



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN A LA SALUD
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE EPIDEMIOLOGÍA

Programa de Residencia Médica en Epidemiología

FACTORES ASOCIADOS A LAS LESIONES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL EN EL DISTRITO FEDERAL, 2012

TESIS

Para obtener el Grado como Especialista Médico en Epidemiología

PRESENTA

DRA. HILDA NEREYDA DEL CARMEN SELVERA

DIRECTOR

DRA. MARIA ELENA MÁRQUEZ CARAVEO

Facultad de Medicina

MEXICO D.F, JUNIO 2014.



DGE
DIRECCIÓN GENERAL
DE EPIDEMIOLOGÍA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

LIBERACIÓN DE TESIS

TITULO: Factores asociados a lesiones en niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención, en un hospital psiquiátrico infantil en el Distrito Federal, 2012

ALUMNA: Dra. Hilda Nereyda Del Carmen Selvera

DIRECTOR: Dra. María Elena Márquez Caraveo

LA TESIS PRESENTADA ES LIBERADA



DR. CUITLAHUAC RUIZ MATUS

**DIRECTOR GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA Y PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN
EPIDEMIOLOGIA**



**DR. JAVIER MONTIEL PERDOMO
COORDINADOR DE LA RESIDENCIA**



**DRA. MARÍA ELENA MÁRQUEZ CARAVEO
DIRECTOR DE TESIS**

México, D.F., Julio 2014

TITULO: Factores asociados a lesiones en niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” del año 2012.

ALUMNA: Hilda Nereyda Del Carmen Selvera.

DIRECTOR: Dra. María Elena Márquez Caraveo.

ASESOR: Dr. Felipe Salvador Sánchez Cervantes, Médico Epidemiólogo de la DGAE.

RESUMEN FINAL

Introducción: El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los desordenes más comunes en la infancia, caracterizado por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad. Uno de los riesgos que sufren estos niños es la alta prevalencia que existe de lesiones, estas son la primera causa de muerte en la infancia a nivel mundial y son prevenibles hasta en un 90%. Se estudiaron los factores de riesgo que se asocian a las lesiones en niños con TDAH en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Métodos: Se realizó un estudio transversal, retrospectivo. Se utilizaron 285 expedientes clínicos de los niños con TDAH del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" del año 2012.

Resultados: La edad media fue de 8.3 años con un rango de 2 a 17; los masculinos representaron el 83.2%; el 80% practican la religión católica; 79.6% no cuentan con ningún seguro médico; el 91.9% residen en el Distrito Federal; el 64,7% cuentan con antecedente de un familiar con padecimiento psiquiátrico; el 39.1% tienen antecedente de un familiar con TDAH; el 86% presentan diagnóstico de TDAH subtipo combinado. El 29.1% presentó algún tipo de lesión, se encontró asociación entre hacinamiento (RMP 1.97, p 0.006) y el hogar compuesto por una sola habitación (RMP 2.57, p <0.001) como factores de riesgo asociados a dichas lesiones.

Conclusión: Los factores moderadores y mediadores como los socioeconómicos como lo son el hacinamiento y la vivienda de una sola habitación representan un riesgo para el desarrollo de lesiones en niños y adolescentes con TDAH.

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo.

Miguel Padrón Regalado, por haberme apoyado en todo momento y cuidar de nuestro hijo mientras yo realizaba esta tesis.

A mi hijo.

Miguel Ángel, por sus sonrisas que me hacen crecer y sentirme muy afortunada de tenerlo conmigo.

A mis padres y hermanos.

Con los que he crecido y he compartido grandes momentos de mi vida, gracias por su apoyo constante.

A la Dra. María Elena Márquez Caraveo y al Dr. Felipe Salvador Sánchez Cervantes.

Por todo el apoyo y la paciencia que me tuvieron.

A mis amigos

Paty, Wera, Doris, Tere, Yoshee, Alih, Dulce, Martha y Ruth por el apoyo que me dan cada día, gracias por cada momento que han compartido conmigo.

INDICE

| | Página |
|---|--------|
| I. Introducción | 1 |
| II. Antecedentes | 1 |
| III. Planteamiento del Problema | 3 |
| IV. Justificación | 3 |
| V. Objetivos | 4 |
| V.1. Objetivo general | |
| V.2. Objetivos específicos | |
| VI. Material y métodos | 4 |
| VI.1. Diseño del estudio | |
| VI.2. Muestra y muestreo | |
| VI.3. Unidad de análisis | |
| VI.4. Criterios de selección | |
| VI.5. Variables | |
| VI.6. Logística | |
| VI.7. Análisis estadístico de los datos | |
| VII. Facultad y aspectos éticos | 7 |
| VIII. Recursos humanos, físicos y financieros | 8 |
| IX. Cronograma de Actividades | 8 |
| X. Resultados | |
| XI. Discusión | |
| XII. Conclusiones | |
| XIII. Bibliografía | 9 |
| XIV. Anexos | 10 |

