



**Escuela de Enfermería de Ávila, centro adscrito a la
Universidad de Salamanca**

TRABAJO FIN DE GRADO

**TÍTULO: APLICACIÓN DEL TEST DE APGAR PARA
VALORAR LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN FAMILIAS CON
NIÑOS CON TDAH: PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.**

Titulación: GRADO EN ENFERMERÍA

Estudiante: IRENE DÍAZ GARCÍA

Tutora: D^a ROSA ISABEL SÁNCHEZ ALONSO

Fecha: 12 de mayo de 2014

ÍNDICE

	PÁGINA
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	8
MATERIAL Y MÉTODO	9
PLAN DE TRABAJO	15
BIBLIOGRAFÍA	19
ANEXOS	23

RESUMEN

Objetivo: Demostrar la relación entre la disfunción familiar medida mediante el test de APGAR familiar y tener un hijo/a en edad escolar diagnosticado de TDAH.

Diseño: Estudio descriptivo.

Ámbito de estudio: Área urbana de Atención Primaria de Ávila durante un año.

Sujetos: Niños/as de entre 6 y 14 años diagnosticados de TDAH según DSM-IV o CIE 10 pertenecientes a cuatro centros de salud de Ávila.

Variables: Dependientes: Puntuación del test de APGAR Familiar. Independientes: hijo/a diagnosticado de TDAH según criterios del DSM-IV o CIE 10, tratamiento farmacológico, psicoterapia, terapia familiar, sexo y edad niño/a y padres, nivel socio económico, grupo étnico, nivel académico de los padres, tamaño y estructura familiar y ciclo vital familiar.

Desarrollo: Se solicitarán los permisos necesarios. Información a los EAP. Elaboración de un protocolo y diseño de un cuaderno de recogida de datos. Reclutamiento de los pacientes por contacto telefónico con las familias y cita programada para entregar hoja de información y consentimiento informado. Entrevista individual a madre y padre y autocumplimentación del test de APGAR Familiar. Análisis de los datos obtenidos. Difusión de los resultados obtenidos.

Análisis estadístico: Para la descripción de las variables cuantitativas se utilizarán las medidas de tendencia central y de dispersión, y para las variables cualitativas se utilizarán frecuencias absolutas y porcentajes. Se realizará un análisis bivalente de las variables relacionadas con la disfunción familiar. Se propone un nivel de significación estadística para $p < 0.05$ y el intervalo de confianza del 95%. El análisis estadístico se realizará con el paquete SPSS[®] v.19.0.

Palabras claves: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Familia, Salud Familiar, Funcionamiento Familiar, Puntaje de Apgar.

SUMMARY

Aim: To demonstrate the relationship between family dysfunction, measured through family APGAR score, and having a school-age child diagnosed with ADHD.

Design: Descriptive study.

Field of study: Urban Area of Primary Health Care Centers in Ávila for a year.

Subjects: Children between 6 and 14 years diagnosed with ADHD according to DSM-IV or CIE 10 who belong to four different Primary Health Care Centers in Ávila (Spain).

Variables: Dependent: Family APGAR score. Independent: son/daughter diagnosed with ADHD according to DSM-IV or CIE 10, pharmacological treatment, psychotherapy, family therapy, sex and age of the children and the parents, socioeconomic status, ethnic group, parents' academic level, family's size and structure and family's life cycle.

Development: The necessary permits will be requested. The Primary Health Care Team will be informed. Elaboration of a protocol to follow and design of a case report form to compile all the data. Recruitment of the patients: The families will be contacted by telephone and given a scheduled appointment to deliver the information sheet and the informed-consent form. Individual interview to both parents and self-completion of the family APGAR score. Analysis of the data obtained. Dissemination of the obtained results reached through the analysis.

Statistical analysis: In order to describe the quantitative variables, the measures of central tendency and dispersion will be used whereas absolute frequencies and percentages will be used to describe the qualitative variables. A bivariate analysis of the variables related to family dysfunction will be carried out. A level of statistical significance for $p < 0.05$ and the confidence interval of 95% are proposed. The statistical analysis will be performed using the SPSS[®] v.19.0 package.

