

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”



TESIS:

TDA-A en madres y padres de niños con TDAH

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

Eva Alicia García Armendáriz

TUTOR:

Dr. Julio César Flores Lázaro

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2019



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.

HOJA DE DATOS

Nombre del Alumno Autor del trabajo de Tesis:

Eva Alicia García Armendáriz

Correo electrónico: dra.eva3@icloud.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

Nombre del Tutor (a):

Dr. Julio César Flores Lázaro

Correo electrónico: juliodf@hotmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

RESUMEN

Introducción: En el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), la heredabilidad ha sido reconocida en diversos estudios. Se ha observado mayor frecuencia del trastorno en familiares de niños afectados; aunque existen reportes sobre la presencia de TDA-A (trastorno por déficit de atención en el adulto) en padres de niños con TDAH, estos estudios aún son escasos e imprecisos: por ejemplos madres versus padres.

Objetivo: Identificar la presencia de síntomas TDA-A en madres y padres de niños con TDAH.

Material y Métodos: 20 dúos (n=40): madre y padres biológicos de niños con diagnóstico de TDAH Usuarios de los servicios del Hospital “Dr. Juan N. Navarro” (HPIJNN).

Criterios de inclusión: Madres y Padres biológicos de niños con diagnóstico de TDAH, con escolaridad mínima de secundaria, que vivan en el mismo domicilio.

Instrumentos: Se realizó la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI-PLUS, el Cuestionario Auto-informado de TDAH en el adulto ASRS v.1.1.

Resultados: Los padres reportaron más datos de inatención, seguidos de los síntomas de hiperactividad y síntomas de impulsividad en el auto reporte ASRS v1.1. No así las madres, que reportan mayor sintomatología de hiperactividad, seguida por síntomas de impulsividad y por último de inatención. En las madres se presentó correlación entre el mayor puntaje total de síntomas de TDA-A en ASRS v1.1 y el trastorno de angustia; los síntomas de hiperactividad también correlacionaron con la presencia de Episodio Depresivo Mayor.

Conclusiones: Existen diferencias en la presentación de sintomatología de TDA-A entre ambos sexos, presentando también diferentes correlatos con la psicopatología.

Términos MeSH: TDA-A, TDAH, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, ASRS v.1.1.

ÍNDICE

	Página
Hoja de datos	1
Resumen	2
Índice	3
Índice de gráficas	4
Índice de tablas	4
Introducción	5
Marco Teórico	5
Planteamiento del Problema	11
Justificación	11
Hipótesis	12
Objetivo general y específicos	12
Material y métodos	13
Consideraciones Éticas	18
Resultados	19
Discusión	22
Conclusiones y recomendaciones	24
Limitaciones y recomendaciones	25
Referencias bibliográficas	26
Anexos	31

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

	Página
Tabla 1. Variables	14
Figura 1. Diagrama de flujo del procedimiento	15
Tabla 2. Cronograma de actividades.	16
Tabla 3. Correlación de puntaje de hiperactividad en ASRS v1.1 con diagnósticos de MINI-PLUS en madres.	21
Tabla 4. Correlación de puntaje total en ASRS v1.1 con diagnósticos de MINI-PLUS en madres.	22

ÍNDICE DE GRÁFICAS

	Página
Gráfica 1. Frecuencia de diagnóstico de TDA-A por MINI-PLUS.	20
Gráfica 2. Frecuencia de síntomas de TDA-A por ASRS v1.1.	21

INTRODUCCIÓN

El TDAH, es uno de los padecimientos más diagnosticados en la población escolar. Tiene una alta prevalencia, según datos de la organización mundial de la salud se estima del 5 a 8% para los niños y adolescentes y 4 a 6% en la edad adulta. Es uno de los padecimientos con mayor heredabilidad, con un predominio de influencias genéticas en la etiología del trastorno. Si bien los estudios no excluyen la importancia de factores medioambientales, ellos sugieren que en la mayoría de los casos estos factores interactúan con factores genéticos.

Debido a que los padres representan los principales agentes formativos en el desarrollo psicológico de un niño; es fundamental identificar en ellos la presencia de síntomas de TDA-A, en madres y padres de niños diagnosticados con TDAH; ya que su condición de salud mental podría no favorecer a la identificación de síntomas en sus hijos, llegando a normalizar conductas inadecuadas, proporcionando un soporte familiar con base en parámetros de crianza distorsionados así como otros patrones deficientes, secundarios a la psicopatología no tratada en ellos, influyendo de manera negativa en la evolución del padecimiento de los hijos y el propio. Por lo anterior, resulta de suma importancia identificar síntomas de TDA-A en padres y madres de niños con diagnóstico de TDAH con la finalidad de conocerlas y contrastarlas entre sí, así considerar si se presentan otro tipo de psicopatología; y lo más importante: identificar si estas varían con respecto al género.

Para lo anterior, existen diversos instrumentos de medición como la Escala de Autoinforme de TDAH en adultos (ASRS v1.1), así como la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI-PLUS, que evalúan síntomas en esta población, cuyos resultados son de utilidad para el diagnóstico de dicho trastorno y comorbilidades respectivamente.

MARCO TEÓRICO

Los padres cuyos hijos sufren síntomas psiquiátricos, presentan mayor riesgo de tener síntomas psiquiátricos; los estudios que miden los síntomas o diagnósticos de los padres en familias con niños y adolescentes en clínicas que atienden trastornos mentales, han

encontrado en repetidas ocasiones un aumento de los promedios o tasas de prevalencia de psicopatología en los padres¹. La mayoría de estos estudios se centraron en la ansiedad de los padres y los síntomas o trastornos depresivos, algunos también mostraron tasas elevadas en el TDAH y trastorno de personalidad antisocial^{1,2}. En una muestra de niños de una clínica ambulatoria psiquiátrica se detectó que el 24% de las madres y los padres tuvieron puntuaciones de síntomas subclínicos en diversas escalas de trastornos internalizados y externalizados². Estos síntomas de los padres no son siempre equivalentes a los problemas psiquiátricos de sus hijos, por ejemplo, los padres pueden sufrir síntomas depresivos, mientras que a sus hijos tienen un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), Ansiedad, TDAH, Esquizofrenia, o Trastorno disocial oposicionista desafiante⁶. Diveros factores pueden influir en el riesgo de síntomas psiquiátricos de los padres, también existen varias razones por las cuales el riesgo de síntomas parentales puede depender de un trastorno de la infancia^{1,2}. Una razón es que la heredabilidad, causa importante de trastornos psiquiátricos en familias, ya que esta varía entre el 40% (para la depresión y la ansiedad) y el 80% (para, por ejemplo, TDAH y TEA)³. Estas diferencias en la heredabilidad pueden dar lugar a variaciones en el riesgo de trastornos psiquiátricos en padres con hijos afectados por diferentes tipos de psicopatología.

El TDAH, fue definido en 1994 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el síndrome caracterizado por diversos síntomas como la distractibilidad, desinhibición, impulsividad, hiperactividad, los cambios marcados de humor y la agresividad^{4,5}. Este trastorno del neurodesarrollo presenta en la actualidad, una mayor prevalencia e impacto en la población infantil, caracterizada no sólo por los síntomas previamente descritos, sino también por un fuerte impacto en la funcionalidad del individuo⁵. A lo largo del tiempo, se ha reconocido que la prevalencia de este trastorno en la edad adulta continúa siendo elevada⁵, evidenciando que de los niños diagnosticados, al menos dos tercios continúan con la sintomatología en la edad adulta⁴⁻⁶.

Las manifestaciones clínicas del TDAH, van cambiando en la adolescencia y edad adulta⁷. Específicamente en este trastorno, estudios de familias y gemelos describen una alta heredabilidad, ya que tiende a presentarse con un riesgo para familiares de primer grado de 5

a 10 veces más que en la tasa de población general^{4, 5}. La proporción de diferencia fenotípica explicada por factores genéticos (heredabilidad) promedia alrededor del 76%⁴. Los individuos con TDAH están en alto riesgo de desarrollar otras comorbilidades psiquiátricas en la infancia, la adolescencia y la edad adulta⁸. La patogénesis de TDAH es multifactorial, la cual se ve influenciada por factores genéticos y ambientales; estudios previos no han mostrado correlaciones sustanciales y significativas entre los subtipos de TDAH en familias^{9, 10}.

