



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

**Instituto Mexicano del Seguro Social  
UMAE Complementaria  
Hospital Regional de Psiquiatría Unidad “Morelos”**

**SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y DEPRESIVA EN MADRES DE  
ESCOLARES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE  
ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.**

## **TESIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**Presenta  
Dra. Sofía Margarita Colores Ramos Clamont**

**Asesor Metodológico  
Dra. Claudia Fouilloux Morales**

**Asesor Teórico  
M en C. Virginia Barragán Pérez**

**México D.F a 29 de Febrero de 2012**



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 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.

## **INDICE GENERAL.**

<b>I.- Antecedentes</b>	<b>3</b>
<b>II.- Planteamiento del Problema</b>	<b>10</b>
<b>III.- Justificación</b>	<b>11</b>
<b>IV.- Objetivos</b>	<b>12</b>
<b>V- Metodología</b>	<b>16</b>
<b>VI.-Aspectos Éticos</b>	<b>17</b>
<b>VII.- Resultados</b>	<b>18</b>
<b>VIII- Discusión</b>	<b>24</b>
<b>IX.- Conclusiones</b>	<b>26</b>
<b>X.- Referencias</b>	<b>27</b>
<b>XI.- Anexos</b>	<b>31</b>

## **I. ANTECEDENTES**

### **INTRODUCCIÓN**

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad es una de las alteraciones infantiles más frecuentes y que ha generado numerosas investigaciones en la psicopatología infantil. Este trastorno ocasiona numerosos problemas en la familia, en la escuela y en la sociedad; así como importantes consecuencias en el desarrollo del niño. La prevalencia mundial se estima entre un 3-7%, que afecta aproximadamente a 36 millones de personas. Para Latinoamérica la prevalencia estimada es de 5.29% (1).

Aunque se trata de un trastorno que tiene su inicio en la infancia temprana en donde se puede encontrar sintomatología desde los 3 años, no se suele diagnosticar sino hasta la edad escolar. La explicación de este hecho es que la escolaridad exige patrones de comportamiento estructurados, incluido un desarrollo apropiado del nivel de atención y concentración que no tiene el niño con TDAH (2).

Una característica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es la persistencia de los síntomas, ya que más del 80% de los niños que presentan el trastorno continuarán padeciéndolo en la adolescencia y en más del 50% de los casos hasta la edad adulta (3-5).

Los síntomas varían a lo largo del ciclo vital, de manera que al principio son más frecuentes las conductas relativas a exceso de actividad e impulsividad, mientras los síntomas atencionales se hacen evidentes tardíamente, cuando comienzan las exigencias académicas, laborales y sociales, pero se mantienen a lo largo del tiempo. (6-7). Se ha demostrado que los niños con TDAH presentan altos niveles de comorbilidad con otros trastornos, estando presente en cerca de dos terceras partes de los pacientes (8). La presencia de comorbilidades complica el proceso diagnóstico oportuno, al igual que el manejo terapéutico dado que repercute en una evolución más desfavorable del trastorno(9).

Biederman y col. en una revisión de estudios sobre la comorbilidad del TDAH, concluyen que existe una asociación importante entre este trastorno y el trastorno de conducta, trastornos afectivos, ansiedad, dificultades en el aprendizaje y síndrome Gilles de la Tourette (10-11).

En definitiva, cuando se diagnostica a un niño el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, nos encontramos ante una patología de inicio temprano, con alteraciones crónicas en las funciones cognoscitivas y conductuales que son necesarias para que se

produzca adecuadamente la adaptación en la escuela, la familia y en la sociedad, es decir, en todos los contextos de desarrollo.(12-13)

### **MANEJO DEL TDAH**

El tratamiento de los pacientes con TDAH debe planificarse bajo una perspectiva multidimensional, basado en el uso complementario de los recursos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos necesarios, y en estrecha coordinación entre los profesionales (médicos, psicólogos y educadores) y la familia.

Los objetivos del tratamiento son principalmente el control de los síntomas del TDAH, la comorbilidad asociada y la repercusión sobre el entorno familiar, escolar y social del paciente. La psicoeducación es fundamental en estos pacientes y sus padres (14-15).

### **DIFICULTADES EN LA CRIANZA DEL NIÑO TDAH.**

La crianza es un proceso complejo que incluye, por una parte, la obligación de los padres de cubrir todas las necesidades del niño tanto físicas como afectivas y psicosociales, y por otra, posibilitarle aprendizajes y unas condiciones estimulantes que favorezcan su desarrollo biopsicosocial.

El modelo ecológico establece que la conducta parental está determinada por factores individuales, como las características de personalidad de los padres o de los hijos; factores evolutivos, factores familiares, factores sociales, y factores contextuales. Todas estas variables desencadenan unos comportamientos y actitudes concretas que marcan un estilo educativo propio de cada familia (16).

Los modelos de crianza - entendidos como la forma de inculcar disciplina, hábitos o valores - no se desarrollan de forma unilateral en los padres sino que se dan en un marco de relaciones en donde los padres reciben mensajes verbales y no verbales de sus hijos y, con ello, modulan sus estilos de crianza. Padres e hijos reciben retroalimentación bidireccional que va configurando su estilo educativo. Las características personales de los padres y de los hijos (saludables o patológicos), influirán sobre los propios modelos de crianza que se lleven a cabo en el entorno familiar (17-18).

Bullard, en un estudio con padres de niños con TDAH de 6 a 12 años, realizó un análisis cualitativo de las percepciones que tenían y el impacto que les había ocasionado el problema. Según este trabajo, las principales preocupaciones que estos padres manifestaban son las siguientes (19):

- Comportamiento imprevisible ante la severidad de la conducta problemática.

- Alteraciones en las relaciones matrimoniales, en la relación con los hermanos y con la familia extensa.
- Aislamiento social de los padres: menos visitantes en su casa y reducción de las visitas fuera de casas debido a los problemas de la conducta del niño, la desaprobación de los otros y el nivel de demandas que requiere el niño.
- Dificultades en la escuela: relación con el maestro, exigencia de una mayor planificación y supervisión de las tareas escolares.
- Sentimientos emocionales de frustración, culpa, desesperación y agotamiento.
- Dilemas de la medicación: esfuerzos por encontrar la dosis terapéutica adecuada y los efectos de la misma.

En una investigación realizada con 36 familias de niños hiperactivos de la Comunidad Valenciana, también se evidenciaron importantes problemas en la crianza del niño con TDAH: el 100% de los padres consideraban que la convivencia les resultaba mucho más difícil que con otro niño de su misma edad, el 88% de los padres mostraban un nivel muy elevado de estrés, el 75% consideraban que no eran capaces de manejar el comportamiento de su hijo, el 50% manifestaban que podrían ser mejores padres, el 50% mantenía más enfrentamientos maritales a causa de su hijo, el 31% presentaban restricciones en la vida social y el 44% consideraban que el niño con TDAH incomodaba a sus hermanos(20).

Un estudio internacional, “Convivir con el TDAH: desafíos y esperanzas” realizado por la Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH) en 2004, se planteó como objetivo incrementar la conciencia y comprensión internacional sobre el impacto del TDAH en los niños y sus familias. Se entrevistaron 930 padres de niños con TDAH de 9 países: Australia, Alemania, México, Países Bajos, Estados Unidos, Canadá, Italia, España y Reino Unido. Los resultados referidos al impacto familiar fueron los siguientes: el 88% de los padres a menudo están estresados y preocupados acerca del TDAH de su hijo; el 87% está preocupado por su éxito académico; el 58% considera que su hijo ha sido excluido de actividades sociales debido a los síntomas de TDAH; el 39% piensa que causa problemas con otros en el vecindario, el 60% cree que se ven alteradas las actividades familiares, el 50% considera que su matrimonio se ha visto negativamente afectado, y el 43% advierte que es difícil ir a lugares con su hijo (21).

En todos los estudios referenciados se pone de manifiesto la dificultad que experimentan los padres para hacerse cargo de la crianza del niño con TDAH, sobre todo por sus comportamientos difíciles e imprevisibles: no sigue las normas, discute con

los padres y hermanos, tiene problemas académicos y sociales en la escuela y no está integrado socialmente.(22-23)

Los niños con TDAH se pueden considerar “niños difíciles” por sus características temperamentales. Nacen con una predisposición biológica a presentar dificultades en la atención e inhibición de los impulsos, y necesitan más estimulación que otros niños de su edad. Son menos dóciles y sumisos, presentan expresiones de humor negativo, muestran desobediencia, impulsividad y fluctuaciones en su comportamiento. Además, tienen una probabilidad claramente mayor de padecer trastornos psiquiátricos adicionales, en más del 60% de los casos, como ya se ha comentado anteriormente. Con todas estas características hacen difícil la crianza a sus padres. (17,24-25).

La investigación ha demostrado que los padres de niños diagnosticados de TDAH tienen alto riesgo de tensión parental, lo que Freixa denomina “estrés paranormativo”, es decir, aquellos acontecimientos no normativos a los que la familia de estos niños tiene que enfrentarse y que no se producen en la crianza de un niño normal (26).

Los padres de niños con TDAH poseen responsabilidades parentales adicionales en la crianza, deben tratar con muchas personas que no entienden el problema y tienen que acomodarse a las necesidades especiales de estos niños como el etiquetado, la medicación, los registros, las tareas, etc.

El estrés ocasionado por la crianza de los niños con TDAH afecta a las relaciones familiares, genera insatisfacción parental, y está relacionado con la posible manifestación de problemas psicopatológicos en los padres ligado principalmente con la severidad de los síntomas conductuales del niño.

Anastopoulos, llevó a cabo un estudio con el fin de examinar los niveles de estrés parental en el que participaron 104 niños con una edad inferior a los 11 años, divididos en dos grupos, control (sin TDAH) y experimental (con TDAH). Los padres respondieron diferentes escalas en las que se evaluaba la presencia de distintos estresores en la familia, trabajo, etc. Los resultados de los análisis de regresión evidenciaron que, en conjunto, los padres que tenían hijos con TDAH estaban más estresados, experimentaban más ansiedad en su hogar y en su vida familiar y se sentían más cansados debido al constante comportamiento perturbador de su hijo (27).

Beck examinó las características parentales y percepciones sobre la crianza de niños diagnosticados como hiperactivos y de un grupo control, utilizando la escala de estrés parental (PSI) de Abidin (28). Las madres de niños hiperactivos informaron un nivel de tensión significativamente mayor en relación con su hijo (percentil 98) que las madres

de niños control (percentil 21). Las madres de niños hiperactivos se evaluaron como más deprimidas, menos competentes, con más restricciones, y más frustradas que las madres del grupo control. Como resultado del diagnóstico de TDAH del hijo y el nivel de tensión que experimentan en su crianza, es bastante probable que muchas madres lleguen a presentar sintomatología ansiosa y depresiva.