Key words: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Family, Family Health, Family Functioning, APGAR Score.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos psiquiátricos crónicos más frecuentes en la infancia afectando a un 5% de media de la población infantil española.¹

En Castilla y León estas cifras aumentan considerablemente mostrando una prevalencia del 6.66% según estudios realizados en el año 2009.²

El TDAH es un trastorno de origen neurológico causado por el desequilibrio entre la noradrenalina y la dopamina, neurotransmisores cerebrales, que afectan directamente a las áreas del cerebro responsables del autocontrol y de la inhibición del comportamiento inadecuado.

En el niño con TDAH se ve alterada su conducta en los siguientes aspectos: hiperactividad o nivel superior de actividad para su edad, impulsividad o dificultad para controlar sus conductas, emociones y pensamientos y/o inatención o gran dificultad o incapacidad para prestar atención y concentrarse.¹

Estos síntomas se presentan en dos o más ambientes durante más de seis meses antes de los siete años causando un deterioro clínicamente significativo de la actividad social y educativa como se especifican según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSMIV-TR, el cual además clasifica el TDAH en tres subtipos: TDAH-C o tipo combinado, TDAH-I o tipo con predominio del déficit de atención y TDAH-H o tipo con predominio hiperactivo impulsivo.³

El manual de Clasificación Internacional de Enfermedades con su código F90 entiende por TDAH al grupo de trastornos caracterizados por su comienzo temprano (habitualmente durante los primeros cinco años de vida), por falta de constancia en las actividades que requieren de la participación de las funciones intelectuales y por una tendencia a cambiar de una actividad a otra, sin completar ninguna, junto con un actividad desorganizada, mal regulada y excesiva.⁴

El TDAH provoca en el niño unos comportamientos que son difíciles de controlar por los padres lo que les genera sentimientos de frustración, tristeza, culpabilidad, estrés, baja autoestima, desconfianza en sus habilidades como padres y problemas con la pareja; por ello, es importante conocer con detalle al niño para aumentar el conocimiento de los padres en la técnicas y control de las conductas de sus hijos.¹

La Federación Mundial de la Salud Mental (WFMH), a raíz de esto, realizó un estudio de carácter internacional en 2004: “Convivir con el TDAH: desafíos y esperanzas” donde se pretendió aumentar la conciencia y comprensión sobre el impacto del TDAH en los niños y en sus familias; España fue el país con mayor resultado de impacto sobre la familia (98%). Otro estudio similar se realizó en la Comunidad Valenciana con resultados similares: un 88% mostraron niveles altos de estrés y un 50% de los padres referían problemas conyugales.⁵ “Putting families in the center: family perspectives on decision making and ADHD and implications for ADHD care”⁶ es un estudio realizado en 2012 donde se evidenció la alta tensión que existía dentro de la unidad familiar causada por estresores que incidían sobre el bienestar, la salud mental y las relaciones sociales de los padres.⁵

Por ello, es básico evaluar el impacto que se produce sobre la función familiar cuando uno de sus hijos presenta TDAH.

La familia es aquel sistema abierto compuesto de personas con una historia común, que forman una unidad funcional regida por sus propias normas. Según la Teoría General de Sistemas, la familia mantiene un orden, una estructura y una función que permiten el cambio y el crecimiento de sus integrantes, se relaciona de forma equilibrada con su entorno para conseguir un adecuado estado de salud.⁷

Para entender el funcionamiento de un sistema familiar es necesario conocer los roles que cada miembro asume dentro de la familia.⁸ Un rol familiar es un modelo abstraído de la posición legal, cronológica o sexual de un miembro dentro de la familia (madre, esposo, hijo, hermana...), este modelo describe ciertas conductas esperadas, permitidas y prohibidas de la persona de ese rol.⁹ Al igual que el conocimiento de los roles familiares es igual de importante conocer los recursos sociales, culturales, religiosos, económicos, educativos y médicos de la familia.¹⁰