I. INTRODUCCION

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los desordenes más comunes en la infancia, este desorden es caracterizado por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad. Uno de los riesgos que sufren estos niños es la alta prevalencia que existe de lesiones accidentales. Las lesiones accidentales son la primera causa de muerte en la infancia a nivel mundial y que éstos son prevenibles hasta en un 90%. Este estudio pretende encontrar que factores de riesgo se asocian a las lesiones accidentales en niños con TDAH en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, con la finalidad de realizar recomendaciones de prevención a los padres o tutores de los niños con este diagnóstico.

II. ANTECEDENTES

El TDAH según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th edition (DSM-IV) o trastorno hiperactivo según el CIE 10 (1992)² se define como un determinado grado de déficit de atención y/o hiperactividad-impulsividad que resulta desadaptativo e incoherente en relación con el nivel de desarrollo del niño y está presente antes de los 7 años de edad. Las manifestaciones clínicas deben persistir durante más de 6 meses. El cuadro debe ser más severo que lo observado en otros niños de la misma edad, el mismo nivel de desarrollo e inteligencia. Debe estar presente en varios ambientes como la familia, la escuela y los amigos. Debe producir serios problemas en la vida diaria. Además, este trastorno cambia con la edad y puede durar toda la vida. Es importante tener presente que, para diagnosticar un TDAH, los síntomas del cuadro clínico no pueden ser debidos a otro trastorno mental como esquizofrenia o autismo, entre otros, ni a ningún problema médico, ningún fármaco o ningún tóxico. El DSM IV propone tres tipos de TDAH: el combinado, el predominantemente inatento y el predominantemente hiperactivo-impulsivo.¹ Los criterios clínicos no cambiaron con la reciente publicación del DSM 5 (2013), sin embargo, agrega la ampliación del rango de edad de los 7 a los 12 años para poder observar los síntomas y diagnosticar el trastorno, también especifica situaciones para detectar el TDAH en la edad adulta.¹²

La prevalencia de TDAH es del 5.29% en los individuos menores de 18 años a nivel mundial, sin jugar un papel importante la ubicación geográfica. Se espera que hasta el 60% de estas personas persistan con este trastorno en la edad adulta. La relación entre los niños y las niñas es de 4:1.18 y en adultos es de 1:1.19. El subtipo más común es el combinado, con

un 50 a 75% de los individuos, seguido por el subtipo inatento con el 20 a 30% y finalmente el hiperactivo-impulsivo con menos del 15%.³

Un paciente con TDAH difícilmente será evaluado o diagnosticado en un servicio de urgencias pero si será atendido a causa de un accidente causado por dicho trastorno. El TDAH es un diagnóstico estrictamente clínico, no se puede resumir en dos síntomas, lo que significa que no toda persona que presente un accidente por falta de atención, hiperactividad o impulsividad será clasificada como TDAH.³

El 57% de los niños con este trastorno presentan alguna lesión, comparados con el 11% de los niños sanos. Un 15% tienen por lo menos cuatro o más lesiones graves, tales como fracturas, laceraciones, heridas en la cabeza, contusiones severas, pérdida de piezas dentales, o envenenamiento accidental. El 21% de los niños con TDAH sufren un envenenamiento accidental, comparado con el 7.7% de los niños sanos, en el caso de las fracturas la relación es del 23.2% comparado con el 15.1% de los niños sanos.

La probabilidad de lesión accidental en preescolares se relaciona con el grado de agresividad del niño. Los niños con TDAH son más propensos a ser agresivos u oposicionistas, lo que sugiere que esta característica los predispone a accidentes, sin embargo, la hiperactividad también es un factor predictivo en la presentación de lesiones accidentales, cuando se controlan los factores demográficos y socioeconómicos.⁴

Una de las explicaciones de que los niños con TDAH sean más propensos a las lesiones accidentales es por las conductas de riesgo que presentan y que aumentan la exposición a situaciones peligrosas, se considera que este riesgo es atribuible a los cambios cognitivos y conductuales que afectan negativamente la capacidad del niño para evaluar la probabilidad de lesión y de tomar las medidas apropiadas para evitar este riesgo.