Una investigación de Harvey en la que participaron un grupo de familias con hijos con TDAH y otro grupo de control, ha examinado de forma bastante precisa cómo el TDAH provoca discusiones entre la pareja y afecta al matrimonio (29).

Byrnes evaluó la severidad de las conductas del niño, el nivel de tensión parental y el nivel de depresión de 35 madres de niños con TDAH. Los resultados pusieron de manifiesto la existencia de una relación estadísticamente significativa entre las puntuaciones de severidad del TDAH y las puntuaciones de tensión parental. También se encontró una relación significativa entre el nivel de tensión y depresión materna (30).

Estudios más recientes apuntan en la misma dirección. Kashdan, pidió a madres de niños con TDAH que cursaban educación primaria que completaran numerosas escalas para medir la ansiedad, inseguridades, habilidades de afrontamiento, conducta adaptativa y depresión. La mayoría de las madres tenían un funcionamiento adaptativo por debajo de la media, más estrés y ansiedad y menos capacidad para enfrentarse eficazmente con situaciones difíciles y puntuaciones muy altas en depresión (31).

McCormick encontró que la depresión en las madres de los niños con TDAH fue significativamente mayor que la que se encuentra en pacientes ambulatorios de atención primaria. Se ha encontrado una incidencia de 17,9% para depresión mayor y el 20,5% para depresión menor en las madres de niños con TDAH; en comparación con 4% - 6% y 6% - 14%, respectivamente, en la atención primaria de pacientes ambulatorios.

Respecto a la ansiedad en una revisión reciente, Modesto-Lowe y col mostraron que con escalas propias del hospital las madres de los niños con TDAH pueden presentar mayores niveles de angustia en comparación con madres de un grupo control (32).

En un estudio comparativo realizado por Ramli Bin Musa en Malasya en 2008 donde se aplicaron a un grupo de madres de niños con TDAH y a un grupo control escalas propias de su hospital, concluyó que las madres de niños con TDAH presentan mayor estrés psicológico y la sintomatología ansiosa de algunas de ellas se debía principalmente al comportamiento de sus hijos en comparación con el grupo control (33).

Algunas investigaciones han considerado también la existencia de factores de riesgo que pueden actuar como desencadenantes de problemas disruptivos e incluso de TDAH. Así, Barry y col. analizaron cómo el estrés materno, la sintomatología depresiva y/o ansiosa influyen en los problemas de comportamiento disruptivo en niños. En una muestra de 215 niños de edades comprendidas entre 9 y 12 años, madres y profesores evaluaron los problemas motivados por el comportamiento disruptivo de los niños. Las madres proporcionaron además información sobre el grado de estrés parental, de depresión y/o ansiedad que padecían. Los análisis estadísticos de regresión mostraron una relación significativa entre estrés parental y comportamiento disruptivo de sus hijos, manifestado por la madre, incluso controlando el nivel socioeconómico. Los resultados también indican una relación significativa entre la depresión y ansiedad de la madre y el comportamiento disruptivo infantil (34).

En el 2009, en Brasil, Segenreich y col. aplicaron a madres de niños con TDAH, el inventario de Beck para sintomatología depresiva y el IDARE para sintomatología ansiosa. Encontraron que el 25% de las madres de niños con TDAH presentaban sintomatología depresiva en comparación al grupo control en donde se encontró el 15 %. Respecto a la ansiedad rasgo y estado los porcentajes en las madres de niños con TDAH fueron 24 y 21% respectivamente, en comparación con el grupo control que presentó un 16 y 20 %. (35)

Un estudio realizado en Irán reportó que en el 20% de las madres de niños con TDAH había depresión leve y en un 10% moderada. En el grupo control, la depresión leve y moderada se reportó 7.6% y 3.3%, respectivamente. Las diferencias entre la ansiedad y depresión en las madres de niños con TDAH y el grupo control fueron significativas (36).

En una tesis realizada en México por Mayra Hernández en 2007, se midió la depresión madres de niños y adolescentes con psicopatológica, y se encontró que el 50% de las madres de los niños con diagnóstico TDAH cursaba con depresión. Sin embargo respecto a la sintomatología ansiosa no se encontraron estudios publicados.

Por lo anterior, la adecuada salud psicosocial de la madre puede ser un factor protector para el adecuado desarrollo del niño con TDAH. Por ello las características psicopatológicas de la madre, aunque no se consideran un factor causal del problema, sí pueden agravar los síntomas asociados.

Algunos trabajos evidencian que los síntomas de depresión y ansiedad materna desempeñan un papel básico en las relaciones materno-filiales con el niño TDAH; de

manera que las madres con esta sintomatología manifiestan más prejuicios negativos sobre los síntomas de sus hijos y esto influye en la exageración de los síntomas con el riesgo de la sobre-medicación del niño y una mayor frecuencia en el uso de servicios de salud. Se ha asociado que si no se trata la patología materna pueden presentarse malos resultados en los niños con tratamiento psiquiátrico (37).

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los padres tienen un rol extremadamente valioso y esencial para el tratamiento del TDAH, por lo que la estabilidad emocional de los padres y sus habilidades cognitivas, se consideran factores protectores en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención de hiperactividad (20). Al contrario, la trascendencia de la psicopatología de los padres ha acaparado la atención en los últimos años, a medida que los expertos reconocen que la salud mental de los padres puede afectar el desarrollo y el bienestar del niño, el apego al tratamiento, así como empeorar el pronóstico de sus hijos que cursan con TDAH (39).

En México poco se ha estudiado sobre la sintomatología depresiva de las madres de niños y adolescente con psicopatología..

Llama la atención que en estudios similares a éste realizados en otros países han reportado resultados muy divergentes, que van desde el 25 % al 63 % de sintomatología depresiva, y la frecuencia de la sintomatología ansiosa del 21% al 100%.(36-37)

Teniendo en cuenta que las propuestas terapéuticas multidimensionales más recientes en escolares latinoamericanos -en donde se incorporaron intervenciones psicosociales en combinación con el tratamiento farmacológico-, confieren ventajas a lo largo del tratamiento, y que la salud mental de los padres es fundamental para llevarlas a cabo, es importante prestar atención a la psicopatología materna y dar atención a la misma (15).

Todo lo anteriormente expuesto genera la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de madres de niños en edad escolar con diagnóstico de TDAH que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Psiquiátrico Morelos con sintomatología depresiva y ansiosa?

### III. JUSTIFICACIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un problema importante de salud pública debido a varias razones, tales como su alta prevalencia, el inicio en etapas precoces de la infancia, así como la afectación de las diferentes esferas comportamentales (familiar, escolar y social), y su alta comorbilidad (36)

Para este trastorno las medidas terapéuticas actuales para niños latinoamericanos proponen un manejo multidimensional en donde los padres desempeñan un papel fundamental. Si los padres cursan con un trastorno afectivo como es la depresión y/o ansiedad pueden presentar dificultades para llevar a cabo adecuadamente las recomendaciones psicoeducativas propuestas para la crianza de sus hijos con TDAH así como el apego a su tratamiento farmacológico, ya que las características de la sintomatología depresiva pueden estar manifestadas por tristeza, pesimismo, culpa, irritabilidad, retraimiento, indecisión y fatigabilidad. Y para la ansiedad miedo, preocupación, angustia, dificultades para tomar decisiones y enfrentar los problemas.

Por lo anterior la adecuada salud psicosocial de la madre puede ser un factor protector para el adecuado desarrollo del niño con TDAH. Por ello las características psicopatológicas de la madre, aunque no se consideran un factor causal del problema, sí pueden agravar los síntomas asociados.

En los trabajos realizados por Chi T., Segenreich D. y Soltanifar evidencian que los síntomas de depresión maternal desempeñan un papel básico en las relaciones maternofiliales con el niño TDAH, de manera que las madres con sintomatología ansiosa y depresivas manifiestan más prejuicios sobre los síntomas de sus hijos y esto influye en la exageración de los síntomas con el riesgo de la sobremedicación del niño y mayor frecuencia en el uso de servicios de salud. Se ha asociado la psicopatología materna con malos resultados en el apego al tratamiento psiquiátrico de sus hijos. (35-37).

En el 2010, según los reportes de Morbilidad de la consulta externa del Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos, el TDAH fue la séptima causa de consulta general y la primera para la población infantil. En el 2011 se otorgaron más de 800 consultas por este motivo según los reportes del SIMO.

Por todo lo anterior, la importancia de la detección de la sintomatología ansiosa y depresiva en estas madres, su referencia y su tratamiento adecuado, puede ayudar a llevar de mejor manera el tratamiento multimodal recomendado para sus hijos con TDAH, el control y mejorar su pronóstico.

#### **IV. OBJETIVO GENERAL**

Conocer la frecuencia de madres de niños escolares con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad que asisten a la consulta externa del Hospital Regional de Psiquiátrico Unidad Morelos que presentan sintomatología ansiosa y depresiva.

#### **Objetivos específicos**

-Conocer la frecuencia de madres de niños escolares con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad que asisten a la consulta externa del Hospital Regional de Psiquiátrico Unidad Morelos con sintomatología depresiva

-Conocer la frecuencia de madres de niños escolares con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad que asisten a la consulta externa del Hospital Regional de Psiquiátrico Unidad Morelos con sintomatología de ansiedad estado

-Conocer la frecuencia de madres de niños escolares con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad que asisten a la consulta externa del Hospital Regional de Psiquiátrico Unidad Morelos con sintomatología de ansiedad rasgo.

- Identificar la intensidad de la sintomatología depresiva en madres de niños escolares con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad que asisten a la consulta externa del Hospital Regional de Psiquiátrico Unidad Morelos.

- Identificar los síntomas de depresión, ansiedad rasgo y ansiedad estado más frecuentes en madres de niños escolares con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad que asisten a la consulta externa del Hospital Regional de Psiquiátrico Unidad Morelos.

## **V. METODOLOGIA.**

### **A. Participantes:**

**MUESTRA:** Selección por conveniencia del universo de madres de niños entre 6 y 12 años de edad con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad que asisten a la consulta externa de psiquiatría de Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos.