La familia tiene como objetivo interno la protección psicosocial de sus miembros y como objetivo externo la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura, debido a que ésta imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente; por lo que se conoce a la familia como el agente socializador y transmisor de la cultura. Además, es en la familia donde reside el origen de las personalidades de sus miembros con las cuales desarrollarán habilidades sociales para relacionarse con su entorno adaptándose a situaciones diversas.⁹

El ciclo de la formación de la familia está descrito por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en diferentes etapas: la formación de la pareja o matrimonio, la extensión desde el nacimiento del primer hijo hasta el último, la extensión completa desde el nacimiento del último hijo hasta que el primer hijo se va de casa, la contracción desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último, la contracción completa desde que el último hijo abandona el hogar hasta la muerte de uno de los cónyuges y la disolución.¹¹

La salud familiar fue definida por la OMS en 1976 como “un hecho que determina y está determinado por la capacidad de funcionamiento efectivo de ésta, como unidad biopsicosocial en el contexto de una cultura y sociedad dada”.¹²

Se pueden considerar como dimensiones de la salud familiar: el clima social perteneciente al ámbito interno generado por los miembros de la familia, la integridad o unión entre los miembros que forman la unidad familiar, el funcionamiento que satisface las necesidades de sus miembros a lo largo de su ciclo vital familiar, la resistencia familiar o mecanismos de defensa ante situaciones adversas y el afrontamiento familiar ante la aparición de acontecimientos estresantes.⁷

La función o disfunción de la familia se define por cómo sus miembros son capaces de enfrentar la crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.¹³ El modo en que un miembro de la familia percibe la eficacia y calidad de la familia como recurso ante un factor estresante se ve reflejado en su estado de salud, por ello las familias saludables muestran una gran integridad de los componentes que representan la estructura y unidad familiar.¹⁴

Para valorar la función o disfunción de una familia, es necesario trabajar con todos los integrantes de la misma identificando y evaluando la crisis familiar¹⁰, así como determinando el nivel funcional de la familia mediante los conocidos Instrumentos de Atención a la Familia, siendo uno de los más importantes el test de APGAR Familiar.¹⁵

El test de APGAR Familiar es un instrumento de evaluación destinado a medir el funcionamiento familiar.⁷ Lo diseñó Gabriel Smilkstein en 1978 como un instrumento para los Equipos de Atención Primaria destinado al análisis de la función familiar.¹⁰

Fue validado al español en 1996 en el estudio “Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-Familiar”.¹⁶

Gracias a él los miembros de la familia perciben de manera subjetiva el funcionamiento familiar y su grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos en un momento determinado.¹⁵

Con este instrumento se puede conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares que necesitan un seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario.¹⁷

Existen situaciones en las cuales es necesario usar este cuestionario: cuando la familia se ve involucrada en el cuidado de uno de sus miembros o ante la nueva enfermedad de uno de ellos así como ante una clara disfuncionalidad familiar.¹⁰

La sigla APGAR procede de los cinco componentes de la función familiar: *adaptability* (adaptabilidad), *partnertship* (cooperación), *growth* (desarrollo), *affection* (afecto) y *resolve* (capacidad resolutive).^{14, 18}

El APGAR Familiar consta de 5 preguntas que pueden ser contestadas con tres posibles respuestas: casi siempre (2 puntos), algunas veces (1 punto) o casi nunca (0 puntos).

Los posibles resultados oscilan entre 0 y 10. Entre 7-10 indica una alta funcionalidad familiar, entre 4-6 existiría una moderada disfunción familiar y entre 3-0 muestra una severa disfunción familiar.¹⁰

Un resultado alto en el test de APGAR Familiar muestra la gran capacidad de adaptación de la familia ante una nueva situación y los posibles cambios en los roles de los miembros de la familia, mientras que un resultado bajo puede representar un ambiente estresante marcado por una baja adaptabilidad ante una nueva situación por lo que demandan rápidas y apropiadas intervenciones.¹⁴

JUSTIFICACIÓN:

La funcionalidad familiar se ve comprometida cuando alguno de sus miembros padece algún tipo de enfermedad. Como se ha reflejado en la introducción los niños con TDAH tienen una personalidad y un comportamiento que supuestamente afectará a la familia. Es importante conocer el grado de disfunción familiar para prever una potencial pérdida en la efectividad de los cuidados aportados a niños con TDAH y establecer la relación entre un diagnóstico de TDAH en edades tempranas y la aparición de una disfunción familiar.