Los síntomas del TDAH tienden a cambiar con el tiempo principalmente los síntomas de hiperactividad e impulsividad, siendo el síntoma que más predomina, la inatención¹¹. Durante la infancia, existe más actividad motora, menor capacidad para mantener un esfuerzo sostenido, una mayor frecuencia de los cambios de actividad, existe mayor oposición ante las indicaciones, y por lo tanto las habilidades sociales no resultan apropiadas¹³. Además de lo previamente descrito, los niños tienen dificultades para mantener la atención, que repercute en la disminución de la motivación para alcanzar objetivos, lo anterior aunado a las habilidades sociales inadecuadas, resulta fácil la inadaptación y el rechazo de los compañeros, generando una percepción de sí limitada, baja autoestima¹⁴. Durante la adolescencia, generalmente los varones, disminuyen síntomas de hiperactividad, pero la descrita “intranquilidad interna”, falta de atención persistente, problemas asociados a la regulación emocional, impulsividad e incluso conductas agresivas, continúan. En varones se ha asociado más con conductas de oposición, violencia y trastorno disocial, así como consumo de sustancias, principalmente de alcohol, pero también de otras drogas^{15,16}. En mujeres se ha asociado a mayor dificultad en la regulación emocional y aparición de sintomatología ansiosa, también se ha encontrado asociación con consumo de sustancias, sin embargo esto sigue siendo predominantemente en el hombre¹⁷. Los adultos con TDAH cuyos síntomas persisten en esta etapa, muestran una mayor inestabilidad dentro de sus relaciones interpersonales, se han asociado a matrimonios poco planeados y a una elevada tasa de divorcios, tienden a generar más conflictos interpersonales y continúan con alto grado de desregulación emocional. Con respecto a su funcionalidad, continúan con problemas de organización y planeación incluso en sus actividades cotidianas. En el área laboral, son más acentuados los problemas en la organización y planificación de actividades, con dificultad en la permanencia de trabajos, ocasionando despidos y reacciones afectivas secundarias. Reportan más accidentes de tráfico

y consumo de desustancias así como complicaciones físicas y médicas por el abuso de las mismas, lo anterior, más comúnmente en hombres^{18, 19, 20}.

Algunos estudios aportan que entre el 41% al 55% de las familias nucleares donde es diagnosticado al menos uno de los hijos con TDAH, uno de los padres también se ve afectado²¹⁻²⁴. El TDAH de los padres influye de manera significativa en el funcionamiento laboral con su respectiva repercusión económica, también influye en la dinámica familiar, en la calidad en la relación de pareja, la paternidad o maternidad que se ejerza y por lo tanto es determinante en la calidad de la crianza y de la vida en general de sus hijos^{25, 26}. Otros estudios describen que la falta de atención en el cuidado de los hijos y los actos impulsivos en los padres y madres pueden llegar a poner en situaciones de peligro a los mismos, debido por ejemplo, a la poca capacidad de planeación en la crianza o la manera de conducir el automóvil; generando síntomas de ansiedad persistentes e ideas de culpabilidad ante fracasos cotidianos^{27, 28, 29}. Las familias con padres o madres que padecen TDAH, muestran menor estructura en sus actividades de la vida cotidiana, repercutiendo en un apoyo inadecuado para su funcionamiento y el de sus hijos^{31, 32}.

Estudios de heredabilidad.

A pesar de las investigaciones realizadas y del conocimiento de factores asociados a la presencia del TDAH, en la actualidad las causas del TDAH no se conocen. Aun así, existe una fuerte evidencia de que el TDAH tiene un marcado componente genético. Se considera que el TDAH es un trastorno complejo con una base poligénica, donde la contribución aditiva de varios genes de efecto menor puede intervenir en la expresión del trastorno y a la vez interaccionar con los factores ambientales descritos en el anterior apartado³⁸. Así, la acción combinada de variantes polimórficas funcionales en un cierto número de genes crearía una susceptibilidad al trastorno que no se expresaría en todos los ambientes³⁹. Las evidencias sobre la elevada influencia de los factores genéticos en el TDAH se derivan de estudios familiares, estudios de gemelos y estudios de adopción³⁹⁻⁴².

Los estudios familiares detectan una mayor frecuencia de TDAH en familias donde hay un miembro afectado con el trastorno que en aquellas sin miembros con TDAH. Los familiares de primer grado (padres o hermanos) de pacientes con TDAH muestran un riesgo incrementado

de presentar también el trastorno⁴²⁻⁴⁵. Los estudios muestran que los hermanos o padres de pacientes tienen un riesgo incrementado de TDAH, con un rango de, entre dos y ocho veces más que los sujetos sin familiares con el trastorno⁴⁵. En el mismo sentido, se ha descrito que los hermanastros de pacientes con TDAH presentan un menor riesgo de TDAH en comparación a los hermanos con ambos padres biológicos comunes, lo que apoya la idea de una mayor influencia genética en el TDAH que no ambiental⁴⁶⁻⁴⁸. De forma global, el riesgo relativo de TDAH en los familiares de primer grado de los pacientes con el trastorno es entre 4,0 y 5,4^{43-44,49}.

Los estudios genéticos con gemelos se iniciaron con el objetivo de poder dilucidar mejor la base genética del trastorno, ya que los estudios familiares no pueden discernir si es el ambiente familiar o los factores genéticos, lo que predispone en mayor o menor medida a la aparición de un TDAH. Estos estudios han demostrado de forma consistente una significativa participación de los factores genéticos en la varianza del TDAH y han permitido conocer el grado de heredabilidad del trastorno^{42-43,50}. Los estudios de gemelos ofrecen valores de concordancia entre el 50% y el 80% en gemelos monozigóticos, y del 30-40% en gemelos dizigóticos⁵¹.

En un análisis conjunto de 20 estudios sobre gemelos, realizados en diferentes contextos culturales, se ha estimado la heredabilidad del TDAH en un 76%. Esto supone que el TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos con mayor heredabilidad⁴³⁻⁴⁵.

Se ha descrito una mayor heredabilidad para los síntomas de hiperactividad- impulsividad (88%) que para los de inatención (79%). Estos resultados están en la misma línea que otros trabajos. Los estudios poblacionales con gemelos han permitido observar que existe una sobreposición a nivel genético de los síntomas de inatención y los de hiperactividad; ambas dimensiones comparten factores genéticos y a la vez presentan diferencias genéticas⁵².

Los estudios de adopción también han encontrado una etiología genética en el TDAH. Si los estudios con gemelos permiten estudiar mejor la predisposición genética con respecto a los trabajos familiares, los de adopción han permitido observar cómo los factores ambientales tienen un menor peso respecto a la carga genética. Los resultados han sido congruentes con los anteriores estudios, observándose una alta implicación de los factores genéticos. La

frecuencia del TDAH es mayor en los familiares biológicos de los sujetos con TDAH que en los familiares adoptivos^{49, 53}.

Los estudios genéticos que se han comentado (familiares, gemelos y adopción), a parte de demostrar la contribución de factores genéticos en el TDAH, han aportado evidencias de la validez del diagnóstico del TDAH en adultos. En diferentes estudios se ha observado un mayor riesgo de padecer el trastorno en hijos de adultos con TDAH que entre familiares de niños con TDAH^{45, 47}. Por ejemplo, los hijos de adultos con TDAH presentaron en un 57% de los casos TDAH y los hermanos de niños con el trastorno un 15%⁵⁰.

De alguna forma, los pacientes que evolucionan hasta la edad adulta con el trastorno parecen exhibir una mayor carga genética que aquellos en los que el TDAH remite en la adolescencia^{49, 50}. En un estudio se observó que los padres de niños con TDAH persistente en la adolescencia presentaban un riesgo 20 veces superior de presentar TDAH respecto a los padres de los controles, mientras que en los que el trastorno remitía en la adolescencia, los padres presentaban un riesgo de TDAH sólo 5 veces superior al grupo control. En el mismo sentido, los hermanos de sujetos con TDAH persistente muestran un riesgo 17 veces superior al grupo control de tener el trastorno y en los que el TDAH remite con la edad, los hermanos presentan un riesgo 4 veces superior a los hermanos del grupo control⁴⁷.

Instrumentos clínicos de evaluación.

Existen diversos instrumentos que apoyan el diagnóstico del clínico en la evaluación de síntomas de TDAH, uno de ellos es la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI-PLUS), que comprende una serie de preguntas cuyo resultado tiene uso clínico para el diagnóstico de los diversos trastornos mentales y del comportamiento, de acuerdo al DSM-IV, con adecuada validez en consecuencia³³.