**TIPO DE ESTUDIO:** Observacional, transversal, descriptivo.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **Criterios de inclusión:**

- Madres de niños escolares de educación primaria con diagnóstico de TDAH (según el criterio clínico del especialista) que asistieron a la consulta externa de psiquiatría del HRP UM.
- Que aceptaron participar del estudio y firmen el consentimiento informado.
- Que sabían leer y escribir

#### **Criterios de no inclusión:**

- Madres con alteraciones físicas y/o psicopatológicas evidentes que no les permitieron contestar los cuestionarios.

#### **Criterio de eliminación:**

- Cuestionarios con más del 20%de las preguntas sin contestar.

## **B. Instrumentos.**

### - Inventario de depresión de Beck. (IDB)

El inventario de depresión de Beck es un cuestionario autoaplicable tipo likerts consistente en 21 preguntas. Dicho instrumento evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos, y para cada pregunta hay 4 opciones de respuesta. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63 puntos, donde 63 representa la severidad máxima.

Esta herramienta ha sido validada en México por Torres, Hernández y Ortega en 1991 y Jurado y cols. en 1998 con consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.87. (40-41).

Quien estableció el punto de corte para la población mexicana en 10 puntos.

Los puntos de corte aceptados para graduar la intensidad son:

Sin depresión de 0 a 9 pts

Depresión leve de 10 a 18 pts

Depresión moderada de 19 a 29 pts

Depresión grave 30 pts o más.

### -El inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE)

Es un instrumento de medición autoaplicable tipo likert dividido en 2 partes, la primera pretende medir la ansiedad como “estado” con 20 proposiciones y 4 posibles respuestas: nada, un poco, bastante, y mucho, valoradas con 1, 2, 3 y 4 respectivamente.

En la segunda parte se pretende medir la ansiedad como “rasgo”, igualmente con 20 enunciados y 4 posibles respuestas: casi nunca, a veces, frecuentemente y casi siempre, evaluadas con 1, 2, 3 y 4.

Las puntuaciones globales van de 20 hasta 80 para cada subescala. Los puntos de corte para la subescala de ansiedad – estado es de 47, mientras que para ansiedad – rasgo es de 43. La última validación en México de esta escala fue realizada por García y cols (2010), con alfa Cronbach de 0.89 (42).

### **C. Variables:**

#### Síntomas Depresivos

- Tipo de variable: Dependiente.
- Definición conceptual: Condición caracterizada por la presencia de varios de los siguientes síntomas: Tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativas de castigo, auto desprecio, autoacusación, ideas suicidas, episodios de llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, cambios en la imagen corporal, enlentecimiento, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupaciones somáticas y/o bajo nivel de energía sexual.
- Instrumento de medición: Inventario de depresión de Beck de 21 reactivos.
- Definición operacional. El rango de puntuación total del Inventario de depresión de Beck va de 0 a 63 puntos, no depresión 0 – 9 puntos, depresión leve 10 – 18, depresión moderada 19 – 29, depresión grave 30 o más puntos.  
Calificación mínima de 10 puntos del inventario de depresión de Beck

#### Síntomas de Ansiedad - Estado

- Tipo de variable: Dependiente. Cualitativa ordinal.
- Definición conceptual: Condición caracterizada por inquietud, nerviosismo, miedo, preocupación, temor y/o angustia que se encuentra presente en un momento dado.
- Instrumento de medición: Inventario de ansiedad de rasgo – estado
- Definición operacional: Puntuación mínima de 47 puntos en la sub escala de ansiedad – estado del inventario de ansiedad de rasgo – estado.

#### Síntomas de Ansiedad – Rasgo

- Tipo de variable: Dependiente. Cualitativa ordinal.
- Definición conceptual: Tendencia a presentar una condición caracterizada por inquietud, nerviosismo, miedo, preocupación, temor y/o angustia que se encuentra presente de manera frecuente y/o persistente.
- Instrumento de medición: Inventario de ansiedad de rasgo – estado.
- Definición operacional: Puntuación mínima de 43 puntos en la subescala de ansiedad – rasgo del inventario de ansiedad de rasgo – estado.

**D. Procedimiento** Durante el mes de Enero de 2012 se identificaron a aquellos niños que asistieron a la C.E de Psiquiatría con diagnóstico de TDAH y se seleccionaron a las madres que cumplieron con los criterios de inclusión; se realizó una invitación personal a participar en el estudio, y se explicó individualmente acerca de los instrumentos a utilizar y lo que estos evalúan. Una vez que aceptaron participar en el estudio se entregaron las encuestas y el material necesario para contestarlo, y se les pidió que firmaran el consentimiento informado. La primera parte consistió en una serie de datos sociodemográficos, posteriormente la autoaplicación del inventario de Beck, para detectar la sintomatología depresiva, siguiendo con el inventario de ansiedad rasgo-estado cuya aplicación la supervisó un médico residente en la especialidad de psiquiatría de 4to año.

Posteriormente se realizó la calificación de la encuesta y se informó a las madres de sus resultados, dándoseles orientación y refiriéndolas al servicio correspondiente en caso de haber resultado con sintomatología ansiosa y/o depresiva. A su vez, se realizó la concentración de la información en el programa SPSS.17 para llevar a cabo el análisis estadístico y posteriormente se redactó la discusión y las conclusiones.

**Análisis estadístico:** Para dar respuesta al planteamiento de esta tesis respecto a conocer el número de madres que presentaron sintomatología depresiva y ansiosa se realizó un análisis de frecuencias.

## **VI. ASPECTOS ÉTICOS**

El presente proyecto de investigación no viola la declaración de Helsinki de 1964, ni en sus modificaciones hasta el 2008 para la investigación en seres humanos. Así mismo, este proyecto sigue los lineamientos establecidos de los estatutos de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos (Título Quinto, Artículo 100 en sus siete fracciones y Artículo 101), así como las normas dictadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

La confidencialidad será el principio ético que regirá todo el proceso de investigación. Como se mencionó previamente, se pedirá el consentimiento informado a las participantes, en donde se especificará que en caso de identificar a madres con altas puntuaciones para depresión y/o ansiedad, se derivará a donde al servicio de psiquiatría corresponda para valoración y tratamiento. A su vez, se les proporcionará una hoja con recomendaciones para la crianza de sus hijos.

## VII. RESULTADOS

La muestra total estuvo constituida por un total de 50 mamás (media de edad: 35.2, DE + 5.6, rango: 24 a 48) de niños con diagnóstico de TDAH

La mayoría de las mujeres estaban casadas (76,0%) y solo el 4.0% vivían en unión libre. El 40.0% de las madres tenían una escolaridad secundaria y el 38.0% de preparatoria. El 66.0% se dedicaban al hogar. (Tabla 1)

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las madres.

	n	%
<b>Estado civil</b>		
Soltera	3	6.00
Casada	38	76.00
Separada	7	14.00
Unión libre	2	4.00
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	1	2.00
Secundaria	20	40.00
Preparatoria	19	38.00
Licenciatura o más	10	20.00
<b>Ocupación</b>		
Hogar	33	66.00
Empleadas	17	34.00

La media y mediana del número de hijos fue de 2, con un mínimo de uno y un máximo de cuatro hijos. El 60.0% de las madres tuvieron 2 hijos. Todas las madres tenían solamente un hijo con diagnóstico TDAH. El promedio de edad de los hijos con TDAH fue de 8 años 7 meses (DE 2.1), siendo la edad más prevalente la de 6 años con un 24%. (Tabla 2)

Tabla 2. Descripción de los hijos.

	N	%
<b>Número de hijos</b>		
Uno	8	16.0
Dos	30	60.0
Tres	10	20.0
Cuatro	2	4.0
<b>Edad hijo</b>		
6	12	24.0
7	8	16.0
8	7	14.0
9	7	14.0
10	3	6.0
11	5	10.0
12	8	16.0

En cuanto a los cuestionarios analizados se encontró que 52.0% de las madres presentó algún grado de sintomatología depresiva, siendo la sintomatología leve la más frecuente (24.0%); el 24.0% presentó síntomas de estado ansiedad y el 20.0% de rasgo de ansiedad. (Tabla 3)

Tabla 3. Diagnósticos encontrados en las Madres.

	n	%
<b>Depresión</b>		
Sin	24	48.0
Leve	12	24.0
Moderada	11	22.0
Severa	3	6.0
<b>Estado de ansiedad</b>		
Sí	12	24.0
No	38	76.0
<b>Rasgo de ansiedad</b>		
Sí	10	20.0
No	40	80.0

### Sintomatología Depresiva.

Del 52% de las mujeres que presentaron síntomas depresivos, el 46.3% era leve, el 42.4% moderada y el 11.3% grave (Tabla 4). En ocupación se encontró que existe mayor porcentaje de depresión cuando las mujeres se dedican al hogar ya que tuvieron una prevalencia del 63.6%, versus, las mujeres que son empleadas con una prevalencia del 36.4%.

Tabla 4. Distribución de las características de las madres e hijos de acuerdo a la sintomatología depresiva de las madres.

		Sintomatología depresiva							
		Sin (n=24)		Leve (n=12)		Moderada (n=11)		Grave (n=3)	
<b>Edad de las madres,</b> promedio		35.83		36.5		32.6		35.8	
		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Edo. Civil</b>	<i>Soltera</i>	2	8.3	0	0.0	1	9.1	0	0.0
	<i>Casada</i>	15	62.5	11	91.7	10	90.9	2	66.7
	<i>Divorciada</i>	5	20.8	1	8.3	0	0.0	1	33.3
	<i>Unión Libre</i>	2	8.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Escolaridad</b>	<i>Primaria</i>	1	4.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	<i>Secundaria</i>	10	41.7	4	33.3	4	36.4	0	0.0
	<i>Preparatoria</i>	9	37.5	6	50.0	3	27.3	2	66.7
	<i>Licenciatura o más</i>	4	16.7	2	16.7	4	36.4	1	33.3
<b>Ocupación</b>	<i>Hogar</i>	12	50.0	10	83.3	9	81.8	2	66.7
	<i>Empleada</i>	12	50.0	2	16.7	2	18.2	1	33.3
<b>No. De hijos</b>		2		2.5		1.9		2.3	
<b>Edad de hijo con TDAH,</b> promedio		8.7		8.9		8		8	

En la siguiente tabla se analizan cada uno de los síntomas de acuerdo a la intensidad de la depresión. Hubo varios de ellos que ninguna mujer reportó como presente, independientemente de la intensidad de la misma, tal fue el caso del autodesprecio, las ideas suicidas, el enlentecimiento, la fatigabilidad, la pérdida de apetito y las preocupaciones somáticas. Por otro lado, los síntomas más frecuentes independientemente de la intensidad fueron la tristeza, el insomnio y la insatisfacción (Tabla 5)