Existen factores asociados con el aumento de tasas de lesiones en los niños, entre ellos encontramos: el sexo, con predominio de lesiones en los masculinos; la edad, en la cual encontramos que los preescolares y los adolescentes tienen la mayor riesgo; las características de la familia, entre estas se ha observado mayor incidencia de lesiones cuando es una familia monoparental^{6,7}; bajo nivel socioeconómico, evaluado por si se cuenta con seguro médico o no y con qué tipo de seguro cuenta; el nivel educativo de los padres, ya que entre más bajo el nivel es mayor el riesgo; los ingresos económicos de la familia.⁵; el lugar donde ocurrió la lesión, debido a que se conoce que la mayor cantidad de lesiones ocurre mientras se practica un deporte, seguido de la escuela y el trabajo.⁸

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el 90% de las lesiones de los niños sanos son resultado de hechos involuntarios o accidentales. Alrededor de 830 000 niños

mueren cada año a causa de lesiones, y cerca de 2300 cada día. Más de 1000 de estos niños podrían salvarse si en todo el mundo se aplicaran medidas de prevención de las lesiones de probada eficacia.⁹

Conforme a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) realizada en el año 2009, en México se conoce que la prevalencia del TDAH es del 2.4% en los adolescentes. Se refiere que de los trastornos mentales, el trastorno por déficit de atención registró el mayor uso de cualquier servicio médico con un 44%, sin embargo, se desconoce esta información en los niños¹⁰, por lo que tampoco se ha estudiado la relación que tiene dicho trastorno con las lesiones, siendo que los accidentes figuran entre las principales causas de muerte en México. En el año 2011, en la población general, las lesiones fueron la sexta causa de muerte en los niños menores de 5 años y la primera en los grupos de edad de 5 a 9 años, de 10 a 14 años y de 15 a 19 años. El Perfil Nacional de los Estados Unidos Mexicanos, del Observatorio Nacional, clasifica las lesiones como: Tránsito, Suicidios, Caídas, Ahogamientos, Quemaduras, Envenenamientos y Otros,¹¹ sin embargo, se pueden clasificar conforme CIE-10 en dos grandes grupos¹³:

Tipo de lesión:

- a) Traumatismos de cabeza y cuello
- b) Traumatismos de tórax, abdomen y pelvis
- c) Traumatismos de extremidad superior
- d) Traumatismos de extremidad inferior
- e) Lesiones múltiples
- f) Quemaduras y corrosiones
- g) Intoxicaciones
- h) Otras lesiones

Por causa externa:

- a) Caídas
- b) Accidentes de tránsito, vehículos con y sin motor
- c) Contactos traumáticos
- d) Agresiones interpersonales dentro del hogar
- e) Agresiones interpersonales fuera del hogar
- f) Lesiones autoinfligidas
- g) Otras causas externas de lesiones

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El TDAH es uno de los desordenes más comunes en la infancia, aproximadamente del 3 al 7% de los niños en edad escolar. Este desorden es caracterizado por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad. Existe una alta incidencia de lesiones en niños con este trastorno. Hasta un 57% de los niños con TDAH reportan una lesión accidental, comparado con el 11% de la población general.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México “Dr. Juan N. Navarro”, se desea conocer qué factores se asociaron a dichas lesiones en estos niños y adolescentes durante el año 2012.

IV. JUSTIFICACION

La primera causa de muerte infantil a nivel mundial son los accidentes, 9 de cada 10 de ellos se pueden prevenir. El envenenamiento, las quemaduras, las heridas, las fracturas y luxaciones y la obstrucción de la vía aérea son las principales lesiones que presentan los niños.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” durante el año 2012, los trastornos hipercinéticos ocuparon el cuarto lugar de causas de morbilidad, no obstante, las lesiones accidentales no figuran en las primeras 10 causas en sus diagnósticos, debido a que en estos pacientes no son un parámetro evaluado de manera habitual.