HIPÓTESIS

Las familias que tienen un hijo/a diagnosticado de TDAH presentan cierto grado de disfuncionalidad familiar medida a través del test de APGAR Familiar.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

Demostrar la relación existente entre la disfunción familiar medida mediante el test de APGAR Familiar y tener un hijo/a en edad escolar, diagnosticado de TDAH, en el seno familiar.

Objetivos secundarios:

Evaluar aspectos sociodemográficos relacionados con el nivel de disfunción familiar en familias con hijos con TDAH.

Describir las características sociodemográficas de las familias del área urbana de Ávila con hijos con TDAH.

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO: Estudio descriptivo.

ÁMBITO DE ESTUDIO: Área urbana de Atención Primaria de Ávila durante un año.

SUJETOS DEL ESTUDIO: Niños/as de entre 6 y 14 años de edad diagnosticados de TDAH según DSM-IV o CIE 10 que pertenecen a los centros de salud: Ávila Norte, Ávila Estación, Ávila Sur-Este y Ávila Sur-Oeste.

Criterios de exclusión:

Niños/as con antecedentes de otra patología crónica.

Niños/as sin control periódico de su enfermedad durante más de un año.

Familias que se nieguen a participar o no firmen el consentimiento informado.

Criterios de retirada:

Traslado del paciente fuera de la ciudad de Ávila.

El universo de la muestra se realiza partiendo de 4662 niños/as de entre 6 y 14 años de edad que pertenecen a los centros de salud urbanos de Ávila, a partir de esta cifra y tomando como referencia un 6.66% de prevalencia de TDAH en Castilla y León según el “Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España)”² se estima una cifra de 307 niños/as de entre 6 y 14 años diagnosticados de TDAH en el área urbana de Ávila.

El estudio es poblacional, se estudiará toda la población susceptible de participar en el estudio.

VARIABLES:

Dependiente:

Puntuación en el test de APGAR Familiar:

Entre 7-10 indica una alta funcionalidad familiar.

Entre 4-6 existiría una moderada disfunción familiar.

Entre 3-0 muestra una severa disfunción familiar.¹⁰

Independientes:

Hijo/a con diagnóstico de TDAH según criterios del DSM-IV o CIE 10.

Tratamiento farmacológico. (Sí-No).

Psicoterapia. (Sí-No).

Terapia familiar. (Sí-No).

Edad: Niño/a (6-14 años de edad) y edad padres.

Sexo: Niño/a y sexo padres.

Femenino.

Masculino.

Nivel socio económico:

Alto.

Medio.

Bajo.

Grupo étnico:

Población gitana.

Población subsahariana.

Población magrebí.

Población de Europa del Este.

Población latinoamericana-andina.

Población asiática-oriental.¹⁹

Nivel académico de los padres:

Sin estudios.

Estudios primarios.

Estudios secundarios.

Estudios de formación profesional.

Estudios universitarios.

Tamaño y estructura familiar:

Número de miembros que forman la unidad familiar.

Estructura de la familia:

Familia nuclear: convive la pareja con o sin hijos.

Familia nuclear numerosa: conviven los padres con tres hijos o más; o bien, con dos hijos siendo uno de ellos discapacitado.

Familia extensa: conviven padres, hijos y abuelos u otros.

Familia monoparental: constituida por madre o padre e hijos/as.

Familia binuclear o reconstituida: formada tras un divorcio o viudez, donde uno de los cónyuges se vuelve a unir con otra persona y conviven con hijos de distintos progenitores.²⁰

Ciclo vital familiar según la OMS:

La formación de la pareja o matrimonio.