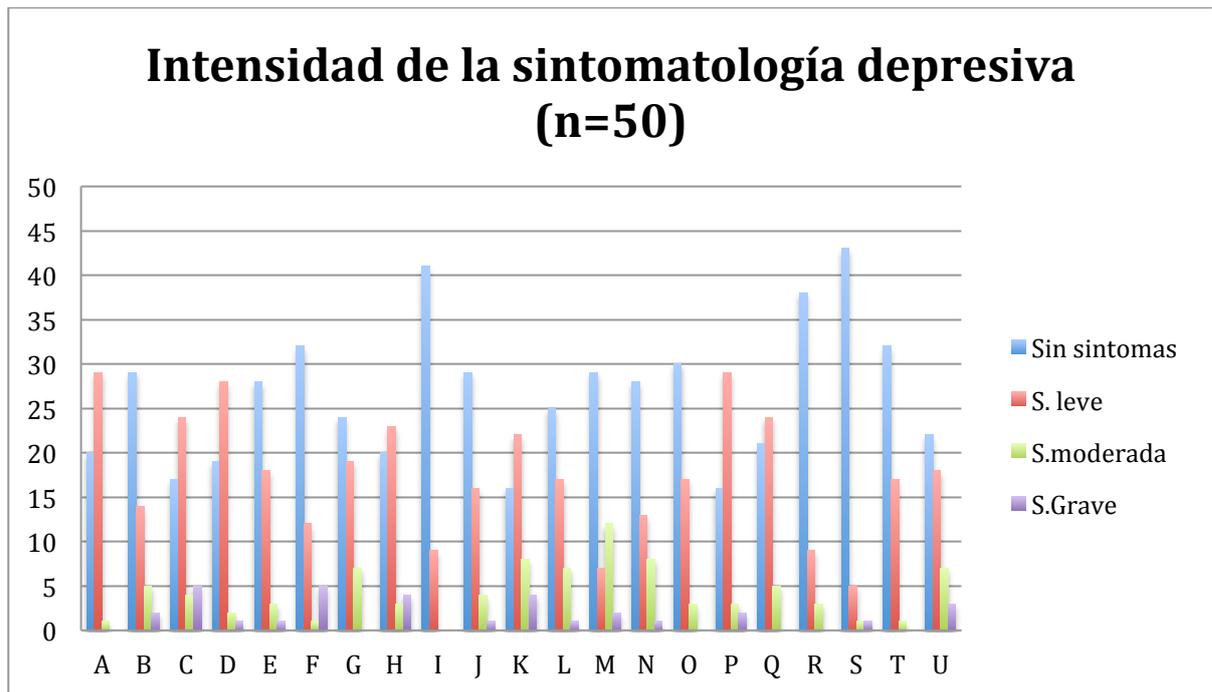
Tabla 5. Distribución de los síntomas de acuerdo a la intensidad de la depresión.

		Sin (n=24)		Leve (n=12)		Moderada (n=11)		Severa (n=3)	
		n	%	N	%	N	%	n	%
<b>Tristeza</b>	Sin síntomas	17	70.8	7	58.3	0	0.0	0	0.0
	Leve	1	4.2	11	91.7	0	0.0	3	0.0
	Moderado	2	8.3	8	66.7	1	9.1	0	0.0
	Grave	0	0.0	3	25.0	0	0.0	0	0.0
<b>Pesimismo</b>	Sin síntomas	18	75.0	8	66.7	3	27.3	0	0.0
	Leve	5	20.8	4	33.3	3	27.3	2	66.7
	Moderado	1	4.2	0	0.0	3	27.3	1	33.3
	Grave	0	0.0	0	0.0	2	18.2	0	0.0
<b>Autocrítica</b>	Sin síntomas	16	66.7	1	8.3	0	0.0	0	0.0
	Leve	8	33.3	9	75.0	5	45.5	2	66.7
	Moderado	0	0.0	1	8.3	3	27.3	0	0.0
	Grave	0	0.0	1	8.3	3	27.3	1	33.3
<b>Insatisfacción</b>	Sin síntomas	17	70.8	2	16.7	0	0.0	0	0.0
	Leve	7	29.2	8	66.7	10	90.9	3	100.0
	Moderado	0	0.0	1	8.3	1	9.1	0	0.0
	Grave	0	0.0	1	8.3	0	0.0	0	0.0
<b>Culpa</b>	Sin síntomas	22	91.7	5	41.7	1	9.1	0	0.0
	Leve	1	4.2	7	58.3	9	81.8	1	33.3
	Moderado	1	4.2	0	0.0	1	9.1	1	33.3
	Grave	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3
<b>Expectativas de castigo</b>	Sin síntomas	19	79.2	8	66.7	5	45.5	0	0.0
	Leve	2	8.3	3	25.0	6	54.5	1	33.3
	Moderado	1	4.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Grave	2	8.3	1	8.3	0	0.0	2	66.7
<b>Autodesprecio</b>	Sin síntomas	18	75.0	6	50.0	0	0.0	0	0.0
	Leve	4	16.7	5	41.7	8	72.7	2	66.7
	Moderado	2	8.3	1	8.3	3	27.3	1	33.3
	Grave	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Autoacusación</b>	Sin síntomas	15	62.5	4	33.3	1	9.1	0	0.0
	Leve	8	33.3	6	50.0	9	81.8	0	0.0
	Moderado	0	0.0	2	16.7	0	0.0	1	33.3
	Grave	1	4.2	0	0.0	1	9.1	2	66.7
<b>Ideas suicidas</b>	Sin síntomas	23	95.8	10	83.3	7	63.6	1	33.3
	Leve	1	4.2	2	16.7	4	36.4	2	66.7
	Moderado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Grave	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Episodios de llanto</b>	Sin síntomas	19	79.2	7	58.3	3	27.3	0	0.0
	Leve	4	16.7	5	41.7	4	36.4	3	100.0
	Moderado	1	4.2	0	0.0	3	27.3	0	0.0
	Grave	0	0.0	0	0.0	1	9.1	0	0.0

<b>Irritabilidad</b>	Sin síntomas	13	54.2	3	25.0	0	0.0	0	0.0
	Leve	8	33.3	7	58.3	5	45.5	2	66.7
	Moderado	2	8.3	0	0.0	5	45.5	1	33.3
	Grave	1	4.2	2	16.7	1	9.1	0	0.0
<b>Retraimiento</b>	Sin síntomas	17	70.8	7	58.3	1	9.1	0	0.0
	Leve	7	29.2	3	25.0	7	63.6	0	0.0
	Moderado	0	0.0	2	16.7	3	27.3	2	66.7
	Grave	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3
<b>Indecisión</b>	Sin síntomas	22	91.7	6	50.0	1	9.1	0	0.0
	Leve	0	0.0	4	33.3	3	27.3	0	0.0
	Moderado	2	8.3	1	8.3	6	54.5	3	100.0
	Grave	0	0.0	1	8.3	1	9.1	0	0.0
<b>Cambios en la imagen corporal</b>	Sin síntomas	20	83.3	7	58.3	1	9.1	0	0.0
	Leve	3	12.5	4	33.3	6	54.5	0	0.0
	Moderado	1	4.2	1	8.3	4	36.4	2	66.7
	Grave	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3
<b>Enlentecimiento</b>	Sin síntomas	22	91.7	7	58.3	1	9.1	0	0.0
	Leve	2	8.3	5	41.7	10	90.9	0	0.0
	Moderado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	100.0
	Grave	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Insomnio</b>	Sin síntomas	14	58.3	2	16.7	0	0.0	0	0.0
	Leve	10	41.7	8	66.7	9	81.8	2	66.7
	Moderado	0	0.0	1	8.3	1	9.1	1	33.3
	Grave	0	0.0	1	8.3	1	9.1	0	0.0
<b>Fatigabilidad</b>	Sin síntomas	15	62.5	4	33.3	2	18.2	0	0.0
	Leve	9	37.5	7	58.3	6	54.5	2	66.7
	Moderado	0	0.0	1	8.3	3	27.3	1	33.3
	Grave	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Pérdida de apetito</b>	Sin síntomas	23	95.8	7	58.3	8	72.7	0	0.0
	Leve	1	4.2	4	33.3	2	18.2	2	66.7
	Moderado	0	0.0	1	8.3	1	9.1	1	33.3
	Grave	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Pérdida de peso</b>	Sin síntomas	22	91.7	10	83.3	10	90.9	1	33.3
	Leve	1	4.2	1	8.3	1	9.1	2	66.7
	Moderado	1	4.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Grave	0	0.0	1	8.3	0	0.0	0	0.0
<b>Preocupaciones somáticas</b>	Sin síntomas	18	75.0	8	66.7	6	54.5	0	0.0
	Leve	5	20.8	4	33.3	5	45.5	3	100.0
	Moderado	1	4.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Grave	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Bajo nivel de energía sexual</b>	Sin síntomas	15	62.5	4	33.3	3	27.3	0	0.0
	Leve	7	29.2	6	50.0	5	45.5	0	0.0
	Moderado	1	4.2	0	0.0	3	27.3	3	100.0
	Grave	1	4.2	2	16.7	0	0.0	0	0.0

De acuerdo a los componentes del cuestionario Beck, se encontró que la pérdida de peso, seguida de las ideas suicidas fueron las que menos se presentaron en las mujeres. En cambio, los síntomas de autocrítica y expectativas de desprecio, fueron los más frecuentes como síntomas de depresión grave. (Gráfica 1)

Gráfica 1. Intensidad de la sintomatología depresiva.



A. Tristeza, B. Pesimismo, C. Autocrítica, D. Insatisfacción, E. Culpa, F. Expectativas de castigo, G. Autodesprecio, H. Autoacusación, I. Ideas suicidas, J. Episodios de llanto, K. Irritabilidad, L. Retraimiento, M, Indecisión, N. Cambios en la imagen corporal, O. Enlentecimiento, P Insomnio, Q. Fatigabilidad, R. Pérdida de apetito, S. Pérdida de peso, T. Preocupaciones somáticas, U. Bajo nivel de energía sexual

*Estado de ansiedad.*

Del total de la muestra, 12 (24.0%) madres presentaron sintomatología ansiosa, teniendo como edad promedio 33.3 años, el 83.3% eran casadas, el 58.3% tenían como escolaridad máxima secundaria y el 58.3% se dedicaban al hogar (Tabla 6)

Tabla 6. Distribución de las características de las madres de acuerdo al Estado de ansiedad.