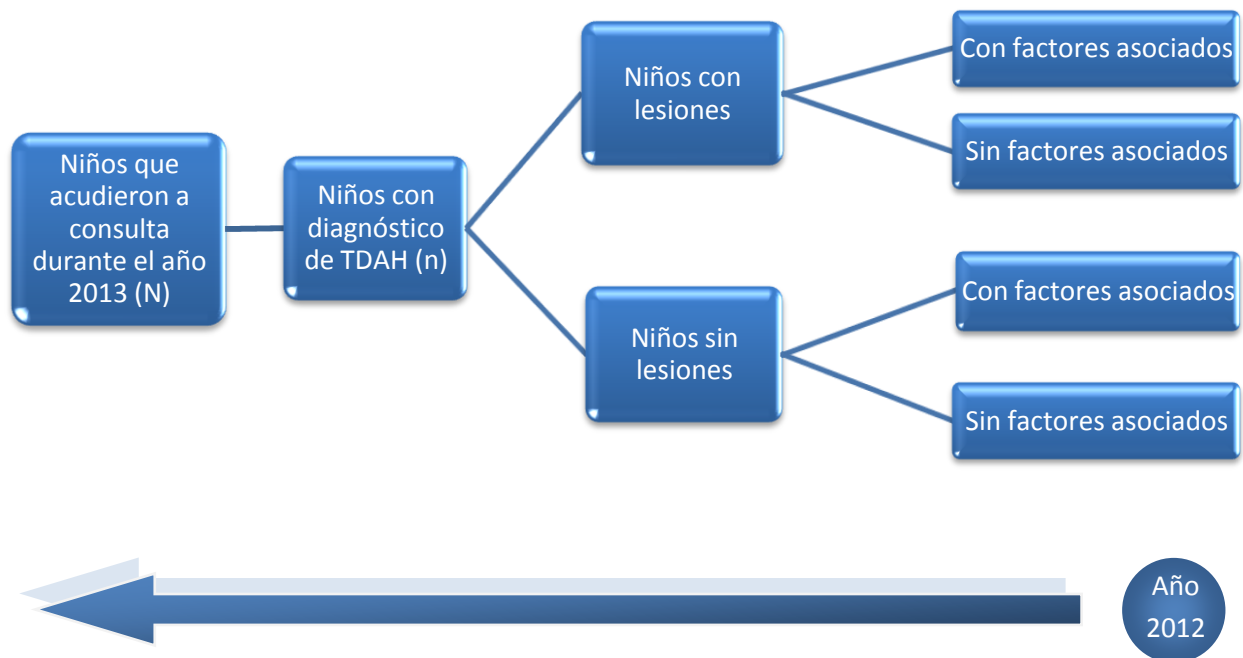
Con este estudio se desea conocer la prevalencia de los distintos tipos de lesiones en niños con TDAH, con la finalidad de enfocar las acciones preventivas para orientar a los padres de estos niños sobre los principales riesgos.

V. OBJETIVOS

- **Objetivo general**
 - Prevalencia de lesiones en pacientes con TDAH en un hospital especializado, 2012
- **Objetivos específicos**
 - Describir las características sociodemográficas de los pacientes evaluados.
 - Caracterizar los subtipos de TDAH conforme la clasificación de TDAH por el DSM IV.
 - Identificar los tipos de lesiones y clasificarlas.
 - Factores asociados a lesiones en esta población.

VI. MATERIAL Y METODOS

- **Diseño del estudio:**



Tipo de estudio: Se realizó un estudio *Transversal*, observacional, retrospectivo.

- **Muestra y muestreo**

Se revisaron 285 expedientes de niños y adolescentes que acudieron a consulta por diagnóstico de TDAH durante el año 2012 en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, seleccionados de forma *aleatoria sistemizada*.

La muestra se calculó por el programa Open Epi Versión 2, con una población de 1,163 pacientes con diagnóstico de TDAH en el año 2012 en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, con una prevalencia esperada del 57% y un intervalo de confianza del 95%. Dicho programa utiliza la siguiente ecuación.

$$\text{Sample size } n = \frac{DEFF \cdot Np(1-p)}{[(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} \cdot (N-1) + p \cdot (1-p))]}$$

- **Unidad de análisis**

Niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH durante el año 2012 al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, utilizando como fuente de información sus expedientes.

- **Criterios de selección de pacientes**

- a) *Inclusión*.- Niños y adolescentes que acudieron a consulta por diagnóstico de TDAH durante el año 2012 en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.
- b) *Exclusión*.- Expedientes incompleto: que no contengan historia clínica, hoja frontal, estudio socioeconómico y/o notas de evolución.

- **Definición de variables (Anexo 1)**

- a) **Variables dependientes:** Tipo de lesión

- b) **Variables independientes:** Individuales, familiares, de contexto, socioeconómicas, de lugar.