La extensión desde el nacimiento del primer hijo hasta el último.

La extensión completa desde el nacimiento del último hijo hasta que el primer hijo se va de casa.

La contracción desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último.

La contracción completa desde que el último hijo abandona el hogar hasta la muerte de uno de los cónyuges.

La disolución.¹¹

DESARROLLO DEL ESTUDIO:

FASE 1: Se solicita al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) el visto bueno para la puesta en marcha del proyecto de investigación, así como permiso a la Gerencia de Atención Primaria de Ávila.

FASE 2: Información a los EAP del estudio que va a llevarse a cabo en los centros de salud urbanos de Ávila.

FASE 3: Elaboración de un protocolo y diseño del cuaderno de recogida de datos.

FASE 4: Reclutamiento de los pacientes.

- a) Selección de los pacientes e inclusión en el estudio: Se solicitará un listado con los nombres de los niños que pertenecen a los cuatro centros de salud urbanos y que estén diagnosticados de TDAH, una vez que este protocolo de investigación haya sido aprobado por el CEIC.
- b) Posteriormente se contactará con las familias por vía telefónica para explicarles el estudio e invitarles a participar en el mismo. En este mismo acto se les dará una cita para entregarles el consentimiento informado.
- c) Una vez acepten participar en el estudio y hayan firmado el consentimiento informado, se procederá a citarles para la valoración de la función familiar mediante el test de APGAR Familiar.

FASE 5: Entrevista individual con la madre y el padre para obtener las variables independientes del estudio. Se les entregará el cuestionario impreso para proceder a la valoración mediante el test de APGAR Familiar. Ambos, padre y madre, deben autocumplimentar el cuestionario por separado, excepto en el caso de familias monoparentales.

FASE 6: Análisis de los datos obtenidos.

FASE 7: Difusión de los resultados obtenidos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Tras comprobar que las variables del objeto de estudio se ajustan a una distribución normal, prueba de Kolmogorov-Smirnov, se procederá a su análisis estadístico.

Para la descripción de las variables cuantitativas se utilizarán las medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar y rango intercuartil), y para las variables cualitativas se utilizarán frecuencias absolutas y porcentajes.

Se realizará un análisis bivalente de las variables relacionadas con la disfunción familiar.

Para las variables cualitativas se utilizará la prueba de Ji-cuadrado o el test exacto de Fisher, según condiciones de aplicación.

Para las variables cuantitativas se utilizará la prueba t de Student o U de Mann-Whitney, según normalidad de la variable.

Se propone un nivel de significación estadística para $p < 0.05$ y el intervalo de confianza del 95%.

El análisis estadístico se realizará con el paquete SPSS[®] v.19.0.

ASPECTOS ÉTICOS:

Para poder llevar a cabo este proyecto de investigación se solicitará aprobación al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) previo a su puesta en marcha, así como se pedirá permiso a la Gerencia de Atención Primaria de Ávila.

Se explicará al paciente el objetivo del proyecto y se pedirá su participación en el estudio por vía telefónica respetando la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).

Se entregará una hoja informativa con los detalles del estudio de investigación (Anexo I) y se solicitará la firma del consentimiento informado (Anexo II) tal como se establece en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica y como aparece reflejado en diversos artículos del Código Deontológico de la Enfermería Española.

El proyecto de investigación se realizará respetando los principios éticos de regulación de la investigación médica en seres humanos que se establecen en la Declaración de Helsinki.

LIMITACIONES:

Este proyecto de investigación no puede establecer relaciones causales porque está diseñado como un estudio descriptivo, el cual permite describir la frecuencia y características más importantes de los niños/as diagnosticados de TDAH y sus padres en el ámbito urbano de Ávila; por lo que tampoco permite establecer una secuencia temporal de los acontecimientos.

Es un estudio limitado al entorno urbano de Atención Primaria de Ávila excluyendo a aquellos niños/as cuyas edades no se encuentren entre los 6 y 14 años o que presenten cualquier otro criterio de exclusión. Se trata además de un estudio poblacional en el cual se incluirá únicamente a la población que desee participar, pudiendo aparecer un sesgo en la selección ante la no participación de la población.