		Estado de ansiedad			
		Sí (n=12)		No (n=38)	
<b>Edad de las madres, promedio</b>		33.3		35.7	
		n	%	n	%
<b>Edo. Civil</b>	<i>Soltera</i>	0	0.0	3	7.9
	<i>Casada</i>	10	83.3	28	73.7
	<i>Divorciada</i>	2	16.7	5	13.2
	<i>Unión Libre</i>	0	0.0	2	5.3
<b>Escolaridad</b>	<i>Primaria</i>	0	0.0	1	2.6
	<i>Secundaria</i>	7	58.3	13	34.2
	<i>Preparatoria</i>	3	25.0	16	42.1
	<i>Licenciatura o más</i>	2	16.7	8	21.1
<b>Ocupación</b>	<i>Hogar</i>	7	58.3	26	68.4
	<i>Empleada</i>	5	41.7	12	31.6
<b>No. de hijos, promedio</b>		2.1		2.1	
<b>Edad de hijo con TDAH, promedio</b>		8.7		8.5	

En la siguiente tabla muestra la frecuencia de la intensidad de cada uno de los síntomas del IDARE, con respecto a al estado de ansiedad (Tabla 7)

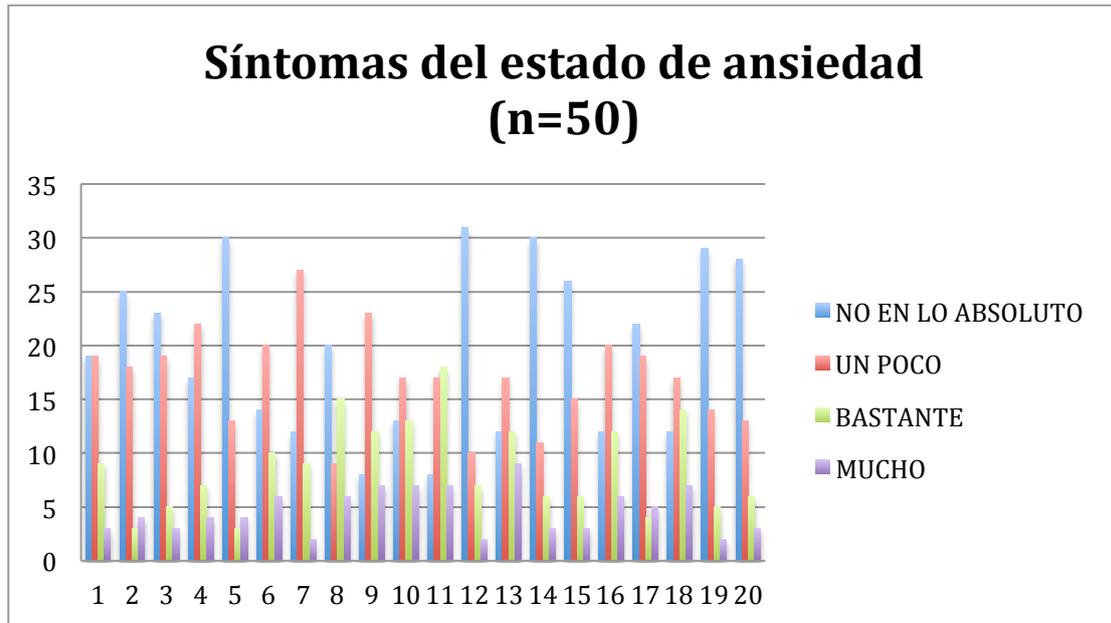
Tabla 7. Distribución de síntoma de estado de ansiedad.

		Sí (n=12)		No (n=38)	
		n	%	n	%
<b>Me siento calmado</b>	No	2	16.7	17	44.7
	Un poco	6	50.0	13	34.2
	Bastante	2	16.7	7	18.4
	Mucho	2	16.7	1	2.6
<b>Me encuentro inquieto</b>	No	2	16.7	17	44.7
	Un poco	6	50.0	13	34.2
	Bastante	2	16.7	7	18.4
	Mucho	2	16.7	1	2.6
<b>Me siento nerviosa</b>	No	3	25.0	20	52.6
	Un poco	2	16.7	17	44.7
	Bastante	4	33.3	1	2.6
	Mucho	3	25.0	0	0.0
<b>Me encuentro descasada</b>	No	4	33.3	13	34.2
	Un poco	3	25.0	19	50.0
	Bastante	3	25.0	4	10.5
	Mucho	2	16.7	2	5.3
<b>Tengo miedo</b>	No	2	16.7	28	73.7
	Un poco	4	33.3	9	23.7
	Bastante	2	16.7	1	2.6
	Mucho	4	33.3	0	0.0
<b>Estoy relajada</b>	No	3	25.0	11	28.9
	Un poco	4	33.3	16	42.1
	Bastante	1	8.3	9	23.7
	Mucho	4	33.3	2	5.3
<b>Estoy preocupada</b>	No	3	25.0	9	23.7
	Un poco	3	25.0	24	63.2
	Bastante	4	33.3	5	13.2
	Mucho	2	16.7	0	0.0
<b>Me siento satisfecha</b>	No	2	16.7	18	47.4
	Un poco	0	0.0	9	23.7
	Bastante	5	41.7	10	26.3
	Mucho	5	41.7	1	2.6
<b>Me siento feliz</b>	No	1	8.3	7	18.4
	Un poco	5	41.7	18	47.4
	Bastante	4	33.3	8	21.1
	Mucho	2	16.7	5	13.2

<b>Me siento segura</b>	No	2	16.7	11	28.9
	Un poco	5	41.7	12	31.6
	Bastante	0	0.0	13	34.2
	Mucho	5	41.7	2	5.3
<b>Me encuentro bien</b>	No	1	8.3	7	18.4
	Un poco	7	58.3	10	26.3
	Bastante	1	8.3	17	44.7
	Mucho	3	25.0	4	10.5
<b>Me siento molesto</b>	No	6	50.0	25	65.8
	Un poco	1	8.3	9	23.7
	Bastante	3	25.0	4	10.5
	Mucho	2	16.7	0	0.0
<b>Me siento agradable</b>	No	1	8.3	11	28.9
	Un poco	5	41.7	12	31.6
	Bastante	1	8.3	11	28.9
	Mucho	5	41.7	4	10.5
<b>Me encuentro atemorizado</b>	No	4	33.3	26	68.4
	Un poco	3	25.0	8	21.1
	Bastante	3	25.0	3	7.9
	Mucho	2	16.7	1	2.6
<b>Me encuentro confuso</b>	No	4	33.3	22	57.9
	Un poco	2	16.7	13	34.2
	Bastante	3	25.0	2	5.3
	Mucho	3	25.0	0	0.0
<b>Me siento ansioso</b>	No	1	8.3	11	28.9
	Un poco	3	25.0	17	44.7
	Bastante	3	25.0	9	23.7
	Mucho	5	41.7	1	2.6
<b>Me siento angustiado</b>	No	3	25.0	19	50.0
	Un poco	2	16.7	17	44.7
	Bastante	2	16.7	2	5.3
	Mucho	5	41.7	0	0.0
<b>Me encuentro alegre</b>	No	1	8.3	11	28.9
	Un poco	3	25.0	14	36.8
	Bastante	2	16.7	12	31.6
	Mucho	6	50.0	1	2.6
<b>Me encuentro contrariado</b>	No	4	33.3	25	65.8
	Un poco	3	25.0	11	28.9
	Bastante	3	25.0	2	5.3
	Mucho	2	16.7	0	0.0
<b>Me siento triste</b>	No	4	33.3	24	63.2
	Un poco	4	33.3	9	23.7
	Bastante	1	8.3	5	13.2
	Mucho	3	25.0	0	0.0

El síntoma mas frecuente que referían con más intensidad fue el de sentirse agradables, seguidos por los sentimientos de felicidad, seguridad, bienestar y alegría. (Gráfica 2)

Gráfica 2. Síntomas del estado de ansiedad.



1.Me siento calmado, 2. Me encuentro inquieto, 3. Me siento nervioso, 4. Me encuentro descansado, 5. Tengo miedo, 6.Estoy relajado, 7. Estoy preocupado, 8. Me siento satisfecho, 9.Me siento feliz, 10.Me siento seguro, 11. Me encuentro bien, 12.Me siento molesto, 13.Me siento agradable, 14. Me encuentro atemorizado, 15. Me encuentro confuso, 16. Me siento ansioso, 17. Me siento angustiado, 18. Me encuentro alegre. 19.Me encuentro contrariado. 20. Me siento triste.

*Rasgo de ansiedad.*

Del 20.0% de Madres que presentaron rasgos de ansiedad, el 80.0% eran casadas, el 40.0% tenían como escolaridad la preparatoria y el 70.0% se dedicaba al hogar. (Tabla 8)

Tabla 8. Distribución de las características de las madres e hijos con respecto a Ansiedad Rasgo

		Rasgo de ansiedad			
		Sí (n=10)		No (n=40)	
<b>Edad de las madres, promedio</b>		36.4		34.9	
		N	%	n	%
<b>Edo. Civil</b>	<i>Soltera</i>	0	0.0	3	7.5
	<i>Casada</i>	8	80.0	30	75.0
	<i>Divorciada</i>	2	20.0	5	12.5
	<i>Unión Libre</i>	0	0.0	2	5.0
<b>Escolaridad</b>	<i>Primaria</i>	0	0.0	1	2.5
	<i>Secundaria</i>	3	30.0	17	42.5
	<i>Preparatoria</i>	4	40.0	15	37.5
	<i>Licenciatura o más</i>	3	30.0	7	17.5
<b>Ocupación</b>	<i>Hogar</i>	7	70.0	26	65.0
	<i>Empleada</i>	3	30.0	14	35.0
<b>No. de hijos, promedio</b>		2		2.2	
<b>Edad de hijo con TDAH, promedio</b>		8.2		8.7	

En la siguiente tabla muestra la frecuencia de la intensidad de cada uno de los síntomas del IDARE, con respecto los rasgos de ansiedad (Tabla 9)

Tabla 9. Distribución de síntoma del rasgo de ansiedad.