Existen también escalas de autorreporte y tamizaje de TDA-A, como la ASRS: "Adult Self-Report Scale Symptom Checklist" (ASRS), misma que se desarrolló en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS); tiene un tiempo de aplicación entre 5 a 10 minutos, está conformado por 18 reactivos y evalúa la prevalencia de síntomas del TDA-A, según los criterios de la OMS. La escala ASRS v1.1 se compone de tres partes definidas

como A, B y C. La primera va del reactivo 1 al 6 y comprende la sintomatología de inatención, el segundo, del reactivo 7 al 12, identifica los síntomas del predominio hiperactivo y la tercera del predominio impulsivo^{28, 29}. En diversos estudios se ha encontrado que la escala ASRS clasifica hasta el 60% de los casos como probables clínicos³¹ ya que muestra buena validez concurrente con la FASCT, especialmente la versión corta de seis reactivos, por lo que su uso en estudios epidemiológicos en poblaciones universitarias en México parece tener buen sustento³². Esta escala resulta sumamente sensible con respecto a la sintomatología presente en el diagnóstico de TDAH, sin embargo poco específica, ya que síntomas como lo que se describen e incluso en conjunto, pudieran estar presentes en otros trastornos mentales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El enfoque familiar en salud mental infantil y adolescente es uno de los enfoques con mayor éxito, ya que plantean intervenciones no solo enfocadas a la psicopatología del niño o adolescente sino a identificar factores de riesgo medioambientales, familiares, parámetros de crianza, entre otros, con la finalidad de incidir en ellos. Lo anterior con el objetivo de mejorar el pronóstico del paciente. Por lo anterior, resulta de suma importancia identificar síntomas de TDA-A en madres y padres de niños con diagnóstico de TDAH, así como contar con procedimientos económicos (materiales, humanos, etc.) para identificar además de TDA-A, problemas de salud mental en los padres de niños con TDAH. La falta de conocimiento sobre las diferencias de los principales trastornos comorbidos al TDA-A para madres versus padres de niños con TDAH, impide al clínico realizar una búsqueda más específica de los perfiles típicos de este tipo de padres.

¿Cuáles son los síntomas de TDA-A y su asociación con otras comorbilidades psiquiátricas, en madres y padres de niños con diagnóstico de TDAH, que son atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”?

JUSTIFICACIÓN

A pesar de parecer muy favorable, el enfoque familiar triplica las necesidades de atención, ya que no sólo habría que evaluar al niño, sino a ambos padres. Por lo que la exploración de la utilidad de instrumentos breves que permitan detectar la presencia de psicopatología en ambos padres, sería uno de los principales campos de oportunidad a desarrollar.

El estudio sobre la factibilidad de la escala ASRS v1.1 como un instrumento para detectar de manera rápida síntomas de TDA-A en madres y padres de niños con TDAH, resultará de gran utilidad, ya que el conocimiento de esto, proporcionará al evaluador una correlación clínica, así como un panorama más amplio que le permita contrastar los síntomas de TDA-A en los padres y madres, así como las complicaciones psicopatológicas asociadas, o bien determinar algún otro padecimiento o trastorno mental⁶⁻⁸.

Lo anterior, con la finalidad de demostrar la existencia tanto de TDA-A en los padres, madres o ambos, como de psicopatología u otros trastornos mentales asociados, esto para proponer un estudio integral familiar ante el abordaje de un niño con diagnóstico de TDAH, planteando como área de oportunidad un mejor abordaje, resultados positivos ante el tratamiento y mejor pronóstico. El bienestar y la salud de los padres permite a la familia un mejor funcionamiento, partiendo del concepto de que los padres o madres que padecen TDAH u otra psicopatología, muestran menor estructura en sus actividades de la vida cotidiana e inconsistencias en la crianza, repercutiendo en un apoyo inadecuado para su funcionamiento y el de sus hijos⁶⁻⁸.

HIPÓTESIS

La identificación de síntomas de TDA-A y de comorbilidades psiquiátricas, en madres y padres de niños con TDAH, mediante el uso de instrumentos específicos y factibles, permitirá conocer las asociaciones entre los síntomas, con la finalidad de mejorar la detección oportuna.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

General:

Determinar síntomas de TDA-A y la presencia de comorbilidad psiquiátrica, tanto en padres como en madres de niños con diagnóstico de TDAH, que son atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Específicos:

1. Identificar la presencia y frecuencia de TDA-A en madres y padres de niños con TDAH.
2. Analizar los diversos reactivos de la Escala ASRS-v1.1, tanto en madres como en padres de hijos con diagnóstico de TDAH y comparar-validar con los resultados de la entrevista MINI-PLUS.
3. Analizar la frecuencia y correlación de cada uno de los reactivos de la escala ASRS v1.1 con el diagnóstico de TDA-A (MINI-PLUS), tanto para madres como para padres y determinar la correlación de la escala ASRS v1.1 con la psicopatología comorbida, tanto para madres como para padres detectada en MINI-PLUS.
4. Determinar si el puntaje establecido de 12 o más en la escala ASRS v1.1, es altamente sugestivo de diagnóstico de TDA-A.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño:

Transversal, descriptivo y correlacional.

Muestra:

Este estudio se basó en una muestra previa obtenida del proyecto general denominado “Disfunción ejecutiva en niños con TDAH y en sus padres: influencia de la psicopatología, la parentalidad y la dinámica familiar” cuyo investigador principal es el Dr. Julio Cesar Flores Lázaro; realizado en el periodo de abril 2016 a enero 2018; consta de: 40 individuos, 20 parejas: 20 madres y 20 padres, procreadores biológicos de menores con diagnóstico de

TDAH, con edades de entre 7 y 10 años de edad, usuarios de los servicios del Hospital Dr. Juan N. Navarro.

Criterios de selección:

Inclusión:

1. Padres y madres de niños entre 7 y 10 años, con diagnóstico de TDAH (Criterios DSM-5); que no hayan sido medicados previamente.
2. Que el dúo viva en la misma casa (familia nuclear).
3. Que accedan a participar en el estudio y brinden consentimiento y asentimiento informado.
4. Escolaridad mínima de los padres: secundaria terminada

Exclusión:

1. Padres que vivan separados, o que algunos de ellos no acepten participar en el estudio.
2. Padres con escolaridad menor a secundaria completa.
3. Padres con edad mayor a 55 años.
4. Padres de niños con C.I. menor a 80, con trastorno de lenguaje.
5. Madre con embarazo adolescente.

Eliminación:

1. No completar las evaluaciones.

Variables:

Independientes:

1. Madre de niño con diagnóstico de TDAH.
2. Padre de niño con diagnóstico de TDAH.

Dependientes:

1. Característica de TDA-A.
2. Comorbilidad psiquiátrica.

Tabla 1. Variables de estudio.

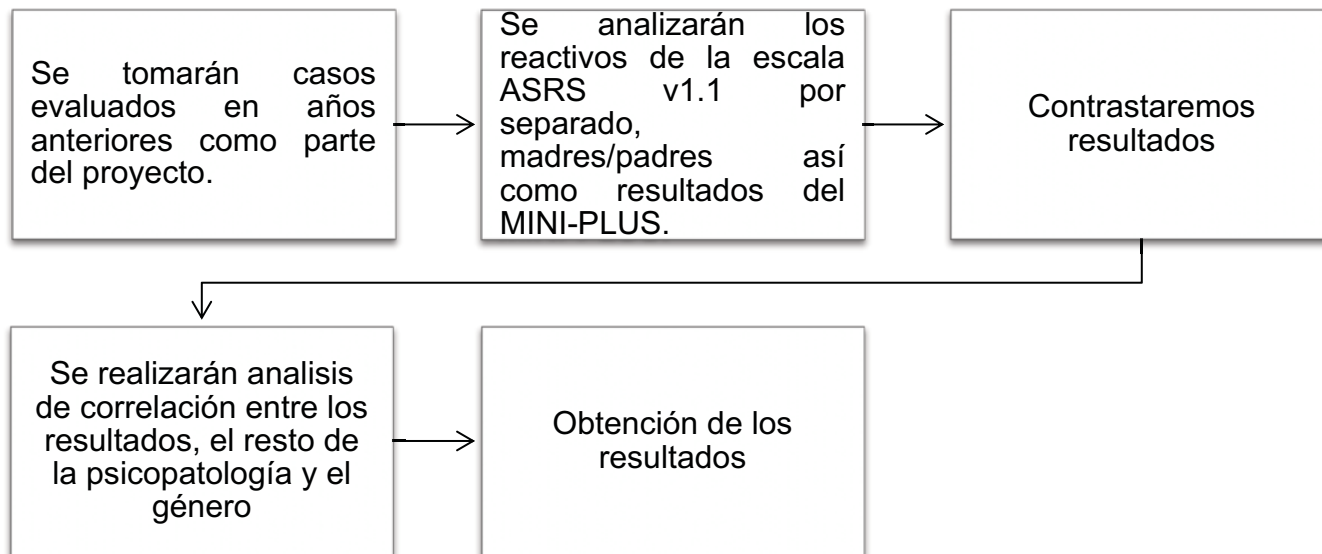
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Medida
Edad	Años vividos por una persona a partir de su nacimiento.	Años vividos al momento de la evaluación.	Paramétrica.	Continua.
Sexo-genero	Características biológicas que identifican a los seres humanos como mujeres u hombres.	Femenino-madre. Masculino-padre.	No-paramétrica.	Dicotómica.
Síntomas de TDAH	Auto-reporte de características sugestivas de TDAH.	Puntuación determinada por la Escala ASRS v1.1	Paramétrica.	Continua.
Diagnóstico de TDAH	Trastorno del neurodesarrollo, caracterizado por la presencia de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad.	Diagnóstico determinado a través de la aplicación de los criterios de la Clasificación DSM-5	No-paramétrica.	Dicotómica: Presente. Ausente.
Comorbilidad psiquiátrica	Presencia de síntomas característicos de algún trastorno psiquiátrico de forma concurrente con otro trastorno psiquiátrico.	Diagnósticos identificados a partir de la Entrevista MINI-PLUS	No-paramétrica.	Dicotómica: Presente. Ausente.
Impulsividad	Falta de control inhibitorio.	Determinación de la severidad de impulsividad, mediante la Escala de Impulsividad de Plutchick.	Paramétrica.	Continua.