PLAN DE TRABAJO

FASE 1: Solicitud de permisos.

Actividad 1: Se solicita al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) el visto bueno para la puesta en marcha del proyecto de investigación.

Actividad 2: Se solicita permiso a la Gerencia de Atención Primaria de Ávila.

FASE 2: Información a los EAP.

Actividad 3: Información del objetivo del estudio y cómo va a llevarse a cabo en los centros de salud urbanos de Ávila: Ávila Norte, Ávila Estación, Ávila Sur-Este y Ávila Sur-Oeste.

FASE 3: Elaboración del protocolo y diseño del cuaderno de recogida de datos.

Actividad 4: Elaboración de un protocolo definitivo para llevar a cabo el proyecto de investigación.

Actividad 5: Diseño del cuaderno de recogida de datos.

Se procederá a crear una base de datos para recoger la información aportada por las respuestas de los progenitores entrevistados incluyendo todas las variables.

Posteriormente, se codificarán esas respuestas para después procesar la información.

FASE 4: Reclutamiento de los pacientes.

Actividad 6: Solicitud del listado de niños/as de cada uno de los centros de salud urbanos participantes en el estudio diagnosticados de TDAH (previa aprobación por el CEIC).

Actividad 7: Contacto con las familias por vía telefónica donde se les explicará el objetivo del estudio y se les ofrecerá la oportunidad de participar en él.

Actividad 8: Entrega del consentimiento informado mediante consulta programada individual dada por vía telefónica a aquellas familias que deseen participar en el estudio.

Actividad 9: Citación para valoración de la función familiar mediante el test de APGAR Familiar.

FASE 5: Recogida de datos.

Actividad 10: Entrevista individual con la madre y el padre.

Duración aproximada de 30-45 minutos.

Se informará a cada uno de los padres en qué consiste el estudio.

Se les entregará una hoja informativa con los aspectos más relevantes del estudio (Anexo I) y la hoja del consentimiento informado (Anexo II).

Se resolverá cualquier duda que surja.

Se realizará una breve entrevista individual a la madre y una entrevista individual al padre para obtener las siguientes variables:

Hijo/a con diagnóstico de TDAH.

Tratamiento farmacológico.

Psicoterapia.

Terapia familiar.

Edad: Niño/a y padres.

Sexo: Niño/a y sexo padres.

Nivel socio económico.

Grupo étnico.

Nivel académico de los padres.

Tamaño y estructura familiar.

Ciclo vital familiar.

Actividad 11: Valoración mediante el test de APGAR Familiar (Anexo III) para obtener la variable dependiente del estudio según la puntuación obtenida:

Entre 7-10 indica una alta funcionalidad familiar.

Entre 4-6 existiría una moderada disfunción familiar.

Entre 3-0 muestra una severa disfunción familiar.

FASE 6: Análisis de los datos obtenidos.

Actividad 12: Análisis de los datos obtenidos para conocer si existe relación entre el diagnóstico de un hijo/a de TDAH y la disfunción familiar.

Actividad 13: Elaboración de un informe con los resultados del estudio.

FASE 7: Difusión de los resultados.

Actividad 14: Difusión de los resultados de este proyecto de investigación en diferentes escenarios científicos a nivel nacional o internacional: a través de congresos de investigación en enfermería mediante comunicaciones orales y posters, así como a través de su publicación en revistas científicas de las ciencias de la salud.

Actividad 15: Coordinación del estudio y resolución de dudas.