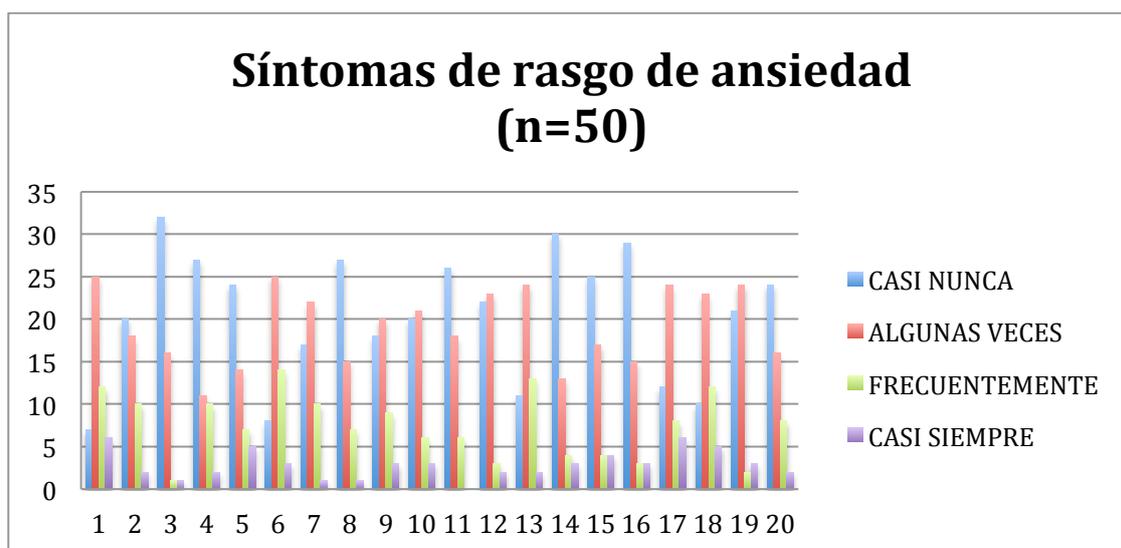
		Sí (n=10)		No (n=40)	
		N	%	n	%
<b>Me preocupa cometer errores</b>	Casi nunca	0	0.0	7	17.5
	Algunas veces	0	0.0	25	62.5
	Frecuentemente	5	50.0	7	17.5
	Casi siempre	5	50.0	1	2.5
<b>Siento ganas de llorar</b>	Casi nunca	2	20.0	18	45.0
	Algunas veces	3	30.0	15	37.5
	Frecuentemente	3	30.0	7	17.5
	Casi siempre	2	20.0	0	0.0
<b>Me siento desgraciado</b>	Casi nunca	1	10.0	31	77.5
	Algunas veces	7	70.0	9	22.5
	Frecuentemente	1	10.0	0	0.0
	Casi siempre	1	10.0	0	0.0
<b>Me cuesta tomar una decisión</b>	Casi nunca	1	10.0	26	65.0
	Algunas veces	2	20.0	9	22.5
	Frecuentemente	5	50.0	5	12.5
	Casi siempre	2	20.0	0	0.0
<b>Me cuesta enfrentarme a mis problemas</b>	Casi nunca	1	10.0	23	57.5
	Algunas veces	1	10.0	13	32.5
	Frecuentemente	3	30.0	4	10.0
	Casi siempre	5	50.0	0	0.0
<b>Me preocupo demasiado</b>	Casi nunca	0	0.0	8	20.0
	Algunas veces	2	20.0	23	57.5
	Frecuentemente	5	50.0	9	22.5
	Casi siempre	3	30.0	0	0.0
<b>Me encuentro molesto</b>	Casi nunca	0	0.0	17	42.5
	Algunas veces	4	40.0	18	45.0
	Frecuentemente	5	50.0	5	12.5
	Casi siempre	1	10.0	0	0.0
<b>Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan</b>	Casi nunca	1	10.0	26	65.0
	Algunas veces	4	40.0	11	27.5
	Frecuentemente	4	40.0	3	7.5
	Casi siempre	1	10.0	0	0.0
<b>Me preocupan las cosas del trabajo</b>	Casi nunca	0	0.0	18	45.0
	Algunas veces	3	30.0	17	42.5
	Frecuentemente	4	40.0	5	12.5
	Casi siempre	3	30.0	0	0.0
<b>Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer</b>	Casi nunca	0	0.0	20	50.0
	Algunas veces	4	40.0	17	42.5
	Frecuentemente	4	40.0	2	5.0
	Casi siempre	2	20.0	1	2.5

<b>Noto que mi corazón late más rápido</b>	Casi nunca	2	20.0	24	60.0
	Algunas veces	5	50.0	13	32.5
	Frecuentemente	3	30.0	3	7.5
	Casi siempre	0	0.0	0	0.0
<b>Aunque no lo digo tengo miedo</b>	Casi nunca	0	0.0	22	55.0
	Algunas veces	6	60.0	17	42.5
	Frecuentemente	2	20.0	1	2.5
	Casi siempre	2	20.0	0	0.0
<b>Me preocupo por cosas que pueden ocurrir</b>	Casi nunca	0	0.0	11	27.5
	Algunas veces	4	40.0	20	50.0
	Frecuentemente	4	40.0	9	22.5
	Casi siempre	2	20.0	0	0.0
<b>Me cuesta quedarme dormido por las noches</b>	Casi nunca	0	0.0	30	75.0
	Algunas veces	4	40.0	9	22.5
	Frecuentemente	3	30.0	1	2.5
	Casi siempre	3	30.0	0	0.0
<b>Tengo sensaciones extrañas en el estomago</b>	Casi nunca	0	0.0	25	62.5
	Algunas veces	5	50.0	12	30.0
	Frecuentemente	2	20.0	2	5.0
	Casi siempre	3	30.0	1	2.5
<b>Me preocupo lo que otros piensen de mi</b>	Casi nunca	1	10.0	28	70.0
	Algunas veces	5	50.0	10	25.0
	Frecuentemente	1	10.0	2	5.0
	Casi siempre	3	30.0	0	0.0
<b>Me influyen tanto los problemas, que no puedo olvidarlos durante un tiempo</b>	Casi nunca	0	0.0	12	30.0
	Algunas veces	2	20.0	22	55.0
	Frecuentemente	3	30.0	5	12.5
	Casi siempre	5	50.0	1	2.5
<b>Tomo las cosas demasiado en serio</b>	Casi nunca	0	0.0	10	25.0
	Algunas veces	4	40.0	19	47.5
	Frecuentemente	4	40.0	8	20.0
	Casi siempre	2	20.0	3	7.5
<b>Encuentro muchas dificultades en mi vida</b>	Casi nunca	0	0.0	21	52.5
	Algunas veces	5	50.0	19	47.5
	Frecuentemente	2	20.0	0	0.0
	Casi siempre	3	30.0	0	0.0
<b>Me siento menos feliz que los demás</b>	Casi nunca	1	10.0	23	57.5
	Algunas veces	3	30.0	13	32.5
	Frecuentemente	4	40.0	4	10.0
	Casi siempre	2	20.0	0	0.0

Los síntomas que se presentaron con mayor frecuencia e intensidad fueron la preocupación de cometer errores, La influencia de los problemas y sus repercusiones en el tiempo, seguido de la dificultad para enfrentar los problemas, y tomar las cosas demasiado en serio..

Sentirse desgraciado y la dificultad de dormir en la noche fueron los sintomas que casi nunca estuvieron presentes en la mayoría de las madres.

Grafica 3. Síntomas de Ansiedad rasgo



1.Me preocupa cometer errores, 2. Siento ganas de llorar, 3.Me siento desgraciado, 4. Me cuesta tomar una decisión, 5. Me cuesta enfrentarme a mis problemas, 6. Me preocupo demasiado, 7. Me encuentro molesto, 8. Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan, 9.Me preocupan las cosas del trabajo, 10. Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer, 11. Noto que mi corazon late mas rapido, 12.Aunque no lo digo tengo miedo, 13. Me preocupo por cosas que pueden ocurrir, 14. Me cuesta quedarme dormido por las noches, 15. Tengo sensaciones extrañas en el estomago, 16. Me preocupo lo que otros piensen de mi, 17. Me influyen tanto los problemas, que no puedo olvidarlos durante un tiempo, 18. Tomo las cosas demasiado en serio, 19.Encuentro muchas dificultades en mi vida, 20. Me siento menos feliz que los demas.

## VIII. DISCUSIÓN

En este estudio se investiga la frecuencia de la sintomatología depresiva y su intensidad, así como la sintomatología ansiosa rasgo y estado en madres de niños escolares con Diagnóstico de Trastorno por Déficit de la Atención e Hiperactividad (TDAH).

Los resultados indican que la sintomatología depresiva en las madres de los niños con TDAH tiene una frecuencia del 52%, acercándose a la prevalencia encontrada en México del 50% por Hernández (2007), quien midió la depresión en madres de niños con psicopatología, entre ellas el TDAH; sin embargo, en otros países como Brasil, Segenreich, Fortes et.al (2009) encontraron un 25% de sintomatología depresiva (35), cercana a la encontrada en Irán (Sontanifar y Moharreri, 2009) de un 20% de sintomatología depresiva leve y 10% de sintomatología depresiva moderada (38). Llama la atención en el grupo de madres deprimidas el hecho de que más del 90% de ellas es casada y 70% se dedica al hogar. Más de la mitad de las madres que presentaron sintomatología depresiva tenían 2 hijos o más. Teniendo en cuenta las dificultades que significa la crianza de niños con estas características se puede suponer que existe una relación entre el tiempo que se encuentran al cuidado de sus hijos y de las labores del hogar con la sintomatología depresiva y/o ansiosa, sin dejar de tomar en cuenta que en dicha sintomatología también influyen los problemas de comportamiento del niño como lo mencionan Barry, Dunlap, Cotton y Lockman (2005) en sus estudios que mostraron una relación significativa entre el estrés parental y el comportamiento de sus hijos, incluso afectando el nivel socioeconómico(34).

Otro resultado significativo es la edad de los hijos con TDAH de las madres con sintomatología depresiva, que se presenta en 2 picos a los 6 y a los 9 años. El primer pico coincide con el inicio de la primaria a los 6 años, en donde se exige patrones de comportamiento estructurados, incluido un desarrollo apropiado del nivel de atención y concentración, los cuales pueden ser una dificultad en el niño con TDAH lo cual detone el aumento en la sintomatología en las madres.

En cuanto a la intensidad de la sintomatología depresiva, según los resultados del IBD, la que se presentó con mayor frecuencia fue la leve, sólo un 2% por encima de la sintomatología moderada (22%). Por su parte, la sintomatología grave se presentó con una frecuencia mucho menor (6%). En base a lo anterior se puede sugerir la

implementación de estrategias de detección oportuna en las madres de estos niños como parte del manejo multidimensional.

