 18 Hs.	18	50 %
B/D 12 a 15 Hs. 18 a 21 Hs.	18	50 %
TOTAL	36	100 %

U.M.F. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.

NOV/ 1983 a NOV./ 1984

MEXICO D.F.

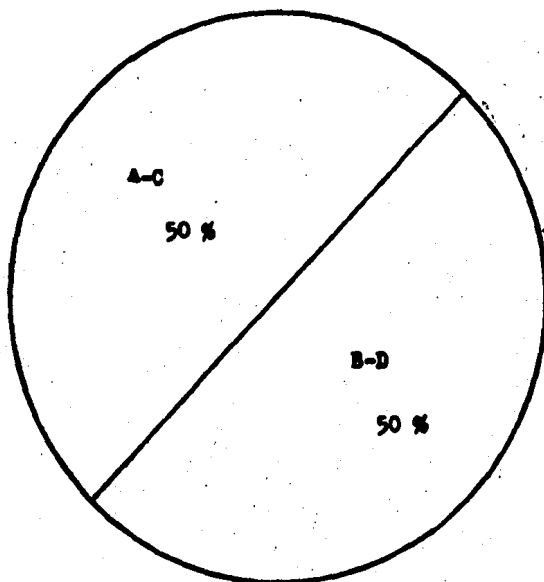
FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

ESTUDIO DE 36 MEDICOS FAMILIARES.

36

UMF. # 33 "EL ROSARIO" I.M.S.S.

PORCENTAJE DE MEDICOS DE ACUERDO AL TURNO ADSCRITO.



(Grafica 2)

UMF. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.

MEXICO DF.

NOV./ 1983 a NOV./ 1984

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

ESTUDIO DE 36 MEDICOS FAMILIARES.

J.M.F. # 33 "EL ROBARIO" IMSS.

(Cuadro 3)

RELACION DE LOS MEDICOS ENTREVISTADOS QUE REALIZARON
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

	NÚMERO	PORCENTAJE.
MEDICOS CON RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR.	18	50 %
MEDICOS SIN RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR.	18	50 %
T O T A L	3 6	1 0 0 %

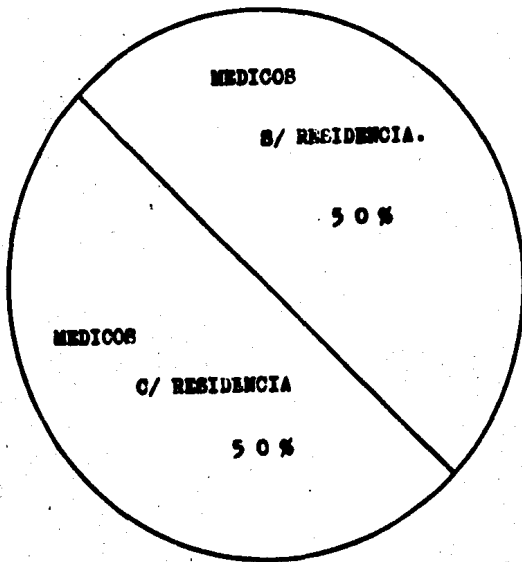
(Cuadro 4)

RELACION DE MEDICOS QUE REALIZARON EL DIAGNOSTICO DE
NIÑOS HIPERQUINÉTICOS.

	NÚMERO.	PORCENTAJE.
SI DX.	13	36.1 %
NO DX.	23	63.9 %
T O T A L.	36	100.0 %

U.M.F. # 33 "EL ROBARIO" IMSS.
NOV./ 1983 a NOV./ 1984.
FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.
MEXICO D.F.

(Grafica 3)
MEDICOS ENTREVISTADOS QUE REALIZARON RESIDENCIA DE
MEDICINA FAMILIAR



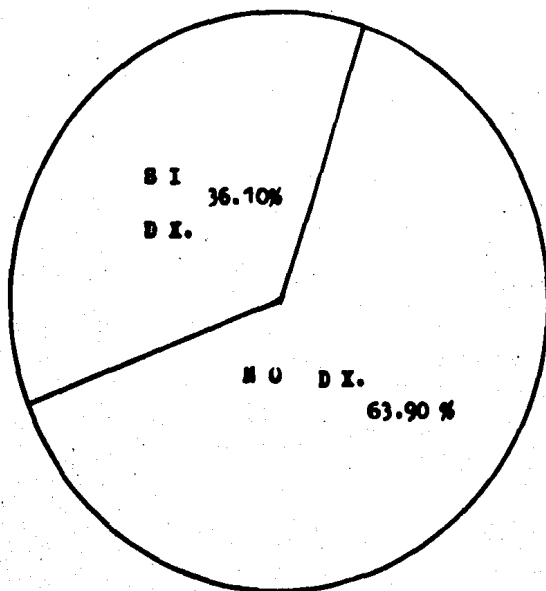
Um. # 33 "El Rosario" IMSS.
México DF.
Nov./ 1983 a Nov./ 1984
Fuente: Investigación Personal.

ESTUDIO DE 36 MEDICOS FAMILIARES.

UMF. # 33 "EL ROSARIO" I.M.S.S.

39

PORCENTAJE DE MEDICOS QUE REALIZARON DIAGNOSTICO DE
NIÑOS HIPERCINETICOS.



(Grafica 4)

UMF. # 33 "El Rosario" IMSS.

México D.F.

Enero de 1983 a Octubre 1984

Fuente: Investigación personal.

ESTUDIO DE 36 MEDICOS FAMILIARES

40

U.M.F. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.