FECHAS FASES Actividades		2014						2015				
		JUL	AG	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	
FASE 1	A1	■										
	A2	■										
FASE 2	A3		■									
FASE 3	A4		■									
	A5											
FASE 4	A6		■									
	A7		■									
	A8											
	A9											
FASE 5	A10			■								
	A11			■								
FASE 6	A12						■					
	A13							■				
FASE 7	A14								■			
	A15								■			

Figura I: Cronograma de actividades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Federación Española de Asociaciones de ayuda al déficit de atención e hiperactividad [Internet]. España: FEAADAH; c2002-2014 [actualizado 2 Abr 2014; citado 2 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/>
2. Molinero L, López JA, Garrido M, Sacristán AM, Rivera MT, et al. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2009 [citado 2 Abr 2014]; 11(42): 251-270. Disponible en: <http://www.pap.es/files/1116-908-pdf/1038.pdf>
3. López JA, Rodríguez L, Sacristán AM, Garrido M, Martínez MT, et al. Validez de los criterios DSM-IV según respuesta de los padres en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* [Internet]. Junio 2011 [citado 2 Abr 2014]; 31(2): 271-283. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
4. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cap. V. Trastornos mentales y del comportamiento. F.90 Trastornos hiperkinéticos [Internet]. España: eCIE 10; c2009 [actualizado 1 May 2010; citado 31 Mar 2014]. eCIE 10; [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://eciemaps.mpsi.es/ecieMaps/browser/index_10_2008.html#search=F90.1&index=enf&searchId=1396259190528&historyIndex=5
5. Colomer C. Factores familiares y neuropsicológicos: implicaciones en los problemas de conducta y sociales de niños con TDAH [tesis]. España: Universidad de Valencia; 2013.

6. Davis CC, Claudius M, Palinkas LA, Wong JB, Leslie LK. Putting families in the center: family perspectives on decision making and ADHD and implications for ADHD care [base de datos en Internet]. Boston: J Atten Disord. c2012 [citado 5 Abr 2014]; 16(8):675-84. doi: 10.1177/1087054711413077 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Putting+families+in+the+center%3A+family+perspectives+on+decision+making+and+ADHD+and+implications+for+ADHD+care>.
7. Lima JS, Lima M, Jiménez N, Domínguez I. Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la autopercepción del estado de salud familiar. Rev Esp Salud Pública [Internet]. Septiembre 2012 [citado 3 Mar 2014]; 86 (5): 509-521. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17024508005>.
8. Tazón MP, García J, Aseguinolaza L. Relación y comunicación. 2ª ed. Valencia: DAE Enfermería 21; Junio 2008. 12:193-205.
9. Raggi M. Familia. Psicopatología Evolutiva [Internet]. Argentina: Universidad del Salvador [citado 9 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.usal2.tizaypc.com/contenidos/contenidos/3/USAL%20Ficha%20-%20Familia.pdf>
10. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J fam pract [Internet]. 1978 [citado 9 Mar 2014]; 6(6) 1231-9. Disponible en: <http://www.neiu.edu/~circill/F494V.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud. Modelo de salud familiar. Nosotros llevamos salud [Internet]. San Salvador: Ministerio de Salud; c2007. [actualizado 2 Mar 2014; citado 3 Mar 2014]. Disponible en: www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1002&itemid=-234k

12. Louro I. Modelo de salud del grupo familiar. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. Diciembre 2005 [citado 4 Mar 2014]; 31(4): 332-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000400011&lng=es
13. León D, Camacho R, Valencia MR, Rodríguez-Orozco R. Percepción de la función de sus familias por adolescentes de la enseñanza media superior. Rev Cubana Pediatr [Internet]. Septiembre 2008 [citado 21 Feb 2014]; 80(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312008000300004&lng=es.
14. Takase L, Mendes MA, Martins MM, Nassar S, Zunino R. The Family Dynamics of Elder Elderly in the Context of Porto, Portugal. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. Mayo 2011 [citado 21 Feb 2014]; 19(3): 458-466. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000300003&script=sci_arttext
15. Palomino Y, Suárez M. Instrumentos de Atención a la familia: el familiograma y el Apgar familiar. RAMPA [Internet]. Julio 2006 [citado 9 Mar 2014]; 1 (1): 48-57. Disponible en: <http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/N9C-PG48-CADEC%20Instrum%20Familia2A.pdf>
16. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Rev Aten Primaria [Internet]. 1996 [citado 8 Abr 2014]; 18(6): 289-296. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/articulo/validez-fiabilidad-del-cuestionario-funcion-14357>
17. Arias L, Herrera JA. El Apgar familiar en el cuidado primario de salud. Rev Colomb Med [Internet]. 1994 [citado el 9 de marzo de 2014]; 25 (1):26-28. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=20854&id_seccion=1616&id_ejemplar=2142&id_revista=108