En cuanto a las características de los síntomas, los que se mencionaron con mayor frecuencia por las madres que no presentaban sintomatología depresiva fueron: no he perdido peso, no tengo pensamientos de suicidarme y mi apetito es igual que lo usual. En este grupo los síntomas que se refirieron con menor frecuencia fueron: no siento que falle, tengo tanta satisfacción de las cosas como antes y no soy más irritable de lo que era antes.

Con respecto al grupo de madres con sintomatología leve, los síntomas más frecuentes fueron los referentes a la tristeza, el insomnio y la insatisfacción, y los menos frecuentes a la pérdida de apetito e ideas suicidas.

Para el grupo de madres con sintomatología moderada los síntomas más frecuentes eran respecto a la indecisión, seguidos de los referentes a la imagen corporal y la irritabilidad, los síntomas que menos se observaron en este grupo fueron las preocupaciones somáticas, expectativas de castigo y pérdida de peso.

Por ultimo en las madres con sintomatología grave, las expectativas de castigo y la autocrítica fueron los síntomas mas frecuentes, mientras que las ideas suicidas, enlentecimiento, fatigabilidad, pérdida de apetito y las preocupaciones somáticas no se presentaron en este grupo.

Estos resultados los podemos asociar con el estudio cualitativo realizado por Bullard (1997), en donde describe las principales preocupaciones de los padres con hijos de TDAH entre las cuales se encuentran presentar un comportamiento imprevisible, alteraciones en la relación de pareja, entre los hermanos y con la familia extensa, aislamiento social, sentimientos de culpa, frustración, desesperación y agotamiento, preocupaciones que también se mencionaron en el estudio internacional “Convivir con el TDAH: desafíos y esperanzas” (WFMH, 2004). Siendo así, este estudio en conjunto con los anteriormente mencionados pone en manifiesto la dificultad que experimentan los padres al estar al cuidado de un hijo con diagnóstico de TDAH. ( (19,21)

En cuanto a los resultados del IDARE, las características sociodemográficas fueron parecidas a las madres con sintomatología depresiva.

En las madres con ansiedad estado un 83.3% de madres eran casadas, todas con escolaridad igual o superior a secundaria y mas de la mitad dedicadas al hogar, para la ansiedad rasgo 80% casadas, todas con escolaridad mínima de secundaria y 70% dedicadas al hogar Los síntomas presentes en las personas con ansiedad rasgo que se

presentaban frecuentemente o casi siempre eran el temor a cometer errores, dificultades para enfrentar sus problemas, preocupaciones por su trabajo así como la influencia de los problemas con dificultad para olvidarlos durante un tiempo. Sin embargo en las madres si ansiedad rasgo también estaban presentes estos síntomas

Hablando de la sintomatología ansiosa la frecuencia tanto para ansiedad rasgo y estado, se semejan al estudio realizado en Brasil, en padres de hijos con diagnóstico de TDAH por Segenreich, Fortes et.al (2009) quien encontró el 21.84% Ansiedad Estado comparado con un 24% en nuestra población y un porcentaje de 24.98 % para ansiedad Rasgo encontrando nosotros un 20 % de ansiedad rasgo. Esta población es la que podría tener más semejanzas con la nuestra ya que otros 2 estudios encontrados, el realizado en Malasia por Bin y Shafiee en 2007 y otro en Irán por Sontanifar y Moharreri, 2009 encontraron prevalencia eran más elevadas llegando a referir sintomatología ansiosa en cerca de 100% de las madres estudiadas, sin embargo cabe destacar que en estos estudios se utilizaron escalas propias de el hospital para medir la sintomatología ansiosa.(33,35-36)

Respecto a el análisis de los datos sociodemográficos se presentaron resultados semejantes a los de la sintomatología depresiva donde el mayor grupo de mujeres con ansiedad estado y rasgo eran las que se encontraban casadas, dedicadas al hogar con un promedio de 2 hijos, estos datos nos abren la puerta a nuevas investigaciones para detallar **mas** las características sociodemográficas y ver si se encuentra alguna relación entre el estado civil, la ocupación y la edad de los hijos como factor de riesgo en las madres con hijos con Diagnostico de TDAH, y estudios como los de Roselló, Garcia, Tárraga et al (2003) nos pueden orientar en algunas sobre la relación de estas **característicasal** encontrar que el 100% de los padres referían **mrncionar** que la convivencia con sus hijos con TDAH, les resultaba **mas** difícil, que el 88 % presentaban un nivel muy elevado de estrés, 75% se sentían incapaces de manejar el comportamiento de su hijo (20)

Creemos es importante realizar prevención en salud mental de los padres y cuidadores de niños con diagnostico de TDAH, ya que estudios como este, han mostrado una la prevalencia elevada de sintomatología depresiva y ansiosa en nuestra región, la cual eventualmente puede afectar en la crianza, tratamiento y **pronostico** de la enfermedad de sus hijos.

Teniendo en cuenta que las propuestas terapéuticas actuales proponen manejos **multidimensionales**, en donde los padres y principalmente las madres juegan un rol

extremadamente importante, para que se lleven **acabo** todas las sugerencias terapéuticas, tanto en casa, como en la escuela, así como en el control de los psicofármacos y las visitas a los especialistas, la psicoeducación es una piedra angular en el tratamiento de sus hijos con TDAH, por lo que la implementación de programas dirigidos a este fin son esenciales. En donde se pueden además llevar acabo la prevención, detección e intervención en los padres y no solamente, en los niños con TDAH.

Las debilidades del estudio se encuentran en el tamaño de la muestra, por lo que estudios con una mayor población podrían reflejar más contundentemente los resultados de este estudio. Otra debilidad es la falta de un grupo control. Este estudio se pudo haber enriquecido si los datos sociodemográficos hubieran sido más completos.

## IX. CONCLUSIONES

Con base en la pregunta de investigación: encontrar la frecuencia de la sintomatología ansiosa y depresiva en las madres de niños escolares con diagnóstico de TDAH, se encontró 52% de sintomatología depresiva, 20% de ansiedad Rasgo y una frecuencia para ansiedad estado de 24%

Para cumplir los objetivos específicos también se analizó la intensidad de la sintomatología depresiva encontrando al 46% sin sintomatología depresiva, 24% con sintomatología depresiva leve, 22% moderada y un 6% de nuestra población con síntomas graves.

Los síntomas leves más frecuentes fueron la tristeza y el insomnio, los síntomas moderados la indecisión, la irritabilidad y los cambios en la imagen corporal y por último los síntomas graves de depresión más frecuentes fueron la autocrítica y las expectativas de castigo.

Los síntomas de estado de ansiedad (cómo te sientes ahora mismo ) que refirieron como no en lo absoluto fueron el sentirse molestos o tener miedo; como un poco el estar preocupados y estar felices, referían estar bastante satisfechos y bien y como mucho el estar feliz.

Por último los síntomas más frecuentes para el rasgo de ansiedad (como te sientes en general) referían casi nunca sentirse desgraciados y no tener dificultades para quedarse dormidas, algunas veces cometer errores y preocuparse demasiado, los síntomas de ansiedad rasgo que referían presentar frecuentemente eran el preocuparse demasiado y la preocupación por cosas que puedan ocurrir y el síntoma que más pacientes refirieron como casi siempre fue el me preocupa cometer errores y me influyen tanto los problemas, que no puedo olvidarlos durante un tiempo

Por lo cual se puede concluir que en niños con psicopatología, en el caso de este estudio de niños con TDAH la salud mental de las madres es de suma importancia, y que existe una frecuencia de sintomatología ansiosa y depresiva que debemos tomar en cuenta ya que esta puede determinar el manejo médico de su hijo, y a su vez el comportamiento de su hijo también puede influir en la salud mental de la madre. También es importante la relación de los datos sociodemográficos en la presencia de la sintomatología tanto ansiosa y depresiva por lo que sería interesante ver si existe una relación entre ellos y los síntomas de TDAH del hijo.

Al observar los síntomas que se presentan con más frecuencia, podríamos suponer que algunos de ellos se pudieran asociar con las características del comportamiento de su hijo. Por lo que se sugiere hacer de investigación al respecto siguiendo diferentes líneas de investigación

## **X. REFERENCIAS**

- 1.- Polanczyk G, Silva M, Lessa B, Biederman J, Rohde L. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007; 164: 942-948.
- 2.- Lavigne JV, Gibbons RD, Christoffel KK. Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35: 204–14.
- 3.- Barkley RA, Fischer M, Smallish L. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol*. 2002; 111: 279–89.
- 4.- Biederman J, Faraone S, Milberger S. A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1996; 53: 437–46.
- 5.- Kessler RC, Adler LA, Barkley R. Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry*. 2005; 57: 1442–51.
- 6.- Hart L, Lahey B, Loeber R. Developmental change in attention deficit hyperactivity disorder in boys: a four year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1995; 3, 729-749.
- 7.- Levy F, Hay D, McStephen M, Word C, Waldman I. Attention deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum?. Genetic analysis of a large scale twin study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997; 36: 734-744.
- 8.- Connor D. Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42: 193.
- 9.- Szatmari, P, Offord D, Boyle H. Ontario child health study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*. 1989; 30: 219-230.
- 10.- Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit disorder with conduct, depressive anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*. 1991; 148: 564-577.
- 11.- Poeta L.S, Rosa-Neto, F. Características biopsicosociales de los escolares con indicadores de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*. 2006; 43: 584-588.
- 12.- Kreppner J, O'Connor TG, Rutter M. Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome?. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2009; 29: 513-528.