(Cuadro 5)
RELACION DEL NUMERO DE PACIENTES POR TURNO DE LOS
MEDICOS ENTREVISTADOS

# DE PACIENTES	# DE MEDICOS	PORCENTAJE
8	2	5.5 %
10	7	19.0 %
13	2	5.5 %
14	2	5.5 %
15	14	38.8 %
16	1	2.7 %
17	2	5.5 %
19	1	2.7 %
20	5	13.8 %
TOTAL	36	100 %

MODA = 15 PACIENTES
MEDIA = 14.4 PACIENTES
MEDIANA = 15.7 PACIENTES
D.E. = 6.3 PACIENTES

U.M.F. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.
NOVIEMBRE DE 1983 A NOVIEMBRE
DE 1984, MEXICO D.F.
FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL

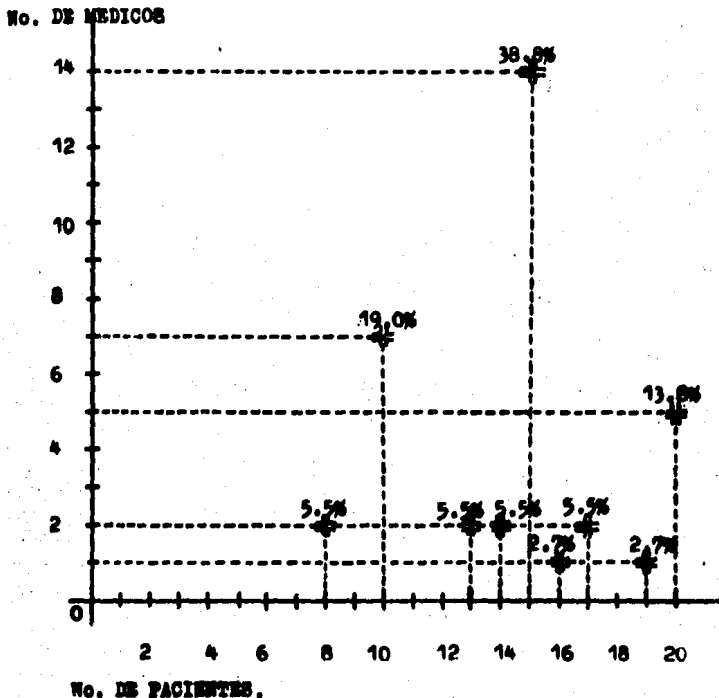
ESTUDIO DE 36 MEDICOS FAMILIARES.

UMF. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.

41

NÚMERO DE PACIENTES PROMEDIO POR TURNO DE LOS MEDICOS ENTREVISTADOS.

(Grafica 5)



UMF. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.

MEXICO DF.

OCT./ NOV. 1984

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

ESTUDIO DE 36 MEDICOS FAMILIARES.

U.M.F. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.

(Cuadro 6)

PORCENTAJE DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS MEDICOS
ENTREVISTADOS, PARA EL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD DE
ATENCIÓN DEFICIENTE.

NUMERO DE MEDICOS	PORCENTAJE.
4	66.6 %
7	61.1 %
8	55.5 %
8	50.0 %
6	44.4 %
2	38.8 %
1	33.3 %
TOTAL 36	1 0 0 %

NIVEL DE ADECUACION DE CONOCIMIENTOS

(60.0 %)

U.M.F. 33 "EL ROSARIO" IMSS.

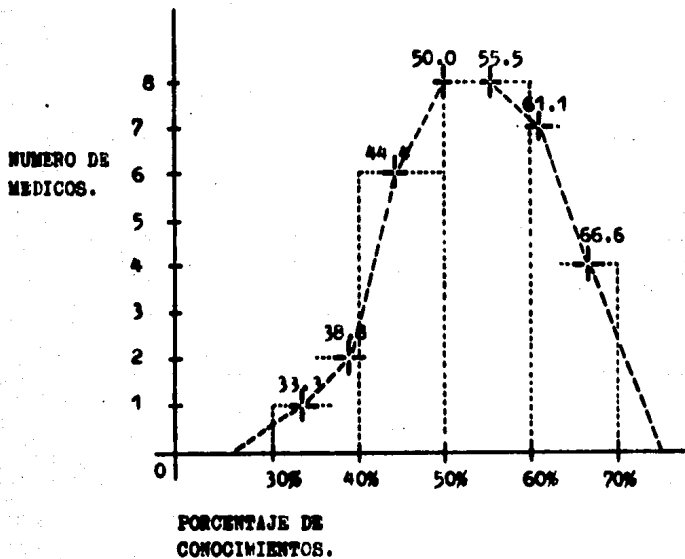
NOV./ 1983 e NOV./ 1984

FUENTE: INVESTIGACION FAMILIAR.

MEXICO D.F.

(Grafica 6)

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS MEDICOS ENTREVISTADOS PARA REALIZAR EL DX. DE LA ENFERMEDAD DE ATENCION DEFICIENTE.



NIVEL DE ACEPTABILIDAD = 60 % de CONOCIMIENTOS.

UMF. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.

MEXICO DF.

OCT./NOV. 1984

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

ESTUDIO DE 36 MEDICOS FAMILIARES
U.M.F. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.

(Cuadro 7)

FRECUENCIA CON LA QUE LOS MEDICOS FAMILIARES REALIZAN
COMUNICACION EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Nº. de MÉDICOS	PORCENTAJE.
4	100 %
24	50 %
8	0 %

U.M.F. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.
MEXICO DF.
NOV./ 1983 a NOV./ 1984
FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS.**Nivel: PROFESOR DE EDUCACION PRIMARIA.**

De 36 profesores entrevistados, el 30.5 % esta dentro de el grupo de edad de 40 a 44 años. (cuadro 8)

El 69.47 del total de la muestra son casados, encontrandose predominio del sexo femenino (83.3 %) del total y (16.7%) del sexo masculino. (cuadro 10)

El 41.6% del total de los maestros cuenta con 11 a 20 años de docencia, siendo la media de 13 años con una desviación estandar de 6.3 (cuadro 12 , grafica 9)

61.0% del total de la muestra no cuenta con el nivel de conocimientos minimo aceptable. (Cuadro 13)

El 91.0% no efectua comunicacion con los padres de familia de niños con problemas de aprendizaje. (cuadro 14)

EL 11.1% del total de grupos escolares cuenta con 37 a - lumnos, con una media de 32.3 y una desviación estandar de 6.6 (cuadro 11, grafica 8)

ESTUDIO DE 36 PROFESORES DE
EDUCACION PRIMARIA,
AREA DE COMUNITA DE LA UMF,
33 "EL ROBARIQ" I M . S . S .