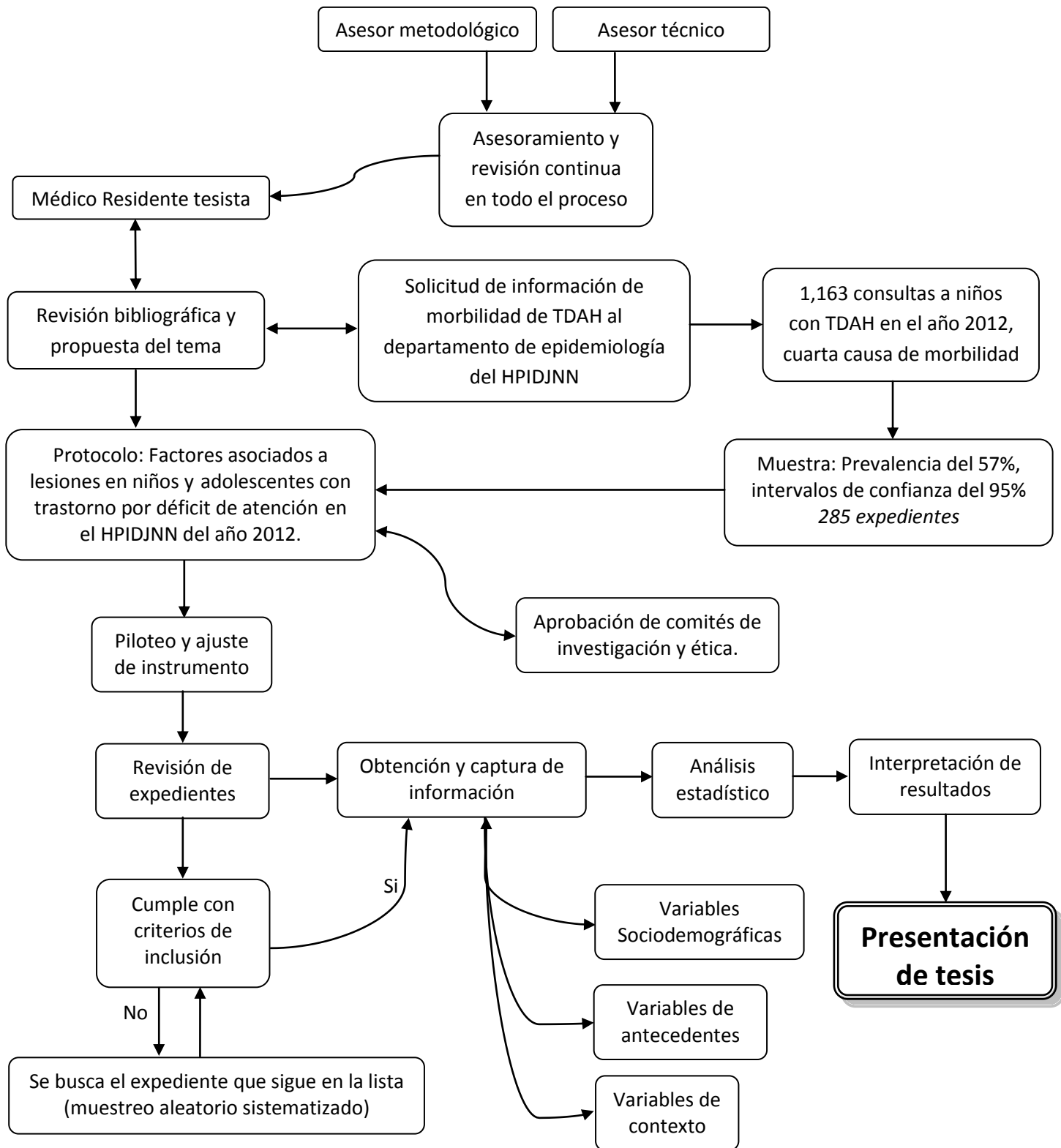
- **Análisis estadístico de los datos**

Para el cálculo de muestra se utilizó el programa Open Epi. La realización de la base de datos fue mediante una máscara de captura en el programa Epi Info, con capacidad de exportación a Excel, realizándose el análisis tanto en el programa STATA 12.0 Collage Station como en Epi Info versión 7. Se obtuvo lo siguiente:

1. **Análisis univariado:** medidas de resumen (tendencia central y dispersión), de acuerdo a la distribución de las variables, así como las proporciones de aquellas variables de tipo cualitativas.

2. **Análisis bivariado:** se calculó el riesgo de asociación (razón de momios para prevalencias) entre presentar una lesión y los factores asociados en estudio. Se realizaron pruebas de hipótesis (Ji cuadrada).

- **Logística**



VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó la información necesaria al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” mediante formato correspondiente por el área de Investigación de dicho hospital. El estudio se llevó a cabo con base en lo dispuesto en el **REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD**, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 06 de enero de 1987. Con respecto al Artículo 17, fracción I, la investigación es considerada sin riesgo ya que es un estudio en el que no se realizarán intervenciones o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de las personas que participaran en el estudio. (Anexos 2 y 3)

VIII. RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS

| Recursos | Descripción | Cantidad | Costo |
|-----------------|--|-----------------|--------------|
| Humanos | | | |
| Médico | Residente de epidemiología | 1 | \$0.00 |
| Físicos | | | |
| Suministros | Artículos de papelería (bolígrafos, hojas, grapadora, grapas...) | --- | \$0.00 |
| Computadora | Equipo procesador de computo | 1 | \$0.00 |

IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDADES | 2013 | | 2014 | | | | | |
|--------------------------------|------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| | Nov | Dic | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun |
| Realización del protocolo | ■ | | | | | | | |
| Revisión por comités | | | ■ | | | | | |
| Trabajo de campo | | | | ■ | | | | |
| Captura de información | | | | ■ | | | | |
| Análisis de datos | | | | | | ■ | | |
| Presentación del trabajo final | | | | | | | ■ | |

X. RESULTADOS

Se incluyeron en este estudio 285 niños y adolescentes con diagnóstico de Trastorno por déficit de atención en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2012.