- 13.-Coghill D, Nigg J, Rothenberger A, Sonuga-Barke E, Tannock R. Whiter causal models in the neuroscience of ADHD. *Developmental Science*. 2005; 8: 105-114.
- 14.- MTA Cooperative Group. A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit/hyperactivity disorder. The MTA cooperative group. Multimodal treatment study of children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56: 1073-1086.
- 15.- Barragán E, De la Peña F, Ortiz S, Ruiz M, Hernández J, Palacios L, Suárez A Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2007; (64): 326-343.
- 16.- Bronfenbrenner U. The ecology of the family as a context for human development. *Research perspectives. Developmental Psychology*. 1986; 22: 723-742.
- 17.-Abidin R. The determinants of parenting behaviour. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1992; 21: 407-412.
- 18.-Abidin R, Brunner J. Development of a parenting alliance inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1995; 24: 31-40.
- 19.-Bullard J.A. Parent perceptions of the effect of ADHA child behaviour on the family: The impact and coping strategies. *Disertation Abstratcts International: Section B: Tthe Sciences and Engineering*. 1997; 57 (12B), 7755.
- 20.-Roselló B, García R, Tárraga M, Mulas F. El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*. 2003; 36 (Supl 1), 79-84.
- 21.-Federación Mundial de Salud Mental (WFMH). (2004). *Convivir con el TDAH: desafíos y esperanzas*. [www.wfmh.org](http://www.wfmh.org).
- 22.-McLaughlin DP, Harrison CA. Parenting practices of mothers of children with ADHD: The role of maternal and child factors. *Child and Adolescent Mental Health*. 2006; 11: 82-88.
- 23.- Abidin, R. *Parenting Stress Index (3rd edition)*. Charlottesville, VA. Pediatric Psychology Press. 1990.
- 24.- Maniadaki K, Sonuga-Barke E, Kakouros y Karaba R. Maternal emotions and self-efficacy in relation to boys and girls with AD/HD. *Child Psychiatry and bHuman Development* 2005; 35: 245-263.
- 25.- Abidin, R. y Brunner, J. Development of a parenting alliance inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1995; 24: 31-40
- 26.-Freixa, N.M. *Familia y deficiencia mental*. Salamanca, Amarú. (1993)

- 27.-Anastopoulos AD, Guevremont DC, Shelton TL, DuPaul GJ. Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*.1992; 20: 503-520.
- 28.-Beck SJ, Young GH, Tarnowski KJ. Maternal characteristics and perceptions of pervasive and situational hyperactives and normal controls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1990; 29: 558-565.
- 29.- Harvey E. Parenting similarity and children with attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Family Behavior Therapy* 2000; 22: 39-54.
- 30.- Byrnes JH. The emotional functioning and marital satisfaction of mothers of children with ADHD. *Disertation Abstratcts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2003; 63: (11-B), 5507.
- 31.-Kashdan B, Jacob G, Pelham E, Lang R, Hoza B, Blumenthal . Depression and Anxiety in Parents of Children With ADHD ad Varying Levels of Oppositional Defiant Behaviors: Modeling Relationships With Family Functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychiatry*. 2004; 33: 169-181.
- 32.- Modesto-Lowe V, Danforth JS, Brooks D. ADHD: does parenting style matter? *Clin Pediatr*. 2008; 47: 865-872.
- 33.- Bin R, Shafiee Z. Depressive, anxiety and stress levels among mothers of ADHD children and their relationships to ADHD symptoms. *Asean Journal of Psychiatry*. 2007; 8 (1): 20-28.
- 34.-Barry T, Dunlap S, Cotton S, Lockman J. (2005). The influence of maternal stress and distress on disruptive behavior problems in boys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.2005; 44: 265-273.
- 35.- Segenreich D, Fortes G, Coutinho G, Mattos P, Anxiety and depression in parents of a Brazilian non-clinical sample of attention-deficit/ hyperactivity disorder (ADHD) students. *Braz J Med Biol Res*. 2009; 42(5): 465-469.
- 36.- Soltanifar A, Moharreri F, Soltanifar A. Depressive and Anxiety Symptoms in Mothers of Children with ADHD Compared to the Control Group. *Iran J Psychiatry*
- 37 Chi T. Does maternal psychopatology affect child clinical assessment? A test of generality and specificity of the depression distortion theory. *Disertation Abstratcts International: section B: Tthe Sciences and Engineering*.2003: 64 (2-B): 957.
- 38.- Stein MT, Perrin JM. Diagnosis and treatment of ADHD in schoolage children in primary care settings: a synopsis of the AAP practice guidelines. *Pediatr Rev*. 2003; 24: 92-8.
- 39.-Hammen C, Brenan PA. Sevetity, chronicity and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 253-8.-

- 40.- - Torres M, Hernández E, Ortega H. Validez y reproductibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un Hospital de Cardiología. *Salud Mental*. 1991; 14 (2): 1-6.
- 41- Jurado S, La estandarización del inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México, *Salud Mental*. 1998; 21(3): 26-31.
- 42.-García G, Hernández S, García F. Ansiedad, Burnout y satisfacción personal en una muestra de trabajadores de Chiapas. Febrero-Marzo 2010, 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis* 2010

## XI. ANEXOS

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

### **PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGIA ANSIOSA Y DEPRESIVA EN MADRES DE NIÑOS ESCOLARES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD**

Registrado en el Comité Local de Investigación con el número \_\_\_\_\_

El objetivo del estudio es: Estimar la prevalencia de la sintomatología ansiosa y depresiva en madres de niños escolares con diagnóstico de TDAH.

Declaro que el investigador principal me ha informado que no existen riesgos físicos ni mentales por mi participación en el estudio, pero sí posibles beneficios derivados de la detección y tratamiento oportunos de la sintomatología ansiosa y depresiva en mí que pudieran interferir en el seguimiento del tratamiento que recibe mi hijo.

Me ha indicado que mi participación consistirá en completar por escrito un formato de datos sociodemográficos y responder dos escalas para valorar la sintomatología ansiosa y depresiva.

Los investigadores se han comprometido a darme información oportuna sobre los resultados de estas escalas, así responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo o cualquier otro asunto relacionado con la investigación, y en su caso derivarme a el servicio específico si requiero atención médica.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto. También se me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones, en cualquier modalidad, que deriven de este estudio; que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial; y que se me proporcionará la información actualizada que se obtenga durante el estudio.

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE \_\_\_\_\_

TESTIGO \_\_\_\_\_ TESTIGO \_\_\_\_\_

INVESTIGADOR PRINCIPAL Dr. Miguel Palomar Baena  
Calle 18 Núm 86 . Col. Progreso Nacional. Deleg. Gustavo A. Madero. D.F.  
Correo electrónico: [miguel.palomar@imss.gob.mx](mailto:miguel.palomar@imss.gob.mx) Tel. 53 92 21 82 5517316139

INVESTIGADOR ASOCIADO: Dra Sofia M. Colores Ramos Clamont.

## DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Nombre. \_\_\_\_\_  
 Edad. \_\_\_\_\_ Edo. Civil. \_\_\_\_\_  
 Escolaridad. \_\_\_\_\_ Ocupación. \_\_\_\_\_  
 Numero de Hijos \_\_\_\_\_  
 Numero de hijos con TDAH \_\_\_\_\_  
 Edad(es) del hijo(s) con TDAH. \_\_\_\_\_

## INVENTARIO DE BECK

Describa como se ha sentido ya sea la semana pasada, incluso hoy. Lea todas las frases en cada grupo antes de hacer su elección. (Seleccione solo una opción).			
<b>A.- 0 No me siento triste</b> 1. Me siento triste 2. Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer 3. Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar	( )	<b>L.- 0. No he perdido interés en otra gente</b> 1. Estoy menos interesado(a) en otra gente que antes 2. He perdido mi interés en otra gente 3. He perdido todo mi interés en otra gente	( )
<b>B.- 0. No estoy particularmente desilusionado(a) del futuro</b> 1. Estoy desilusionado(a) del futuro 2. Siento que no tengo perspectiva del futuro 3. Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará	( )	<b>M.- 0. Tomo decisiones igual que siempre</b> 1. Evito tomar más decisiones que antes 2. Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora 3. No puedo tomar decisiones por completo	( )
<b>C.- 0 No siento que fallé</b> 1. Siento que existen muchas fallas en mi pasado 2. Siento que fallo más que una persona normal 3. Siento una falla completa como persona	( )	<b>N.- 0 No siento que me vea peor que antes</b> 1 Me preocupa verme viejo(a) o poco atractivo(a) 2 Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo(a) 3 Creo que me veo feo(a)	( )
<b>D.-0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre</b> 1. No disfruto de las cosas como antes 2. No encuentro ya satisfacción real de nada 3. Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo	( )	<b>O.- 0. Puedo trabajar tan bien como antes</b> 1. Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo 2. Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo 3. No puedo hacer nada	( )
<b>E.- 0 No me siento particularmente culpable</b> 1 Me siento culpable buena parte del tiempo 2 Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo 3 Me siento culpable todo el tiempo	( )	<b>P.- 0. Puedo dormir tan bien como siempre</b> 1. No puedo dormir tan bien como antes 2. Me despierto 1 o 2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir 3. Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir	( )
<b>F.- 0. No siento que he sido castigado(a)</b> 1. Siento que podría ser castigado 2. Espero ser castigado 3. Siento que he sido castigado	( )	<b>Q.- 0. No me canso más de lo usual</b> 1. Me canso más fácil que antes 2. Me canso de hacer casi cualquier cosa 3. Me siento muy cansado(a) de hacer cualquier cosa	( )
<b>G.- 0. No me siento desilusionado(a) de mí</b> 1. Estoy desilusionado(a) de mí 2. Estoy disgustado(a) conmigo 3. Me odio	( )	<b>R.- 0. Mi apetito es igual que lo usual</b> 1. Mi apetito no es tan bueno como antes 2. Mi apetito es mucho peor ahora 3. No tengo nada de apetito	( )
<b>H.- 0. No me siento peor que nadie</b> 1. Me critico por mi debilidad o por mis errores 2. Me culpo todo el tiempo por mis faltas 3. Me culpo por todo lo malo que sucede	( )	<b>S.- 0. No he perdido peso</b> 1. He perdido más de 2.5 kg 2. He perdido más de 5 kg 3. He perdido más de 7.5 kg. He intentado perder peso comiendo menos Sí ___ No ___	( )
<b>I.- 0. No tengo pensamientos de suicidarme</b> 1. Tengo pensamientos de muerte, pero no los realizaría 2. Me gustaría matarme 3. Me mataría si pudiera	( )	<b>T.- 0. No estoy más preocupado(a) por mi salud que antes</b> 1. Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores y molestias 2. Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas 3. Estoy tan preocupado(a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más	( )
<b>J.- 0. No lloro más de lo usual</b> 1. Lloro más que antes 2. Lloro ahora todo el tiempo 3. Podía llorar antes pero ahora, aunque quiera, no puedo	( )	<b>U.- 0. No he notado cambios en mi interés por el sexo</b> 1. Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes 2. Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora 3. He perdido completamente el interés en el sexo	( )
<b>K.- 0. No soy más irritable de lo que era antes</b> 1. Me siento más molesto(a) o irritado(a) más fácil que antes 2. Me siento irritado(a) todo el tiempo 3. No me irrito ahora por las cosas que antes sí	( )		