ESCUUELAS PRIMARIAS; 1. PROFESORA SIMILA KUCHA GARCIA,
2. PROFESOR SALVADOR VAHIA REBENDIZ.

(Cuadro 8)
DISTRIBUCION DE LA EDAD DE LOS PROFESORES ENTREVISTADOS

EDAD, AÑOS.	NUMERO.	PORCENTAJE.
20 a 24	6	16.6 %
25 a 29	5	13.2 %
30 a 34	7	19.4 %
35 a 39	6	16.6 %
40 a 44	11	30.5 %
45 a 49	0	0.0 %
50 a 54	1	2.7 %
55 a 59	1	2.7 %
TOTAL.	36	100 %

MEDIA = 40 AÑOS.

MODA = 35 AÑOS.

MODIANA = 43.18 AÑOS.

D.S. = 5.27 AÑOS.

ESTUDIO DE 36 PROFESORES DE EDUCACION

Elmiana.

(Cuadro 9)

CARACTERISTICAS DE LOS PROFESORES ENTREVISTADOS.

TURNO.	NUMERO	# DE PROF. TITULADOS	PORCENTAJE.
MATUTINO (8 a 12:30) Hrs.	18	18	50.0 %
VESPERTINO. (14 a 18:30) Hrs.	18	18	50.0 %
TOTAL.	36	36	100 %

U.M.F. # 33 "EL NOBARIO" IMBB.
 NOV./ 1983 a NOV./ 1984
 MEXICO D.F.
 FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

ESTUDIO DE 36 PROFESORES DE EDUCACION
PRIMARIA,

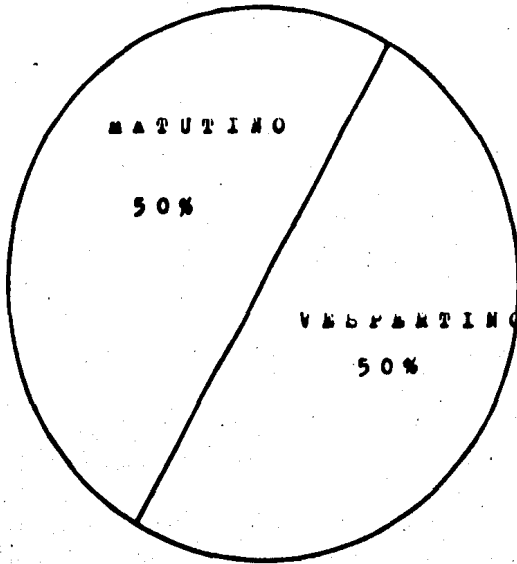
48

AREA DE COBERTURA DE LA UMF. # 33

I.M.S.E.

(Grafica 7)

TURNO DE ADSCRIPCION DE LOS PROFESORES ENTREVISTADOS.



UMF. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.

MEXICO DF.

OCT./NOV. 1984

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

ESTUDIO DE 36 PROFESORES DE EDUCACION
PRIMARIA.

(Cuadro 10)
ESTADO CIVIL DE LOS PROFESORES ENTREVISTADOS.

EST. CIVIL	NUMERO.	PORCENTAJE.
SOLTEROS	8	22.2 %
CASADOS.	25	69.47 %
VIUDAS.	2	5.55 %
DIVORCIADAS.	1	2.77 %
TOTAL.	36	100 %

(DEL TOTAL DE LA MUESTRA 6 FUERON HOMBRAS = 16.7 %)

UBICADOS DENTRO DEL APARTADO DE CASADOS.

U.M.F. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.
MEXICO D.F.

NOV./ 1983 a NOV./ 1984

FUENTE INVESTIGACION PERSONAL.

ESTUDIO DE 36 PROFESORES DE 1^{ra} EDUCACION
PRIMARIA.

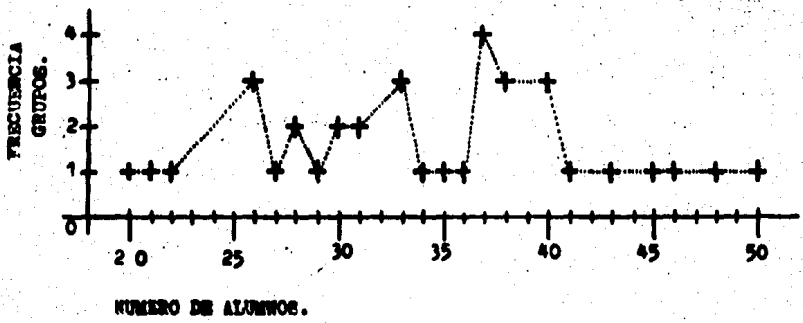
(Cuadro 11)
RELACION DEL PROMEDIO DE ALUMNOS POR GRUPO ESCOLAR.

NUMERO DE ALUMNOS.	GRUPO ESCOLAR.
20	1
21	1
22	1
26	3
27	1
28	2
29	1
30	2
31	2
33	3
34	1
35	1
36	1
37	4
38	3
40	3
41	1
43	1
45	1
46	1
48	1
50	1
TOTAL.	36

MODA. = 37 ALUMNOS.
 MEDIA. = 32.30 ALUMNOS.
 MEDIANA = 34.5 ALUMNOS.
 D.E. = 6.60 ALUMNOS.

U.M.F. # 33 "EL ROBARIO" IMBB.
 MEXICO D.F.
 NOV./ 1983 a NOV./ 1984
 FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

ESTUDIO DE 36 PROFESORES DE EDUCACION
 PRIMARIA.
 AREA DE CONSULTA DE LA UNF. # 33 INSS.
 ESTUDIO DE ALUMNOS POR GRUPO DE PROFESORES.
 (Grafica 8)



UNF. # 33 "EL ROSARIO" INSS.
 MEXICO DF.
 OCT./NOV. 1984
 FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

ESTUDIO DE 36 MUESTROS DE EDUCACION
 PRIMARIA.

(Cuadro 12)
 DISTRIBUCION DE LOS AÑOS DE VACANCIA DE LOS PROFESORES.