Procedimiento:

El presente trabajo es parte del proyecto general: “Disfunción ejecutiva en niños con TDAH y en sus padres: influencia de la psicopatología, la parentalidad y la dinámica familiar” cuyo investigador principal es el Dr. Julio Cesar Flores Lázaro, el cual fue dictaminado por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” y registrado ante la División de Investigación del mismo Hospital con el número de registro II1-01-0815 (anexo 1). El estudio actual, lleva por título “TDA-A en madres y padres de niños con diagnóstico de TDAH”, que fue aprobado por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr.

Juan N. Navarro” con número de registro II1-01-0815/Th (anexo 2). Se tomaran los 40 casos de evaluación de padres y madres integrados y evaluados como parte del proyecto general. Dichos participantes recibieron y firmaron la Carta de Consentimiento Informado (anexo 3), previo al inicio de las evaluaciones (figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo del procedimiento.



Cronograma:

Tabla 2. Cronograma de actividades.

Actividad	Fecha
Elaboración de Protocolo	Junio 2018
Recolección de la muestra	Noviembre 2018
Análisis de resultados	Enero 2019
Elaboración de informe final	Junio 2019
Entrega de resultados	Julio 2019

Instrumentos de medición:

1. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, MINI-PLUS (anexo 4).

Se trata de una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI-PLUS con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para

entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI-PLUS tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso³⁹. Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no. La entrevista está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos²⁷.

2. Escala de Autoreporte de Síntomas de TDAH en Adultos, ASRS v1.1 (anexo 5).

El autorreporte y tamizaje de TDA en el adulto, (ASRS: “Adult Self-Report Scale Symptom Checklist”), se desarrolló en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS); tiene un tiempo de aplicación entre 5 a 10 minutos, está conformado por 18 reactivos y evalúa la prevalencia de síntomas del TDA en adultos, según los criterios de la OMS. La escala ASRS v1.1 se compone de tres partes definidas como A, B y C. La primera va del reactivo 1 al 6 y comprende la sintomatología de inatención, el segundo, del reactivo 7 al 12, identifica los síntomas del predominio hiperactivo y la tercera del predominio impulsivo. El cuestionario autoinformado de cribado del TDAH del adulto (ASRS v1.1) y el sistema de calificación se desarrollaron conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Grupo de Trabajo sobre el TDAH del adulto, que incluyó un equipo de psiquiatras e investigadores, la Escala ASRS v1.1 como herramienta para ayudarse a detectar pacientes adultos con TDAH. Lo averiguado por medio de esta evaluación puede sugerir la necesidad de una entrevista clínica más pormenorizada. Las preguntas que contiene la ASRS v1.1 coinciden con los criterios del DSM-IV y tratan sobre las manifestaciones de los síntomas del TDAH en adultos. El contenido del cuestionario también refleja la importancia que el DSM-

IV le otorga a los síntomas, discapacidades y antecedentes para la obtención de un diagnóstico correcto^{28, 29}.

Análisis estadístico:

Se realizó estadística descriptiva, de frecuencia y de correlación, utilizando la Prueba P de Pearson con Programa SPSS versión 21.

Consideraciones éticas:

De acuerdo con la Ley General de Salud, en su Reglamento en Materia de Investigación para la Salud, en los artículos 1º al 27, se estipulan las consideraciones éticas necesarias para la investigación con seres humanos, es una investigación de mínimo riesgo (nivel I), ya que únicamente se observó a una población de pacientes en un estudio transversal. El procedimiento se llevó a cabo de acuerdo a lo descrito en la NOM-012-SSAA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Se aplicaron escalas e instrumentos clinimétricos que no requieren algún método invasivo, tampoco se manipula la conducta del individuo. Los sujetos de estudio no recibieron ningún beneficio inmediato del estudio. El proyecto general fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro” (anexo 6), así como el proyecto actual (anexo 7). Siendo así que, los sujetos de estudio se encontraron en un marco de bienestar, no se generaron costos excesivos ni riesgos para el paciente. Adicionalmente, la autora del presente estudio, realizó en curso en línea “Protecting Human Subject Research Participants”, impartido por los National Institutes of Health de EUA (anexo 8).

RESULTADOS

Descripción de la muestra.

Se realizaron evaluaciones completas a 20 madres y 20 padres. En el grupo de madres, la edad mínima encontrada fue de 28 y la máxima de 46; en el grupo de padres el rango fue de 29 años a 53 años de edad. En cuanto a escolaridad, los 40 participantes con escolaridad mínima de secundaria. Al momento de la aplicación de los instrumentos, los padres vivían

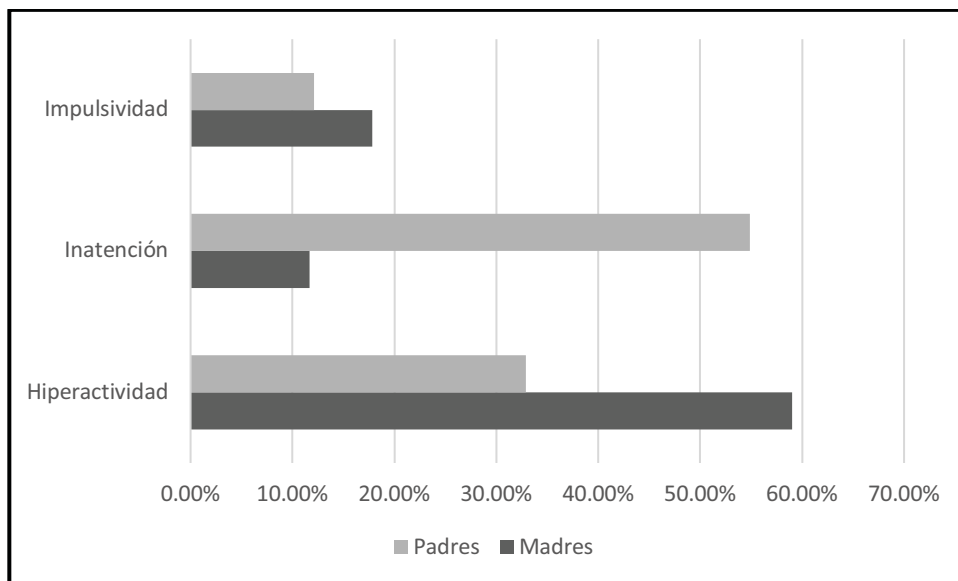
juntos, son madres y padres de un hijo con diagnóstico de TDAH, mismo que fue procreado después de la etapa de adolescencia de ambos padres.

TDA-A.

Con respecto a los resultados del auto reporte ASRS v1.1 de 18 reactivos, tomando en cuenta que un puntaje total de 24 o mayor a éste es sugestivo de diagnóstico de TDA-A. En la muestra, el 31.57% de las madres reportó puntaje sugestivo del mismo. En cuanto a lo reportado por los padres, se observa un 47.36% con un diagnóstico sugestivo de TDA-A.

Dentro de los resultados de la escala ASRS v1.1 y sus apartados, encontramos diferencias en la frecuencia de la sintomatología de hiperactividad, inatención e impulsividad que presentan las madres en comparación con los padres de hijos con diagnóstico de TDAH. Los padres reportan más datos de inatención, seguidos de los síntomas de hiperactividad y por último los síntomas de impulsividad. No así las madres, quienes reportan más sintomatología de hiperactividad, seguida por los síntomas de impulsividad y por de inatención (gráfica 1).