18. Forero LM, Avendaño MC, Duarte ZJ, Campo-Arias A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala Apgar para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. Rev Colomb Psiquiatr Medica [Internet]. Marzo 2006 [citado 21 Feb 2014]; 35(1): 23-29. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000100003&lng=en.
19. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [Internet]. España: Panel sobre discriminación por origen racial o étnico: La percepción de las potenciales víctimas; c2010 [actualizado 1 Jun 2012; citado el 8 de abril de 2014]. Consejo para la promoción de la igualdad de trato y no discriminación de las personas por el origen racial o étnico; [aprox. 134 p.]. Disponible en: <http://www.contraladiscriminacion.com/>
20. Didoni M, Jure H, Ciuffolini B. La familia como unidad de atención [Internet]. Argentina: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionistas; c2010-2014 [citado 8 Abr 2014]. Disponible en: http://campus.hospitalitaliano.org.ar/file.php/1648/Familia_como_Unidad_de_Atencion_-_PAMI.pdf

ANEXOS

HOJA INFORMATIVA DEL ESTUDIO: “APLICACIÓN DEL TEST DE APGAR PARA VALORAR LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN FAMILIAS CON NIÑOS CON TDAH”

Los niños/as con TDAH tienen una personalidad y un comportamiento que requieren una buena funcionalidad familiar. Es importante conocer si existe un grado de disfunción familiar para prever una posible disminución en la efectividad de los cuidados aportados a estos niños/as y establecer la relación entre un diagnóstico de TDAH en edades tempranas y la aparición de una disfunción familiar.

Objetivo del estudio: Demostrar la relación existente entre la disfunción familiar medida mediante el TEST DE APGAR Familiar y tener un hijo/a en edad escolar, diagnosticado de TDAH, en el seno familiar.

Desarrollo del estudio:

Contactaremos con las familias por vía telefónica donde se les explicará el objetivo del estudio y se les ofrecerá la oportunidad de participar en él.

Todos los datos sobre la participación en el estudio serán confidenciales de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

La participación en el estudio será voluntaria (sin ningún tipo de compensación económica) y en cualquier momento podrá abandonar el mismo.

Una vez entregado y firmado el consentimiento informado se le citará en la consulta de su hijo/a para una entrevista individual y para realizar la autocumplimentación del test de APGAR Familiar.

Si tiene alguna duda sobre el estudio o le gustaría obtener más información puede ponerse en contacto con la enfermera/o de su hijo/a en su centro de salud o puede llamar al teléfono.....

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo I: Hoja informativa del estudio.

	CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR		
	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			

*Anexo III: Test de APGAR Familiar.*¹⁶

Family APGAR Questionnaire			
	Almost always	Some of the time	Hardly ever
I am satisfied with the help that I receive from my family when something is troubling me.			
I am satisfied with the way my family discusses items of common interest and shares problem solving with me.			
I find that my family accepts my wishes to take on new activities or make changes in my life-style.			
I am satisfied with the way my family expresses affection and responds to my feelings such as anger, sorrow and love.			
I am satisfied with the amount of time my family and I spend together.			
<p>Scoring: The patient checks one of three choices which are scored as follows: “Almost always” (2 points), “Some of the time” (1 point) or “Hardly ever” (0 point). The scores for each of the five questions are then totaled.</p> <p style="padding-left: 40px;">A score of 7 to 10 suggests a highly functional family.</p> <p style="padding-left: 40px;">A score of 4 to 6 suggests a moderately dysfunctional family.</p> <p style="padding-left: 40px;">A score of 0 to 3 suggests a severely dysfunctional family.</p> <p>According to which member of the family is being interviewed the physician may substitute the word “family” either spouse, significant other, parents or children.</p>			