AÑOS DE VACANCIA.	NÚMERO.	PORCENTAJE.
1 a 10 AÑOS.	13	36.1 %
11 a 20 AÑOS.	15	41.6 %
21 a 30 AÑOS.	8	22.2 %
TOTAL.	36	100 %

M O D A. = 10 AÑOS.

MEDIA. = 13 AÑOS.

MEDIANA. = 10.75 AÑOS.

D.E. = 6.3 AÑOS.

U.M.F. # 33 "EL MOBARIO" IMSS.
 MEXICO DF.

NOV./ 1983 a NOV./ 1984

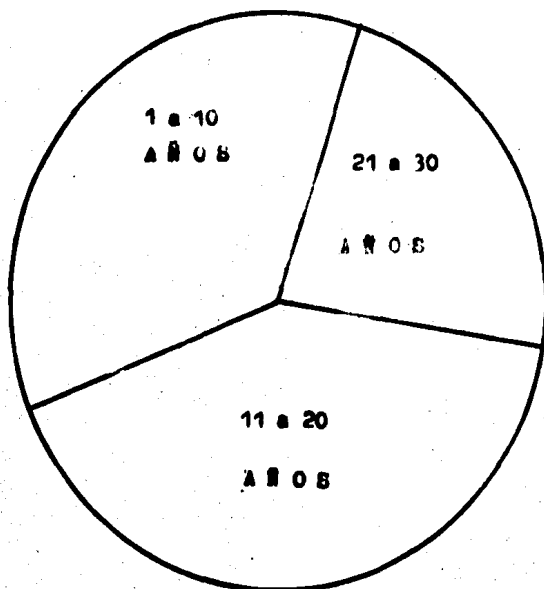
FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

**ESTUDIO DE 36 PROFESORES DE EDUCACION
PRIMARIA.**

53

AREA DE COBERTURA DE LA UMF. 33 INSB.

**(Grafica 9) PORCENTAJE DE AÑOS DE DOCENCIA DE LOS
PROFESORES.**



**UMF. # 33 "EL ROSARIO" INSB.
MEXICO DF.**

OCT./NOV. 1984

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

ESTUDIO DE 36 PROFESORES DE EDUCACION
PRIMARIA,
AREA DE COBERTURA DE LA UMF. # 33 INGG.

(Cuadro 13)
RELACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA ENFERMEDAD DE
ATENCION DEFICIENTE EN LOS PROFESORES DE EDUCACION PRIMARIA
ENTREVISTADOS.

NUMERO DE PROFESORES.	PORCENTAJE DE CONOCIMIENTOS.
1	16.6 %
1	25.0 %
2	33.3 %
5	41.6 %
5	50.0 %
8	58.3 %
4	66.6 %
5	75.0 %
2	83.3 %
2	91.6 %
1	100.0 %
TOT. 36	

(NIVEL MINIMO ACEPTABLE DE CONOCIMIENTOS = 60%)

(Cuadro 14)
RELACION DE LA FRECUENCIA DE COMUNICACION POR LOS MAESTROS EN
SU RELACION CON LOS CASOS DE PACIENTES MIFERQUINICOS.

NUMERO DE PROFESORES.	PORCENTAJE DE COMUNICACION
3	100 %
17	50 %
4	33.3%
12	0.0%
36	

U.M.F. # 33 "AL AGUAYO" INGG.
MEXICO D.F.
NOV./ 1983 a NOV./ 1984
FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS.**Nivel: PADRES DE FAMILIA.**

De 30 parejas de padres de familia de niños Hiperactivos, el 36.6% se encontro dentro de el grupo de edad de 32 a 36 años. (cuadro 15, grafica 10)

El ingreso económico familiar semanal fue de 9000 pesos a 16000 pesos, con una media de 10,633 pesos y una desviación standard de 594 pesos, (cuadro 16, grafica 11)

El 70% de las parejas contaba con 3 a 4 hijos, ocupando el hijo (caso) el segundo lugar en un 26.6% de las familias. (cuadro 17, grafica 11)

El 56.6% de los padres no estaban informados acerca de las características de la enfermedad de su hijo. (cuadro 19)

El restante 43.4 , la mitad de estos recibió la información por el médico familiar, la otra mitad por otros especialistas. (cuadro 20)

ESTUDIO DE 30 PADRES DE PADRES DE
FAMILIA DE NIJOS CON DEFICIENCIA DE
ATENCIÓN DEFICIENTE,
U.M.F. # 33 "EL ROSARIO" I.M.D.B.

(Cuadro 15)
DISTRIBUCION DE EDAD DE LOS PADRES.

MADRE			PADRE	
EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
27 a 31	11	36.6 %	7	23.3 %
32 a 36	12	40.0 %	10	33.3 %
37 a 41	5	16.6 %	9	30.0 %
42 a 46	2	6.6 %	2	6.6 %
47 a 51	0	0.0 %	2	6.6 %
TOTAL	30	100 %	30	100 %

MADRE.

EDAD = 30 AÑOS.
MEDIA = 33.7 AÑOS.
MEDIANA = 29.0 AÑOS.
D.E. = 2.57 AÑOS.

PADRE.

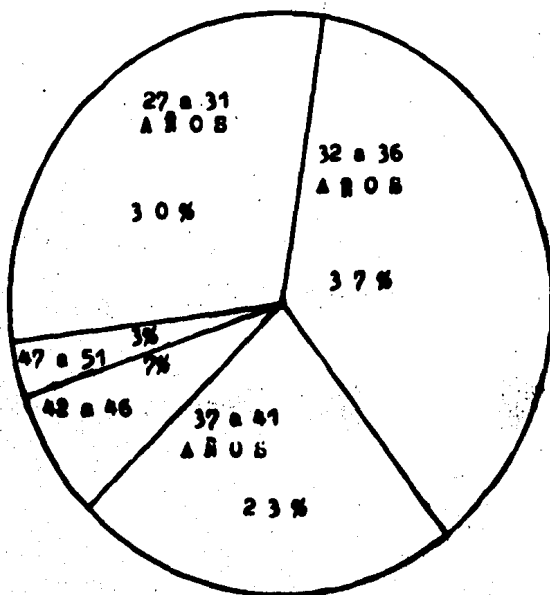
EDAD = 33 AÑOS.
MEDIA = 35.8 AÑOS.
MEDIANA = 36.0 AÑOS.
D.E. = 2.13 AÑOS.