La edad media de los pacientes fue de 8.3 años con una desviación estándar de ± 3.4 años y un rango de 2 a 17.

Se observó que los masculinos representan el 83.2% y las femeninas el 16.8%.

En el caso de religión, la proporción de pacientes Católicos fue del 80.0%, seguido de quienes dicen no practicar ninguna con un 9.1%, posteriormente la religión Cristiana con un 7.4% y los Creyentes con un 1.1%, siendo un 2.5% quienes practican otras religiones.

Los principales servicios médicos al que son derechohabientes lo pacientes son: ninguno 79.6%, Seguro Popular 13.3%, IMSS 1.8% e ISSSTE 1.1. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Características sociodemográficas de niños y adolescentes con TDAH en un hospital especializado, 2012

| Variable | Media | Rango |
|----------------------|---------|--------|
| Edad | 8.34 | 2 - 17 |
| | n (285) | % |
| Sexo | | |
| Masculino | 237 | (83.2) |
| Femenino | 48 | (16.8) |
| Religión | | |
| Católico | 228 | (80.0) |
| Ninguna | 26 | (9.1) |
| Cristiano | 21 | (7.4) |
| Creyente | 3 | (1.1) |
| Otras | 7 | (2.5) |
| Derechohabiencia | | |
| Ninguna | 227 | (79.6) |
| Seguro Popular | 38 | (13.3) |
| IMSS | 5 | (1.8) |
| ISSSTE | 3 | (1.1) |
| Otros | 2 | (0.7) |
| Se desconoce | 10 | (3.5) |
| Estado de residencia | | |
| Distrito Federal | 262 | (91.9) |
| Estado de México | 19 | (6.7) |
| Otros | 4 | (1.4) |

Fuente: Expedientes de niños y adolescentes con TDAH en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2012

Los pacientes evaluados residen en el Distrito Federal en el 91.9% (Cuadro 2), en el estado de México el 6.7% y en otros estados el 1.4%.

Cuadro 2. Delegaciones del Distrito Federal donde residen los pacientes con TDAH en un hospital especializado, 2012

| Delegación | n = 285 | % |
|---------------------|------------|------|
| Coyoacán | 52 | 18,2 |
| Iztapalapa | 55 | 19,3 |
| Tlalpan | 53 | 18,6 |
| Venustiano Carranza | 11 | 3,9 |
| Xochimilco | 35 | 12,3 |
| Otros | 79 | 27,7 |
| Total | 285 | |

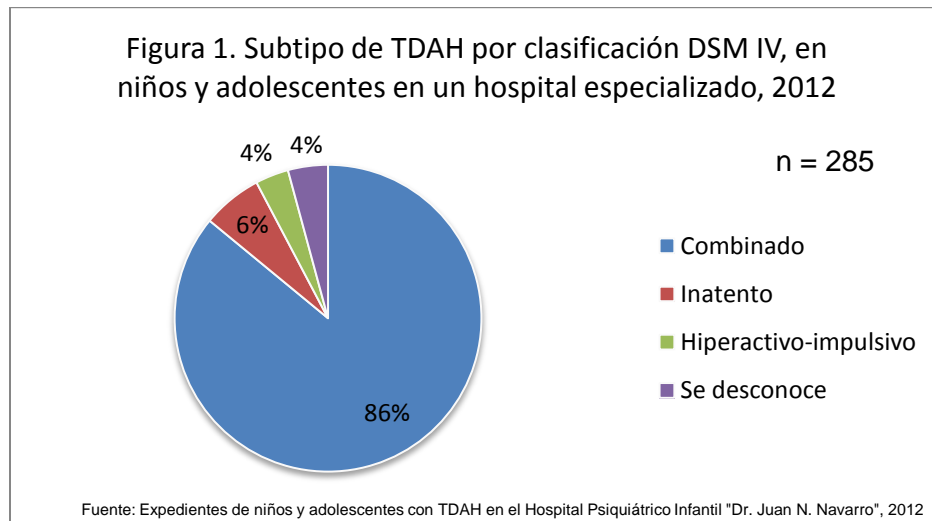
Fuente: Expedientes de niños y adolescentes con TDAH en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2012

La deserción escolar se presentó en el 9.1% del grupo de adolescentes (12 a 17 años).

El 80% de los pacientes fue diagnosticado con TDAH antes de la adolescencia, con una media de edad de diagnóstico de 8 años.

El 64.7% (86) cuenta con antecedente de una familiar con padecimiento psiquiátrico y el 39.1% (52) cuenta con antecedente de un familiar con TDAH, sin embargo, esta información se desconoce en el 53.3% (152) de los pacientes evaluados.