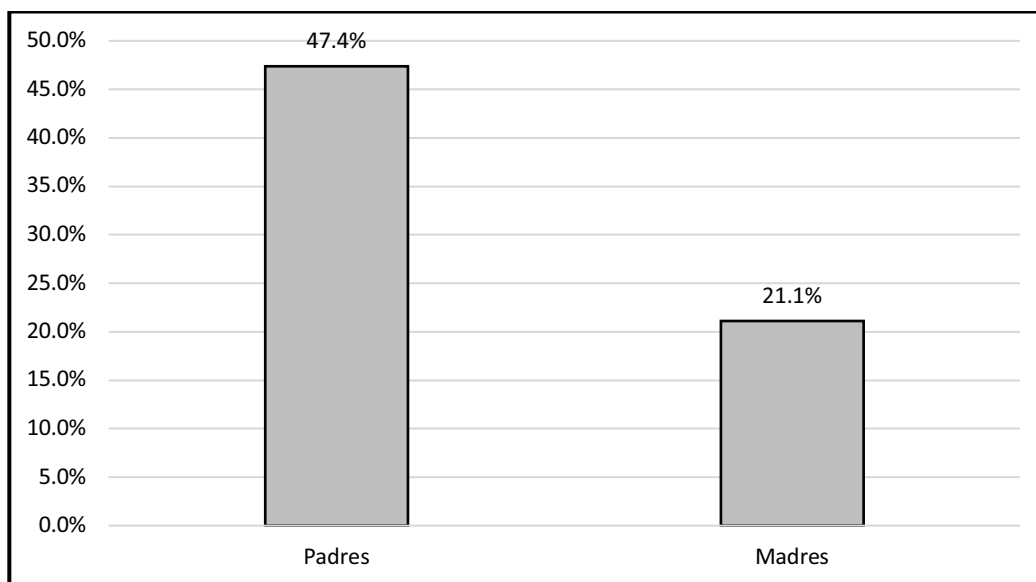
Gráfica 1. Frecuencia de síntomas de TDA-A por ASRS V1.1.



Comorbilidad psiquiátrica.

Con respecto a la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI-PLUS), se encontró que el 21.1% de las madres y el 47.4% de los padres cuentan con diagnóstico de TDA-A (Gráfica 2).

Gráfica 2. Frecuencia de diagnóstico de TDA-A por MINI-PLUS.



En un segundo análisis, se realizaron correlaciones de Pearson, de los puntajes desglosados de la sintomatología de TDA-A (Hiperactividad, inatención e impulsividad) por ASRS V1.1 y los principales diagnósticos obtenidos por MINI-PLUS, tanto en padres como en madres, encontrando algunos con una relevancia estadísticamente significativa.

La relación del puntaje de síntomas de hiperactividad en madres con el diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor que representa ($r = 0.569$, $p = 0.009$), (tabla 3).

Tabla 3. Correlación de puntaje de síntomas de hiperactividad por ASRS V1.1 con diagnósticos por MINI-Plus en madres.

Medida de correlación		TDA-A	EDM	Distimia	TAG	T.Angustia	Agorafobia	Fobia esp.	Dep. alcohol
Puntaje de hiperactividad	Correlación de Pearson	0.195	0.569**	0.114	-0.234	0.406	0.409	-0.125	0.358

por ASRS V1.1	Sig. (bilateral)	0.410	0.009	0.633	0.321	0.076	0.073	0.600	0.121
	N	20	20	20	20	20	20	20	20

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Otra asociación estadísticamente significativa ($r = 0.464$, $p = 0.070$), con respecto a un mayor puntaje total en el autorreporte de ASRS V1.1 y el diagnóstico de trastorno de angustia en madres (tabla 4).

Tabla 4. Correlación de puntaje total de ASRS v1.1 con diagnósticos por MINI-PLUS en madres.

Medida de correlación		TDA-A	EDM	Distimia	TAG	T.Angustia	Agorafobia	Fobia esp.	Dep. alcohol
Puntaje de hiperactividad por ASRS V1.1	Correlación de Pearson	0.301	0.414	0.050	-0.218	0.464*	0.321	-0.130	0.357
	Sig. (bilateral)	0.197	0.070	0.833	0.355	0.039	0.168	0.585	0.122
	N	20	20	20	20	20	20	20	20

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En el resto de las correlaciones de síntomas de TDA-A por ASRS V1.1 y los principales diagnósticos evaluados por MINI-PLUS, encontramos resultados en un nivel crítico mayor al nivel de significación establecido, por lo que se asume que éstas no fueron estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

La presente tesis se basó en tres premisas principales: 1. Los padres representan los principales agentes formativos del desarrollo psicológico de un niño, 2. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es uno de los padecimientos más altamente heredables²⁻⁵, 3. No existen estudios suficientes que describan las diferencias en los principales síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad entre las madres y los padres de hijos con diagnóstico de TDAH.

Por lo anterior, resulta de suma importancia identificar síntomas de TDA-A en los padres y madres de niños con diagnóstico de TDAH, con la finalidad de conocerlos y contrastarlos, así como asociarlos con la psicopatología comorbida. Existen diversas escalas como la Escala de Autoinforme de TDAH en adultos (ASRS-v1.1), que evalúa síntomas en esta población, cuyos resultados son de utilidad para la evaluación integral y el diagnóstico de TDA-A.

El promedio de los puntajes totales de ASRS V1.1, se asocia con mayor psicopatología en los diagnósticos por MINI-PLUS. Por lo anterior, los resultados demuestran que la escala ASRS V1.1, es altamente sensible a la sintomatología para TDAH, sin embargo no resulta específica, ya que dicha sintomatología podría explicarse por la presencia de otro trastorno mental.

Dentro de la frecuencia en el reporte de síntomas de TDA-A, encontramos diferencias entre padres y madres. Los padres reportan más datos de inatención, seguidos de los síntomas de hiperactividad y por último los síntomas de impulsividad. No así las madres, quienes reportan más sintomatología de hiperactividad, seguida por los síntomas de impulsividad y por último de inatención. Lo anterior nos describe a un grupo de madres con aumento en la sintomatología para TDAH, que podría explicarse por una elevada comorbilidad con trastornos depresivos y ansiosos.

En el presente trabajo, se identificó una mayor frecuencia de síntomas de TDA-A en padres de niños con diagnóstico de TDA-A que en madres, a razón de 47.4% y 21.2% respectivamente, lo anterior mediante la aplicación de la escala de auto reporte ASRS v1.1, a diferencia de lo arrojado por la Entrevista Neuropsiquiátrica, que reporta a un el 31.57% de las madres con un puntaje sugestivo de diagnóstico de TDA-A y los padres un 47.36%; coincidiendo ambos resultados con la literatura, que marca una mayor prevalencia de este trastorno en hombres que en mujeres³⁰. Sin embargo con la observación de que las mujeres reportan mayor sintomatología de TDA-A en el cuestionario autoaplicable que en el heteroaplicable, pudieramos sugerir, que esto se debe a la elevada sensibilidad descrita en estudios realizados sobre el instrumento ASRS v1.1, con adecuadas cifras de validez convergente, sensibilidad, especificidad y capacidad diagnóstica³⁷.

Existe en la actualidad un creciente interés en la investigación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, población adulta, existen evidencias clínicas de que los déficits no desaparecen con la maduración, acaso se modifican, y provocan importantes dificultades en la adaptación de las personas que la padecen⁵²⁻⁵³. Los adultos con síntomas de TDA-A muestran un peor ajuste en su vida familiar y mayor comorbilidad psicopatológica³⁻⁶. En nuestro estudio, en correlaciones estadísticas, detectamos algunas significativas; los resultados muestran que las mujeres con mayor puntaje en síntomas de hiperactividad auto reportadas por ASRS V1.1, se asocian de manera significativa con el diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor, mientras que también en madres, un mayor puntaje total del auto reporte ASRS, se asocia significativamente con el diagnóstico de Trastorno de angustia. Se deberá considerar la comorbilidad de TDA-A con trastornos afectivos para evitar enmascarar o solapar dichas entidades entre ellas³⁷. Se encontraron diferencias significativas entre madres y padres de niños con TDAH; no sólo en el TDA-A, sino en la comorbilidad presentada, y en la correlación de esta comorbilidad con las características de TDA-A. Lo que sugiere una evaluación más específica sobre síntomas desglosados de la clinimetría el TDA-A y su relación con otros trastornos mentales.