U.M.F. # 33 "EL ROSARIO" I.M.B.
MEXICO D.F.
NOV./ 1983 a NOV./ 1984
FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

ESTUDIO DE 30 PADRES DE FAMILIA
DE HIJOS HIPERCINETICOS
Unif. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.

57

(Grafica) GRUPO DE EDAD DE LOS PADRES Y PORCENTAJES.
10



UNIF. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.
MEXICO DF.
OCT./NOV. 1984

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL

ESTUDIO DE 30 PADRES DE HIJOS CON
SINTOMAS DE ATENCION DEFICIENTE.

U.M.F. # 33 "EL MOSAICO" I.M.S.S.

(Cuadro 16)

RELACION DEL INGRESO ECONOMICO FAMILIAR SEMANAL.

INGRESO ECONOMICO EN PESOS.	# DE PADRES	PORCENTAJE.
1000 a 8000	7	23.3 %
9000 a 16000	23	76.7 %
TOTAL.	30	100 %

MODA. = 12,000 PESOS.

MEIA. = 10,633 PESOS

MEJIANA. = 9,695. PESOS CON 65 CENTAVOS.

D.E. = 594 PESOS CON 43 CENTAVOS.

U.M.F. # 33 "EL MOSAICO" IMSS.

MEXICO D.F.

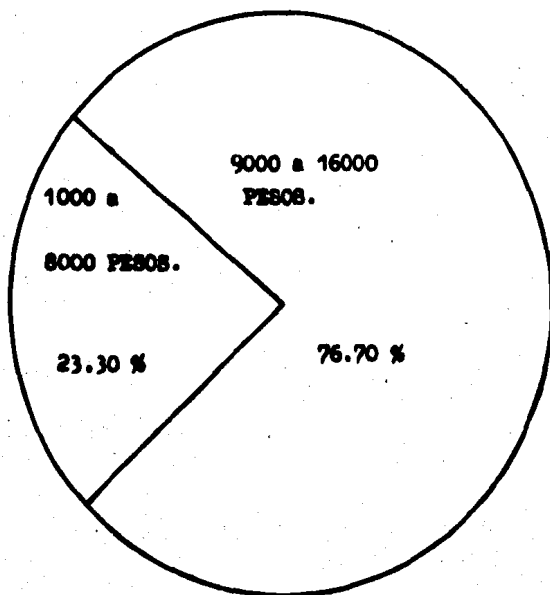
NOV./ 1983 a NOV./ 1984

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

**ESTUDIO DE 30 PADRES DE HIJOS CON
ENFERMEDAD DE ATENCION DEFICIENTE.
U.M.F. 33 "EL ROSARIO" IMSS.**

59

**(Grafica 11) MONTO Y PORCENTAJE DEL INGRESO
FAMILIAR SEMANAL.**



**UMF. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.
MEXICO DF.
OCT./NOV./ 1984
FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.**

ESTUDIO DE 30 PAREJAS DE PADRES DE HIJOS
CON ENFERMEDAD DE ATENCION DEFICIENTE.

U.M.F. # 33 "EL ROSARIO" I . M . S.

(Cuadro 17)
RELACION DEL NO. DE HIJOS POR PAREJA.

# DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
2	2	6.6 %
3	11	36.6 %
4	10	33.3 %
5	3	10.0 %
6	2	6.6 %
7	1	3.3 %
8	1	3.3 %
TOTAL.	30	100%

MODA = 3 HIJOS.
MEDIA. = 3.9 HIJOS.
MEDIANA. = 4.1 HIJOS.
D. S. = 1.10 HIJOS.

U.M.F. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.
MEXICO D.F.

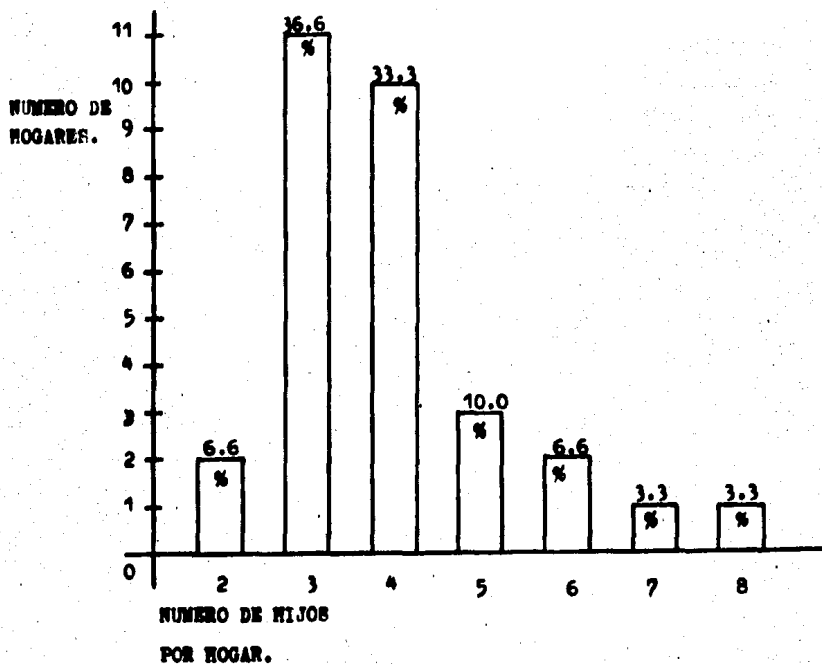
NOV./ 1983 a NOV./ 1984

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

ESTUDIO DE 30 PADRES DE HIJOS CON
ENFERMEDAD DE ATENCION DEFICIENTE.
UMF. # 33 " EL ROSARIO" I.N.S.S.

61

(Grafica 1) NUMERO DE HIJOS POR HOGAR.



UMF. # 33 "EL ROSARIO" IMRF.
MEXICO D.F.

OCT./NOV. 1984

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

ESTUDIO DE 30 PACIENTES CON ENFERMEDAD
DE ATENCION DEFICIENTE.