Se observó que el 86% de estos niños y adolescentes presentaron diagnóstico de TDAH subtipo combinado, seguido del subtipo inatento con el 6% y el hiperactivo-impulsivo en el 4% (Figura 1).



El 29.1% de los pacientes presentó algún tipo de lesión, siendo las más frecuentes: traumatismos craneoencefálicos 37.2%, fracturas 30.2% y hematomas y laceraciones múltiples con el 11.6% (Cuadro 3)

Cuadro 3. Tipos de lesiones en niños y adolescentes con TDAH en un hospital especializado, 2012

| Lesiones | n = 86 | % |
|------------------------------------|--------|------|
| Traumatismos craneoencefálicos | 32 | 37,2 |
| Fracturas | 26 | 30,2 |
| Hematomas y laceraciones múltiples | 10 | 11,6 |
| Lesión autoinfligida ¹ | 6 | 7,0 |
| Esguinces | 3 | 3,5 |
| Quemaduras | 2 | 2,3 |
| Otros | 7 | 8,1 |

Fuente: Expedientes de niños y adolescentes con TDAH en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2012

¹ Único tipo de lesión que refleja la causa externa.

En el cuadro 4 podemos apreciar los factores de riesgo que se evaluaron, encontrando asociación estadísticamente significativa con el hacinamiento y si el hogar está compuesto por una sola habitación.

Cuadro 4. Factores de riesgo asociados a lesiones en niños y adolescentes con TDAH en un hospital especializado, 2012

| Variable | RMP ¹ | IC 95% ² | p ³ |
|---|------------------|---------------------|----------------|
| Sociodemográficos | | | |
| Sexo | | | |
| Hombre | 1.08 | 0.55 - 2.23 | 0.42 |
| Mujer | | | |
| Derechohabiencia | | | |
| Ninguna | 0.93 | 0.47, 1.90 | 0.42 |
| Asegurado | | | |
| Comorbilidades | | | |
| Cuenta con algún otro diagnóstico psiquiátrico | | | |
| Si | 1.43 | 0.76, 2.79 | 0.14 |
| No | | | |
| Presenta como otro diagnóstico el trastorno oposicionista desafiante | | | |
| Si | 1.23 | 0.71, 2.14 | 0.22 |
| No | | | |
| Presenta como otro diagnóstico el soporte familiar inadecuado | | | |
| Si | 0.87 | 0.33, 2.10 | 0.48 |
| No | | | |

| Familiar | | | |
|---|------|------------|-------------------|
| Hogar monoparental | | | |
| Si | | | |
| No | 1.14 | 0.68, 1.92 | 0.31 |
| Madre adolescente | | | |
| Si | | | |
| No | 0.51 | 0.18, 1.24 | 0.10 |
| Hacinamiento | | | |
| Si | | | |
| No | 1.97 | 1.15, 3.37 | 0.006 |
| El hogar lo compone una sola habitación | | | |
| Si | | | |
| No | 2.57 | 1.50, 4.44 | < 0.001 |

Fuente: Expedientes de niños y adolescentes con TDAH en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2012

' Razón de momios de prevalencia

▣ Intervalos de confianza al 95%

& Nivel de significancia 0.05 a 2 colas

El 0.04% de las lesiones en niños y adolescentes con TDAH se explican por la influencia del hacinamiento y los hogares compuestos por una sola habitación.

XI. DISCUSIÓN

Al caracterizar a los niños y adolescentes con TDAH del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2012, se encontró que la relación hombre:mujer fue de 4:1, coincidiendo con la literatura, el 49.1% fueron menores de 7 años, con un rango de 2 a 17 años, situación que llama la atención, ya que el diagnóstico se realizó a muy temprana edad en el 35.8% de los pacientes. El 88% de la población mexicana refiere practicar la religión católica (INEGI), siendo para los pacientes estudiados el 80%. En el caso de la seguridad social, reflejada en este estudio como derechohabiencia, el 79.6% de estos niños y adolescentes no cuentan con ningún tipo de seguro comparado con la población mexicana donde el 25.4% (ENSANUT) de la población se encuentra en esta condición.

La OMS publica en el "Atlas de salud mental para niños y adolescentes" que es indispensable destinar el 10% del producto interno bruto de un país a las enfermedades mentales, en México se destina solo un 2%, cantidad que en su mayoría (80%) es utilizado en los hospitales psiquiátricos. En otro documento publicado por la misma institución titulado "Políticas y planes de salud mental en niños y adolescentes" recomienda una combinación óptima de estos servicios donde uno de los rubros es el de contar con servicios de psiquiatría en los hospitales generales, situación que permitiría la atención adecuada de niños y adolescentes con lesiones secundarias a patologías psiquiátricas, ya que se espera que sean atendidos en los servicios de urgencias de dichos hospitales, sin embargo en México no se cuenta con una organización que los incluya, por lo que no asombra que el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" proporcione servicios a pacientes derechohabientes de otras instituciones, así como de distintas áreas geográficas de la república mexicana.