CONCLUSIONES

1. La presencia y frecuencia de TDA-A en padres de niños con diagnóstico de TDAH, es mayor.
2. De acuerdo con la Escala ASRS-V1.1, los padres reportaron más datos de inatención, seguidos de los síntomas de hiperactividad y por último los síntomas de impulsividad. Las madres, reportan más sintomatología de hiperactividad, seguida por los síntomas de impulsividad y por último de inatención.
3. La comorbilidad psiquiátrica asociada a TDA-A, que resulto significativa fue en madres con trastorno de angustia, así como con episodio depresivo mayor.

4. Los puntajes de 12 o más en la Escala ASRS v1.1, son altamente sugestivos de diagnóstico de TDA-A y correlacionan con instrumentos como la MINI-PLUS, por lo que puede ser utilizada por el clínico como cribado preliminar dentro de la valoración del niño con diagnóstico de TDAH.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

El presente estudio tuvo algunas limitaciones, entre ellas que el tamaño de la muestra de pacientes, sería interesante realizar un amplio estudio comparativo que incluya cuestionarios retrospectivos en torno a la sintomatología de TDAH en la infancia de dichos padres y madres, el apoyo con otros familiares de primer grado de estos, con la finalidad de dar un contexto y evitar solapar síntomas o bien minimizarlos.

Para el médico y principalmente el psiquiatra infantil que valora a un paciente con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, resulta de gran importancia estructurar un programa de tratamiento integral, el cual incluye el soporte familiar adecuado. Conociendo entonces la elevada heredabilidad del trastorno, debemos considerar la incorporación de un instrumento clinimétrico breve y sencillo como el ASRS V1.1, ya que puede ser de utilidad para detectar y sugerir TDA-A en el padre o la madre del menor, para conducir a la valoración por el especialista, con la finalidad de mejorar el pronóstico del niño y una mejora global familiar.

REFERENCIAS

1. Wesseldijk LW, Dieleman GC, Steensel FJA van, Bartels M, Hudziak JJ, Lindauer RJJ, et al. Risk factors for parental psychopathology: a study in families with children or adolescents with psychopathology. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Springer Berlin Heidelberg; 2018.
2. Middeldorp CM, Wesseldijk LW, Hudziak JJ, Verhulst FC, Lindauer RJJ, Dieleman GC. Parents of children with psychopathology: psychiatric problems and the association with their child's problems. *Eur Child Adolescents Psychiatry*. 2016.
3. Wesseldijk LW, Dieleman GC, Steensel FJA van, Bartels M, Hudziak JJ, Lindauer RJJ, et al. Risk factors for parental psychopathology: a study in families with children or adolescents with psychopathology. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Springer Berlin Heidelberg; 2018.
4. Cardo E, Servera M. Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología* 2005; 40: 11-15.
5. Chen W, Zhou K, Sham P, Franke B, Kuntsi J, Campbell D, and cols. DSM-IV combined type ADHD shows familial association with sibling trait scores: a sampling strategy for QTL linkage. *American Journal of Medical Genetic Part B-Neuropsychiatric Genetic* 2008;147B(8): 1450-60.
6. Faraone SV, Biederman J, Monuteaux MC. Toward guidelines for pedigree selection in genetic studies of attention deficit hyperactivity disorder. *Genetic Epidemiology* 2000;18(1):1-16.
7. Cornejo W, Osío O, Grisales H, Sánchez Y, Castillo H, Carrizosa J, et al. Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista de Neurología* 2005; 40: 716-722.
8. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, Sklar P. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry* 2005;57(11):1313-23.
9. Middeldorp CM, Wesseldijk LW, Hudziak JJ, Verhulst FC, Lindauer RJJ, Dieleman GC. Parents of children with psychopathology: psychiatric problems and the association with their child's problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016.
10. Polderman TJ, Benyamin B, de Leeuw CA, Sullivan PF, van Bochoven A, Visscher PM, Posthuma D. Meta-analysis of the heritability of human traits based on fifty years of twin studies. *Nat Genet* 47. 2015.
11. Barkley RA. ADHD and the nature of self-control. New York: Guilford Press, 1997. Casas AM, Merelo CB, Diago CC, Roselló R. Influence of the symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and comorbid disorders on functioning in adulthood. *Psicothema* 2014; 26: 471-476.
12. Ramos-Quiroga J. TDAH en adultos: factores genéticos, evolutivos y tratamiento farmacológico - Tesis de Grado Psiquiatría y Psicología Clínica. Barcelona, España Universidad de Barcelona, 2014.
13. Poza-Díaz MDP, Valenzuela-Moreno MV, Becerra-Alcántara D. Guía Clínica: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Guías Clin del Hosp Psiquiatr Infant "Dr Juan N Navarro"*. 2007;1-29.
14. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiología de la / hiperactividad por déficit de atención durante toda la vida. *Curr Opin Psiquiatría*. 2007; 20: 386-392.

15. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. La prevalencia mundial de ADHS: una revisión sistemática y análisis de metarregresión. *Am J Psychiatry*. 2007; 164: 942-948.
16. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. La prevalencia mundial de ADHS: una revisión sistemática y análisis de metarregresión. *Am J Psychiatry*. 2007; 164: 942-948.
17. Faraone SV, Doyle AE. The nature and heritability of attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2001;10(2): 299–316.
18. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry*. 2000;157:816–818.
19. Greenhill LL, Posner K, Vaughan BS, Kratochvil CJ. Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2008;17(2):347–366.
20. Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child*. 2005; 90(Suppl 1):i2–i7.
21. Hoza B. Peer functioning in children with ADHD. *Ambul Pediatr*. 2007;7(1 Suppl):101–106.
22. Loe IM, Feldman HM. Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Ambul Pediatr*. 2007;7:82–90.
23. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45:192–202.
24. Davidson MA. ADHD in adults: a review of the literature. *J Atten Disord*. 2008;11(6):628–641.
25. Fischer M, Barkley RA, Smallish L, Fletcher K. Hyperactive children as young adults: driving abilities, safe driving behavior, and adverse driving outcomes. *Accid Anal Prev*. 2007;39:94–105.
26. Takeda T, Stotesbery K, Power T, et al. Parental ADHD status and its association with proband ADHD subtype and severity. *J Pediatr*. 2010;157:995–1000.
27. Banks T, Ninowski JE, Mash EJ, Semple DL. Parenting behavior and cognitions in a community sample of mothers with and without symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Fam Stud*. 2008;17(1):28–43.
28. Harvey E, Danforth JS, McKee TE, Ulaszek WR, Friedman JL. Parenting of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): the role of parental ADHD symptomatology. *J Atten Disord*. 2003;7(1):31–42.
29. Murray C, Johnston CJ. Parenting in mothers with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Psychol*. 2006;115(1):52–61.
30. Weiss M, Hechtman L, Weiss G. ADHD in parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(8):1059–1061.
31. Johnston C, Mash EJ, Miller N, Ninowski JE. Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clin Psychol Rev*. 2012;32(4):215–228.
32. Kendziora KT, O’Leary SG. Dysfunctional parenting as a focus for prevention and treatment of child behavior problems. *Adv Clin Child Psych*. 1993;15:175–206.
33. Mokrova I, O’Brien M, Calkins S, Keane S. Parental ADHD symptomatology and ineffective parenting: the connecting link of home chaos. *Parent Sci Pract*. 2010;10:119–135.
34. Ernesto Reyes-Zamorano, Karina Lucero García-Vargas, Lino Palacios-Cruz. Validación concurrente en población mexicana universitaria de la escala de autorreporte de TDAH

- en el adulto de la Organización Mundial de la Salud. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Revista de investigación clínica. 2015.
35. Pliszka S; AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:894–921.
 36. Acosta-López J, Cervantes-Henríquez ML, Jimenez-Figueroa G, Nuñez-Barragan M, Sanchez-Rojas M, Puentes-Rozo P. Uso de una escala comportamental Wender Utah para evaluar en retrospectiva trastorno de atención-hiperactividad en adultos de la ciudad de Barranquilla. *Universidad y Salud* 2013; 15:45-61.
 37. Moriyama TS, Cho AJM, Verin RE, Fuentes J, Polanczyk GW. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines 2017.
 38. Eakin, L., Minde, K., Hechtman, L., Ochs, E., Krane, E., Bouffard, R., Greenfield, B., Looper, K.. The marital and family functioning of adults with ADHD and their spouses. *Journal of Attentional Disorders*. 2014.
 39. Reuter, M., Kirsch, P. y Hennig, J. (2005). Inferring candidate genes for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) assessed by the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS). *Journal of Neural Transmission*, Jan 2006.
 40. Comings, D. E., Gade-Andavolu, R., Gonzalez, N., et al. Multivariate analysis of associations of 42 genes in ADHD, ODD and conduct disorder. *Clin Genet* (2000) 58(1):31-40.
 41. Faraone, S. V. Genetics of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am* (2004) 27(2):303-21.
 42. Faraone, S. V., and Biederman, J. Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* (1998) 44(10):951-8.
 43. Faraone, S. V., Biederman, J., Doyle, A., et al. Neuropsychological studies of late onset and subthreshold diagnoses of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* (2006a) 60(10):1081-7.
 44. Faraone, S. V., Biederman, J., Feighner, J. A., et al. Assessing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: which is more valid? *J Consult Clin Psychol* (2000a) 68(5):830-42.
 45. Biederman, J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a life-span perspective. *J Clin Psychiatry* (1998) 59 Suppl 7:4-16.
 46. Biederman, J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry* (2005) 57(11):1215-20.
 47. Biederman, J., Baldessarini, R. J., Wright, V., et al. A double-blind placebo controlled study of desipramine in the treatment of ADD: III. Lack of impact of comorbidity and family history factors on clinical response. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (1993a) 32(1):199- 204.
 48. Faraone, S. V., Biederman, J., and Friedman, D. Validity of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: a family study perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (2000b) 39(3):300-7.
 49. Faraone, S. V., Biederman, J., Keenan, K., et al. A family-genetic study of girls with DSM-III attention deficit disorder. *Am J Psychiatry* (1991) 148(1):112-7.