U.M.F. # 33 "EL ROSARIO" I.M.S.S.

(Cuadro 18)
LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS EL PACIENTE CON
ENFERMEDAD DE ATENCION DEFICIENTE

LUGAR.	NÚMERO.	PORCENTAJE.
1º	5	16.6 %
2º	8	26.6 %
3º	7	23.3 %
4º	7	23.3 %
5º	1	3.3 %
7º	1	3.3 %
8º	1	3.3 %
TOTAL.	30	100 %

U.M.F. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.
MEXICO D.F.

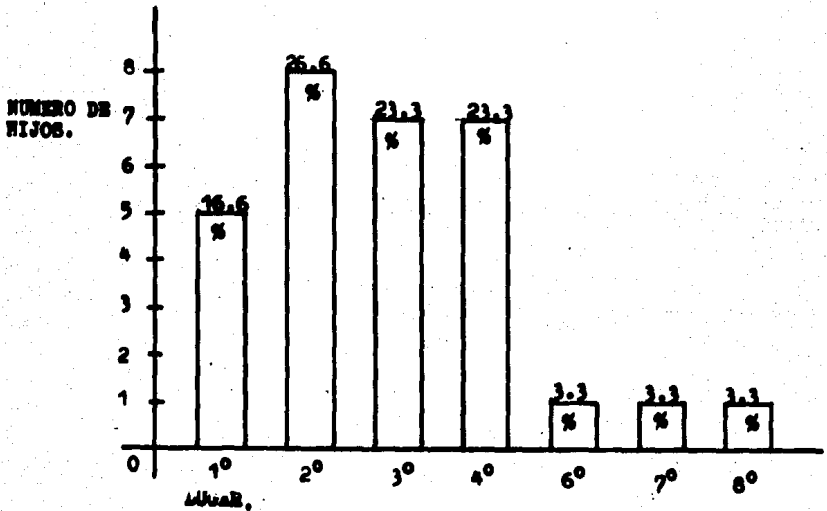
NOV./ 1983 a NOV/ 1984

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

ESTUDIO DE 30 PADRES DE FAMILIA DE
HIJOS CON ENFERMEDAD DE ATENCION
DEFICIENTE.

63

(Grafica 1) LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS
EL PACIENTE CON ENP. DE ATENCION
DEFICIENTE.



UMP. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.

MEXICO DF.

OCT./NOV. 1984

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

ESTUDIO DE 30 PADRES DE FAMILIA DE HIJOS
CON ENFERMEDAD DE ATENCION DEFICIENTE.
U.M.F. # 33 "EL ROSARIO" I. M. S.S.

(Cuadro 19)
RELACION DE PADRES CON INFORMACION ACERCA
DE LA ENFERMEDAD DE ATENCION DEFICIENTE

INFORMADOS.	13.	43.3 %
NO INFORMADOS.	17	56.6 %
TOTAL.	30	100 %

RELACION DE LOS PADRES QUE RECIBEN INFORMACION ACERCA DE LA
ENFERMEDAD DE ATENCION DEFICIENTE DE SU HIJO.

	SUMADO	INFORMADO POR EL PROFESOR.	INFORMADO POR MED. FAMILIAR	INFORMADO POR OTROS.
PADRES INFORMADOS	13	2	7	4
PADRES NO INFORMADOS	17	0	0	0
TOTAL.	30	2	7	4

(Cuadro 20)

U.M.F. #33 "EL ROSARIO" 1866,
MEXICO D.F.

NOV./ 1983 e NOV./ 1984

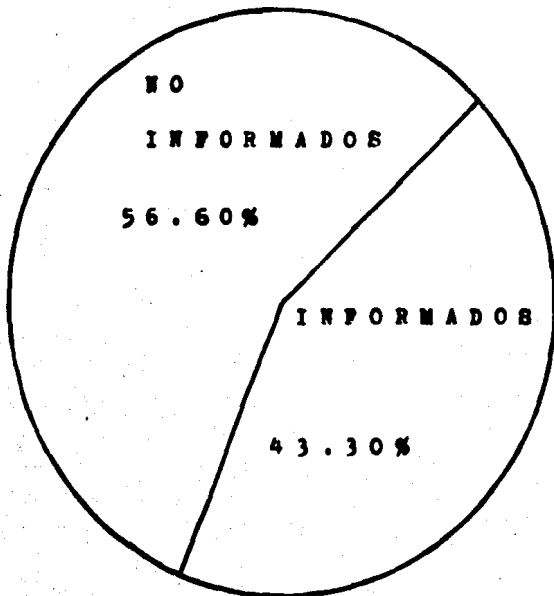
FUENTES: INVESTIGACION PERSONAL.

ESTUDIO DE 30 PADRES DE HIJOS CON
ENFERMEDAD DE ATENCION DEFICIENTE.
UMF. # 33 "EL ROSARIO" I.M.S.S.

65

PORCENTAJE DE PADRES CON INFORMACION ACERCA DE
LA ENFERMEDAD DE ATENCION DEFICIENTE.

(Grafica 14)



UMF. # 33 "EL ROSARIO" IMSS.
MEXICO DF.
OCT./NOV. 1984
FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

Nivel: CHI^2

Se acepta la hipótesis de Nulidad en la función de Cuidado y en la relación del subsistema Conyugal. (tablas 1 y 2 de CHI^2)

En la relación Padres - Hijos se rechaza la hipótesis de Nulidad y consecuentemente se acepta la Hipótesis alternativa. (tabla 3 de CHI^2)

En el Rol paterno, se rechaza la hipótesis de Nulidad y se acepta la Hipótesis alternativa. (tabla 4)

En la Comunicación médico - paciente, se rechaza la hipótesis de Nulidad y se acepta la hipótesis Alternativa (tabla 5 de CHI^2)

En relación al Rol Materno, fue rechazada la hipótesis de Nulidad y aceptada la hipótesis Alternativa con alto grado de significación estadística. (Tabla 6 de CHI^2)

NOTA. Todos los valores de CHI^2 fueron calculados con un criterio P de 3.84 y con .95 grados de confiabilidad, según las tablas de - Pearson, de valores críticos de CHI^2 (10) p. 269

CHI²

(Tabla 1)
DINAMICA FAMILIAR.