Al evaluarse el nivel educativo de los padres encontramos que el 51.9% de las madres tiene nivel secundaria completo (9 años de estudio) y el 60.6% de los padres cuenta con nivel medio superior completo (12 años de estudio), siendo esto superior a la media nacional que refiere INEGI como 8.5 años de estudio.

Al caracterizar por subtipos de TDAH esperaríamos de un 50 a un 75% del subtipo combinado, 20 a 30% del inatento y 15% del hiperactivo-impulsivo, sin embargo, esta población presentó 86% del subtipo combinado, 6.3 inatento y 3.5 hiperactivo-impulsivo.

La literatura refiere que un 11% de los niños sanos presentarán lesiones y que esto se presentará en un 35 a 57% de los niños y adolescentes con TDAH, en este estudio se observó en un 29.1%, siendo las más frecuentes: traumatismos craneoencefálicos 37.2%, fracturas 30.2% y hematomas y laceraciones múltiples con el 11.6%, sin embargo, en este

estudio no se encontraron envenenamientos accidentales, lesión contemplada como una de las cuatro más frecuentes, aunada a las ya mencionadas.

Según la información de INEGI, en México se cuenta con un 22.1% de viviendas que presentan nivel de hacinamiento, en el caso de los pacientes evaluados, se tuvo esta condición en el 52%, siendo éste .

Se esperaba que hubiese predominio de lesiones en los masculinos, sin embargo, no encontramos un riesgo significativo.

La literatura refiere como factor de riesgo el tener una madre adolescente, esto no representó un riesgo en la población estudiada.

INEGI refiere que el 7.24% de las viviendas en el país están compuestas por un solo cuarto, para este estudio encontramos al 33.70% en esta condición.

XII. CONCLUSIONES

Los factores moderadores y mediadores como los socioeconómicos como lo son el hacinamiento y la vivienda de una sola habitación representan un riesgo para el desarrollo de lesiones en niños y adolescentes con TDAH

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. American Psiquiatry Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th edition (DSM IV). Washington, DC: 1994.
2. World Health Organization (WHO). The ICD-10 (CIE-10) Classification of Mental and Behavior Disorders. Geneva: WHO; 1992.
3. Reinhardt Marcelo C., Reinhardt Caciare A.U. Attention déficit-hyperactivity disorder, comorbidities and risk situations. *J Pediatr (Rio J)*. 2013; 89: 124-30.
4. Russell A. Barkley, Kevin R. Murphy. Attention-deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook, Volumen 2. Guilford Press, 2006 - 165 páginas.
5. Lee Garzon Dawn, PhD, CPNP, Huang Hongyan, PhD, and Todd Richard D., PhD, M.D. Do Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder Influence Preschool Unintentional Injury Risk?. *Arch Psychiatr Nurs*. 2008; 22: 288-296
6. Rowe Richard, PHD, Maughan Barbara, PHD, and Goodman Robert, PhD. Childhood Psychiatric Disorder and Unintentional Injury: Findings from a National Cohort Study. *Journal of Pediatric Psychology*. 2004; 29: 119-130.
7. Xiang Huiyun, MD, PhD, MPH, Stallones Lorann, PhD, MPH, Chen Guanmin, MD, PhD, Hostetler Sarah G., BA, and Kelleher Kelly, MD, MPH. Nonfatal Injuries Among US Children With Disabling Conditions. *American Journal of Public Health*. 2005; 95: 1970-1975.
8. Piyal Birgul, Mine Esin Ocaktan, Recep Akdur, Yilmaz Mustafa Soner, İkinci Sevil, Celik Safa. Evaluation of unintentional injuries sustained by children: A hospital based study from Ankara-Turkey. *Pak J Med Sci*. 2013; 29; 832-836.
9. World report on child injury prevention. World Health Organization, 2008
10. Medina-Mora, ME, Borges G, Benjet, C., Lara, C., Rojas, E., Fleiz, C., Zambrano, J., Illatoro, J., Blanco, J., & Aguilar-Gaxiola, S.A., (2009). Estudio de los trastornos mentales en México: resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental. In J. Rodríguez, R. Kohn, S.A. Aguilar-Gaxiola (eds.). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: PAHO, 79 - 89.
11. Perfil Nacional, Estados Unidos Mexicanos. Observatorio Nacional de Lesiones 2006-2011.
12. American Psiquiatry Association (APA). 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th edition (DSM 5). Washington, D.C. 5th edition.
13. Alan E. Kazdin. 1998. *Methodological Issues and Strategies in Clinical Research*. Washington, D.C. American Psiquiatry Association. 2nd edition.