50. Faraone, S. V., Biederman, J., and Mick, E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* (2006b) 36(2):159-65.
51. Faraone, S. V., Biederman, J., and Monuteaux, M. C. Toward guidelines for pedigree selection in genetic studies of attention deficit hyperactivity disorder. *Genet Epidemiol* (2000c) 18(1):1-16.
52. Faraone, S. V., Biederman, J., and Monuteaux, M. C. Attention deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder in girls: further evidence for a familial subtype? *J Affect Disord* (2001a) 64(1):19-26.
53. Goodman, R., and Stevenson, J. A twin study of hyperactivity--II. The aetiological role of genes, family relationships and perinatal adversity. *J Child Psychol Psychiatry* (1989b) 30(5):691-709.
54. McLoughlin, G., Ronald, A., Kuntsi, J., et al. Genetic support for the dual nature of attention deficit hyperactivity disorder: substantial genetic overlap between the inattentive and hyperactive-impulsive components. *J Abnorm Child Psychol* (2007) 35(6):999-1008.
55. Albers-Corush, J., Firestone, P., and Goodman, J. T. Attention and impulsivity characteristics of the biological and adoptive parents of hyperactive and normal control children. *Am J Orthopsychiatry* (1986) 56(3):413-23.

ANEXOS

Anexo 1. Dictamen de aprobación para el proyecto general de investigación por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



"2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal"



México D.F. a 11 Febrero 2016

Asunto: Aprobación

Oficio: 053

Dr. Julio César Flores Lázaro

Presente:

Por este medio le informamos que el proyecto de investigación de inicio titulado *"Heredabilidad y epigenética de la disfunción ejecutiva en niños con trastorno por déficit de atención"* con clave de registro **III/01/0815**, y que por sugerencia de este comité cambia su título a *"Disfunción ejecutiva en niños con TDAH y en sus padres, influencia de la psicopatología, la parentalidad y la dinámica familiar"*, se han revisado las modificaciones sugeridas y ha sido dictaminado como **aprobado**.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

Dra. Rosa Elena Ulloa Flores
Presidenta del Comité de Investigación

Anexo 2. Carta de aprobación para el estudio actual, por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro".



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



2019
BICENTENARIO DE EMILIANO ZAPATA



Ciudad de México, 26 de junio de 2019.
Asunto: Registro de tesis derivada.

Dr. Julio Cesar Flores Lázaro
Investigador responsable
Presente.

Relacionado con el proyecto a su cargo y que se especifica a continuación:

Título del proyecto: "Disfunción ejecutiva en niños con TDAH y en sus padres, influencia de la psicopatología, la parentalidad y la dinámica familiar".

Clave de registro: III/01/0815.

Aprobación CI: 10 de febrero de 2016

Se informa que el proyecto que se especifica se registró en esta división como proyecto de tesis **DERIVADO:**

Título: TDA-A en madres y padres de niños con TDAH.

Clave de registro: III/01/0815/Th

Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente

Tesista: Eva Alicia García Armendáriz

Se notificar las siguientes obligaciones que adquieren el investigador y el tesista:

- Deberá entregar durante la primera semana de noviembre un informe de avances del proyecto derivado así como envío de pdf's de los productos generados al e-mail investigacionnpi@gmail.com (presentaciones en congresos, etc.)
- En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por enmienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente

Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo

Jefa de la División de Investigación

C.d.g. Registro de productividad
Archivo



Anexo 3. Formato de Consentimiento informado.

Consentimiento informado

Proyecto: Disfunción Ejecutiva en niños con TDAH y en sus padres, influencia de la psicopatología, la parentalidad y la dinámica familiar. Registro: II1701/0815.

Como padres, han sido invitados a participar en un proyecto de investigación registrado y aprobado en el Hospital psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro; para conocer si su hijo con TDAH presenta dificultades en “funciones ejecutivas (capacidades que permiten la organización, la regulación y el control cognitivo y de la conducta). Debido a que se ha encontrado alta carga de herencia padres-hijos en el TDAH. Esta misma evaluación se realizará a usted y su esposo(a), con el fin de determinar si presentan alguna disfunción ejecutiva, se conozca cual es; y junto con una evaluación sobre su estilo de ser madre/padre (educar-formar a sus hijos), y algunas características de su salud mental, y de su ambiente familiar; permita conocer la forma en que estas características influyen en la conducta y el desempeño cognitivo de su hijo. Su participación en este proyecto no tendrá ningún costo monetario.

Procedimiento. Se les aplicará tanto a ustedes como a su hijo, una batería de pruebas de funciones ejecutivas (BANFE), y una prueba breve de inteligencia; escalas breves de síntomas de TDAH (A.S.R.S.), de impulsividad (Plutchick); de disciplina (hacia sus hijos) Así como una entrevista psiquiátrica (M.I.N.I.). Todo este procedimiento tomará aproximadamente dos horas. Se realizarán por especialistas, que podrán asesorarlo durante el proceso de la evaluación por si usted tiene dudas o inquietudes que le surjan de las preguntas o las pruebas que se le apliquen.

En el caso en que durante el proceso de evaluación presentarán molestias, incomodidad, o dudas, los profesionales que los estarán evaluando están capacitados para atenderlas de forma inmediata.

Al finalizar el estudio, (en un lapso no mayor a 4 semanas), los resultados estarán disponibles en el expediente clínico de su hijo. Esta información estará disponible en el expediente de su hijo, y los especialistas que lo atienden podrán contar con un conocimiento más específico de la problemática de su hijo. Si se encontrarán características clínicas en alguno o ambos padres, se notificará al profesional tratante para que se les oriente y se les dirija hacia el tratamiento más adecuado.

En cualquier etapa del proceso de la evaluación, o posteriormente en cualquier momento ustedes tienen derecho a solicitar aclaraciones de sus dudas, le solicitamos se dirijan al responsable del proyecto: Dr. Julio César Flores Lázaro (tel: 5544498019, correo electrónico: julionp@gmail.com), o a la psicóloga Eliana Medrano (tel: 5523076416) quienes resolverán sus dudas, en caso de que por alguna circunstancia decidan retirarse del estudio, ellos le proporcionarán un formato por escrito. Los datos que hasta el momento se hayan obtenido de cualquier participante de su familia, serán eliminados. Esta situación no tendrá ningún efecto negativo en el tratamiento que actualmente se ofrece en el hospital.

Si llegará a tener mayores dudas o quejas de la atención recibida o de los procedimientos, podrá dirigirse con la Psic. Cynthia Esperón Vargas (tel. 5535562179) quien es la secretaria del Comité de Ética en Investigación.

Si ustedes aceptan participar en el estudio, aceptan que la información obtenida sea resguardada en una base de datos por el investigador responsable. La identidad personal (nombres y apellidos) será reemplazada por un código de números y letras, de esta forma se garantizará la privacidad de sus datos. La información obtenida de las evaluaciones se utilizará para la redacción de artículos científicos que permitan una mejoría en el conocimiento de la problemática familiar y parental en el trastorno por déficit de atención.

Hemos leído las condiciones del estudio: *Disfunción Ejecutiva en niños con TDAH y en sus padres, influencia de la psicopatología, la parentalidad y la dinámica familiar*; y se nos han aclarado las dudas respectivas.

Aceptamos como padres participar en el proyecto, y autorizamos también la participación de nuestro hijo.