V D/ CUIDADO.			
V I/	ALTERADO	NO ALTERADO	
PADRES SI INFORMADOS.	12.6	0.43	13
	12	1	
PADRES NO INFORMADOS.	16.4	0.57	17
	17	0	
	29	1	30

$$CHI^2 = \frac{(FO - FE)^2}{FE}$$

CHI² = 1.36 Es menor que P de 3.84 por lo que se acepta la hipotesis de NO y se rechaza HI.

Ya que no es significativo estadísticamente.

Valores calculados a .95 grados de confiabilidad en las tablas de Pearson. (10) p.269

CHI²

DINAMICA FAMILIAR. (Tabla 2)

V D./
RELACION ESPOSO - ESPOSA.

V I./	ALTERADO	NO ALTERADO	
PADRES SI INFORMADOS.	12.6	0.43	13
	12	1	
PADRES NO INFORMADOS.	16.4	0.57	17
	17	0	
	29	1	30

CHI² = 1.36 Que es menor que P (3.84) por lo que no es significativa, aceptandose NO y rechazando HI. valores calculados a .95 grados de confiabilidad en las tablas de pearson de valores criticos de CHI²

χ^2

(Tabla 3)
DINAMICA FAMILIAR.

VD./ RELACION PADRES - HIJOS.

VI./	ALTERADO	NO ALTERADO.	
PADRES SI INFORMADOS.	11.27	1.73	
	9	4	13
PADRES NO INFORMADOS.	14.73	2.27	
	17	0	17
	26	4	30

χ^2 . 6.03 Que es mayor que P. (3.84 lo cual es significativo estadísticamente, Rechazando NO y Aceptando SI. valores calculados a .95 grado de confiabilidad en las tablas de valores críticos de Pearson, (10) p.269.

χ^2

(Tabla 4)
DINAMICA FAMILIAR
ROL PATERNO.

V D./

VI./	ALTERADO	NO ALTERADO.	
PADRES SI INFORMADOS.	9.96	2.6	
	8	5	13
PADRES NO INFORMADOS.	13.03	3.4	
	16	1	17
	24	6	30

χ^2 . 4.95 Que es mayor que P 3.84 lo cual es significativo estadísticamente, por lo que se Rechaza NO y se Acepta SI. Valores calculados en las tablas de Pearson, valores críticos de χ^2 (10) p.269

CHI²

ESTA TESIS NO DEBE

(Tabla

SALIR DE LA BIBLIOTECA

VD./

COMUNICACION

EN RELACION MEDICO PACIENTE.

VI.	S I		N O		
PADRES SI INFORMADOS	0.86		12.13		13
		2		11	
PADRES NO INFORMADOS.	1.13		15.87		17
		0		17	
		2		28	30

CHI² - 7.69 Lo cual es significativo estadisticamente por lo que se Rechaza NO y se Acepta SI.

Valores calculados con criterio de $P = 3.84$, con .95 grados de confiabilidad, segun las tablas de

CHI² Pearson, valores criticos de CHI² (10) p. 269 .

DINAMICA FAMILIAR. (Tabla 6)

ROL MATERNO.

V D./

VI./	ALTERADO		NO ALTERADO.		
PADRES SI INFORMADOS	7.8		5.2		13
		3		10	
PADRES NO INFORMADOS.	10.2		6.8		17
		15		2	
		18		12	30

CHI² - 13.1 Lo cual es significativo estadisticamente por lo que se Rechaza NO y se Acepta SI.

valores calculados con criterio $P = 3.84$ con .95 de grados de confiabilidad en las tablas de Pearson, valores criticos de CHI²

(10) p. 269

F B I L I B R A T A S.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

CONCLUSIONES.

Con respecto a los Médicos, pese a que el 50 % de ellos son egresados de la Residencia de Medicina familiar, el enfoque que se realiza en la enfermedad que nos ocupa este estudio es deficiente, Del total de Médicos, el 88.8% solo entabla comunicación con sus pacientes en la mitad de sus relaciones Médico-paciente, lo cual es de gran significación ya que, este resulta de debiera ser en el 100% de sus relaciones humanas.

El nivel de Conocimientos que se estableció como mínimo aceptable, para poder Diagnosticar oportunamente esta enfermedad y tratarla precozmente, no fue alcanzado por un 69.4 % del total de los médicos, Esto aunado a la deficiente comunicación nos lleva a concluir que no es posible brindar Información a los padres de Pacientes con Enfermedad de Atención Deficiente, Si no se cuenta con los elementos básicos para este proceso. Entiendase CONOCIMIENTO Y COMUNICACION.

Con respecto a los profesores entrevistados, concluimos que es mayor el número de profesores del sexo femenino que el masculino en una proporción de 8:2 , los cuales manejan grupos con población escolar alta de 26 a 40 alumnos, lo que dificulta sobremanera sus actividades, el 41.6 % del total cuenta con 11 a 20 años de servicio docente, El nivel de Conocimientos en relación a la enfermedad que nos motivo, esta muy por debajo de lo ideal, aunado a que solo 9% entablan comunicación con los padres de familia o Médicos tratantes, agrava aun mas el problema del desconocimiento de las características de la enfermedad.

Con respecto a los padres de Familia el 36.6% se encuentra en la tercera década de la vida, con un promedio de integrantes de 5 de los cuales 4 son dependientes económicos, con un ingreso económico semanal per cápita de 2000 pesos, para satisfacer las grandes necesidades de satisfactores de vida, el 56% NO contaba con Información acerca de la enfermedad de su hijo y el 21.5% fue informado por su Médico Familiar.

Se encontraron alteraciones importantes en la Dinámica Familiar de los padres estudiados, haciendo especial énfasis en la función de Cuidado y en la relación esposo - esposa, en las cuales al realizar la comprobación de las hipótesis por medio de la χ^2 esta rechazó las Hipótesis alternativas, lo cual es ta en contra de la observación inicial del problema,

Esto es paradójico, ya que a pesar de que un grupo de pa dres recibió Información sobre la enfermedad de sus hijos, se a precieron alteraciones importantes en dichos aspectos, Considero que esto es ocasionado por el bajo nivel de Conocimientos y la frecuencia pobre con que se establece comunicación. Ya que en el proceso de Informar a los padres, se ha mencionado como la Patología de la Comunicación ambos factores.

En conclusión Final considero que las hipótesis plantea das NI. se confirmaron en base a los resultados obtenidos en la presente investigación.

7
3
2
8

BUGBYNCIAS.

SUGERENCIAS.

1. SE SUGIERE MAYOR ENFASIS EN LA ELABORACION DE PROGRAMAS DE CAPACITACION MEDICA CONTINUA, ENFOCADOS AL PRIMER NIVEL DE ATENCION MEDICA.
2. SE SUGIERE PROPICIAR LA EXPERIENCIA DE LA ACTUALIZACION EN LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR DEL SECTOR SALUD, POR MEDIO DE LA REALIZACION DE SESIONES BIBLIOGRAFICAS FRECUENTES.
3. SE SUGIERE LA CREACION DEL EQUIPO BASICO, PARA EL DIAGNOSTICO PRECOZ DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ATENCION DEFICIENTE, INTEGRADO POR.
 1. EL MEDICO FAMILIAR.
 2. EL PROFESOR DE EDUCACION PRIMARIA.
 3. LOS PADRES DE FAMILIA.
4. SE SUGIERE LA CREACION DE UN SISTEMA DE INTERCOMUNICACION ABIERTO Y CONSTANTE, ENTRE LOS MEDICOS FAMILIARES, PROFESORES DE EDUCACION PRIMARIA Y PADRES DE FAMILIA, NO SOLO EN EL CASO DE LA ENFERMEDAD DE ATENCION DEFICIENTE SINO PARA LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA Y PROBLEMAS DEL APRENDIZAJE YA QUE ESTOS CUENTAN CON FACTORES GENERADORES A NIVEL DE LA DINAMICA FAMILIAR ALTERADA.

BIBLIOGRAFIA.

BIBLIOGRAFIA.

1. Chapel, J.L.: THE HYPERACTIVE CHILD As Family Physic, Oct. 82; 26:210-215.
2. Cruickshank, W.M.: EL NIÑO CON DAÑO CEREBRAL, EN LA ESCUELA, EN EL HOGAR Y EN LA COMUNIDAD, México, Trillas, 1979.
3. Gillberg, C.; Rasmussen, P.; Carlstrom, G. et al: PERCEPTUAL, MOTOR AND ATTENTIONAL DEFICITS IN SIX YEAR-OLD CHILDREN, EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS. J Child Psychol Psychiat. 23: 131 - 144 Feb. 81.
4. Gessier, J: MANUAL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO, Barcelona, Toray-Masson, 1983
5. Hughes, M.C.; Goldman, B.L.; Snyder, W.F.: HYPERACTIVITY AND THE ATTENTION DEFICIT DISORDER. Am Family Physic. 27:119 - 126 Jun. 83
6. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegacion regional # 1 del Valle México.: CURSO BREVE EN DIDACTICA Y PLANIFICACION EDUCATIVA. México, Sept. 83. 19-23.
7. Jaime Alarid, H.; Irigoyen Coria, A.: FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR, México, Medicina Familiar Mexicana, 1982 pp. 6-16.
8. Kugel, R.B.; Schers, R.G.; McMahon, J.L. et al.: MEDICATION FOR HYPERKINETIC CHILDREN, Am. Acad Pediat. 32: 120 128 83
9. Levy, F.; Hobes, G.: THE DIAGNOSIS OF ATTENTION DEFICIT DISORDER (HYPERKINESIS) IN CHILDREN, J Acad Child Psychiat, Spring 81, 20:376 - 384.
10. Rojas, B.R.: GUIA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES, México, UNAM, 1982.
11. Renshaw, D.C.: EL NIÑO HIPERACTIVO, México, Prensa Med. Mex. 1980 pp. 61 - 132.
12. Sandberg, S.J.; Wiesselberg, M.; Shafer, D.: HYPERKINETIC AND CONDUCT PROBLEM CHILDREN IN A PRIMARY SCHOOL POPULATION: SOME EPIDEMIOLOGICAL CONSIDERATIONS, J Child Psychol Psychiat, 21: 293 - 311 .
13. Stewart, N.A.; De Blois, S.C.; Cummings, C. PSYCHIATRIC DISORDER IN THE PARENTS OF HYPERACTIVE BOYS AND THOSE WITH CONDUCT DISORDER, J Child Psychol Psychiat. 21: 283 - 292, 79
14. Tellefson, G.D.: PERSONALITY DISORDERS. Am Family Physic. 27: 215 - 223, 83.

15. Trejo, P.R.: LA AGRESIVIDAD Y LA REBELDIA PRINCIPALES ALTERACIONES DE CONDUCTA EN HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS, Tesis Recepcional de la Especialidad de Medicina Familiar. México 1984.
16. Valencia, E. LAS RELACIONES FAMILIARES EN LOS NIÑOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE, Memorias del primer seminario sobre Problemas de aprendizaje. México. Garcia jaso luis, 79, pp. 343-347.
17. Vayer, P.: EL NIÑO FRENTE AL MUNDO, Barcelona. Científico-Médica, 1979, 3-34
18. Velasco Fernandez, R.: EL NIÑO HIPERQUINÉTICO, LOS SÍNDROMES DE DISFUNCIÓN CEREBRAL, México, Trillas, 2da. ed. 1980, 23-98.
19. Woodward, D.H.; Biondo, W.: YO PRIMERO, CONVIVENCIA CON NIÑOS DEMASIADO ACTIVOS, México, Pax-Méx. 1980.
20. Zapata, A.O.; Aquino, F.: PSICOPEDAGOGIA DE LA MOTRICIDAD etapa del aprendizaje escolar. México, Trillas, 1980, pp. 11-36.
21. Selman, J.B.; Arbogast, R.C.: ¿ DOCTOR IS MY CHILD HIPERACTIVE? An Family Physic, 21:105-111, May. 80