Nombre y firma:

Madre: _____

Padre: _____

Fecha: _____

Testigo 1

Nombre y firma: _____ Fecha: _____

Testigo 2

Nombre y firma: _____ Fecha: _____

Anexo 4. Cuestionario autoinformado de cribado del TDAH del adulto V1.1 (ASRS-V1.1).

Cuestionario autoinformado de cribado del TDAH (trastorno por déficit de atención/hiperactividad) del adulto-V1.1 (ASRS-V1.1)

de la Entrevista diagnóstica internacional compuesta de la OMS
© Organización Mundial de la Salud

¿Padece usted TDAH del adulto?

Las siguientes preguntas pueden ayudarle a averiguarlo.

Muchos adultos padecen el Trastorno por déficit de atención/hiperactividad del adulto (TDAH del adulto) y no se dan cuenta. ¿Por qué? Porque muchas veces sus síntomas se confunden con los de vivir con estrés. Si ha tenido este tipo de frustración la mayor parte de su vida, quizá tenga TDAH del adulto –una enfermedad que su médico puede diagnosticar y tratar.

El siguiente cuestionario puede usarse como punto de partida para ayudarle a reconocer los signos/síntomas del TDAH del adulto pero no pretende reemplazar la consulta con un profesional de la medicina. **Solo puede llegarse a un diagnóstico exacto tras una evaluación clínica.** Independientemente de los resultados del cuestionario, si tiene alguna duda sobre el diagnóstico o tratamiento del TDAH del adulto, consulte a su médico.

Este cuestionario autoinformado de cribado del adulto-V1.1 (ASRS-V1.1) es para individuos mayores de 18 años.

Cuestionario autoinformado de cribado del adulto-V1.1 (ASRS-V1.1)

de la Entrevista diagnóstica internacional compuesta de la OMS © Organización Mundial de la Salud

Nombre _____ Fecha _____

Marque la casilla que mejor describe la manera en que se ha sentido y comportado en los últimos 6 meses. Por favor, entregue el cuestionario completado a su médico durante su próxima visita para discutir los resultados.

	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia tiene usted dificultad para acabar los detalles finales de un proyecto, una vez que ha terminado con las partes difíciles?					
2. ¿Con qué frecuencia tiene usted dificultad para ordenar las cosas cuando está realizando una tarea que requiere organización?					
3. ¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para recordar citas u obligaciones?					
4. Cuando tiene que realizar una tarea que requiere pensar mucho, ¿con qué frecuencia evita o retrasa empezarla?					
5. ¿Con qué frecuencia agita o retuerce las manos o los pies cuando tiene que permanecer sentado por mucho tiempo?					
6. ¿Con qué frecuencia se siente demasiado activo e impulsado a hacer cosas, como si lo empujase un motor?					

Sume el número de marcas que hizo en la zona sombreada. Cuatro (4) marcas o más indican que sus síntomas pueden ser compatibles con los del TDAH del adulto. Podría ser conveniente para usted hablar con su médico acerca de una evaluación.

El cuestionario autoinformado de cribado del TDAH del adulto de 6 preguntas-Versión 1.1 (ASRS-V1.1) es un subgrupo de la Lista de verificación de síntomas del cuestionario autoinformado de cribado del TDAH del adulto de 18 preguntas de la OMS –Versión 1.1 (Adult ASRS-V1.1). AT28491 IMPRESO EN E.E.U.U. 3000054636 0903500 ASRS-V1.1 Screener COPYRIGHT © 2003 Organización Mundial de la Salud - OMS. Reimpreso con autorización de la OMS. Todos los derechos reservados.

AT-C

Escala de Auto-Reporte de Síntomas de TDAH en Adultos (ASRS-V1.1)

Nombre del Paciente	Fecha				
Conteste las siguientes preguntas, midiéndose a sí mismo en cada uno de los criterios mostrados utilizando la escala que se encuentra del lado derecho de la página. Para contestar cada pregunta, marque con una X en el cuadro que mejor describa cómo se ha sentido y comportado en los pasados seis meses. Por favor entregue la lista completa a su doctor para discutirla en la sesión de hoy.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Muy frecuentemente
1. Con cuánta frecuencia tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes más difíciles fueron concluidas?					
2. Con cuánta frecuencia tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?					
3. Con cuánta frecuencia tienes problemas para recordar juntas de trabajo u otras obligaciones?					
4. Cuando tienes una tarea que requiere mucha concentración, con cuánta frecuencia evitas o retrasas empezarla?					
5. Con cuánta frecuencia mueves o retuerces tus manos o pies cuando estás sentado por mucho tiempo?					
6. Con cuánta frecuencia te sientes sobre-activo e impulsado a hacer cosas, como si te moviera un motor?					
SECCIÓN A					
7. Con cuánta frecuencia cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto aburrido o difícil?					
8. Con cuánta frecuencia tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?					
9. Con cuánta frecuencia tienes dificultad para concentrarte en lo que la gente te dice, aún cuando estén hablando contigo directamente?					
10. Con cuánta frecuencia pierdes o tienes dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?					
11. Con cuánta frecuencia te distraes por ruidos o actividades alrededor de ti?					
12. Con cuánta frecuencia te paras de tu asiento en juntas o en otras situaciones en las que se supone debes permanecer sentado?					
13. Con cuánta frecuencia te sientes inquieto o nervioso?					
14. Con cuánta frecuencia tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo para ti?					
15. Con cuánta frecuencia sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones sociales?					
16. Cuando estás en una conversación, con cuánta frecuencia te descubres terminando las oraciones de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?					
17. Con cuánta frecuencia tienes dificultad para esperar tu turno en situaciones en que debes de hacerlo?					
18. Con cuánta frecuencia interrumpes a otros cuando están ocupados?					
SECCIÓN B					

M.I.N.I. PLUS

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

MINI INTERNACIONAL NEUROPSYCHIATRICA EVALUACION

Versión en Español 5.0.0

USA: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida College of Medicine - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Huguerta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine,
Hôpital de la Salpêtrière – Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert
Instituto IAP – Madrid – España
M. Soto, O. Soto
University of South Florida – Tampa-USA
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco, C. Santana

© Copyright 1992-2004 Sheehan DV & Lecrubier Y

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del M.I.N.I. para su uso personal.

M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2004)

Anexo 6. Dictamen de aprobación del proyecto general por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro”.



Comité de Ética en Investigación

“2016, Año del Nuevo Estado de Justicia Penal”

Ciudad de México, 06 de abril de 2016.

Oficio Núm. 15

Dr. Julio César Flores Lázaro.
Responsable de proyecto.
PRESENTE

Por medio de la presente le comunico que derivado de la última revisión realizada a los documentos de Consentimiento y Asentimiento pertenecientes al proyecto de investigación titulado “Disfunción ejecutiva en niños con TDAH y en sus padres, influencia de la psicopatología, la parentalidad y la dinámica familiar” con número de registro **R1/01/0215**, se decidió aprobarlos ya que cumplen con los criterios normativos en materia de Ética en Investigación para ser utilizados en su proyecto.

Asimismo lo exhortó a supervisar que sus colaboradores se mantengan en el cumplimiento de la normatividad vigente en el campo de la ética en investigación durante todas las etapas del estudio.


Atentamente.


Psic. Cynthia Esperón Vargas.
Secretaria del Comité de Ética en Investigación, HPI/DJNN




C.c.p. División de Investigación, HPI/DJNN
C.c.p. Comité de Investigación, HPI/DJNN

Anexo 7. Dictamen de aprobación del proyecto actual por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

 **SALUD**
SECRETARÍA DE SALUD

 **CCINSHAE**
COMISIÓN COORDINADORA DE
INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

SERVICIOS DE ATENCIÓN
PSIQUIÁTRICA

 **53**
HPIJNN
DIRECCIÓN

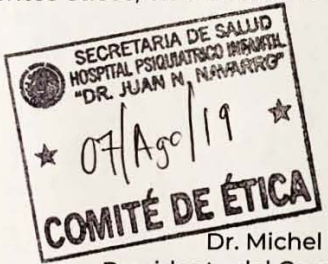
Ciudad de México, 7 de Agosto 2019.

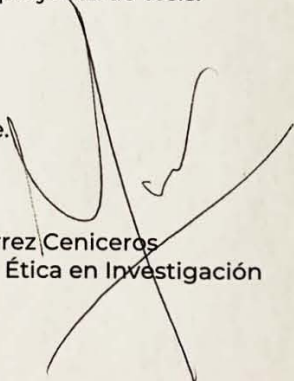
Asunto: Carta de aprobación

Dra. Eva Alicia García Armendáriz
Tesisista

Por medio de la presente hago constar que he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos derivados del proyecto de tesis: “TDA-A en madres y padres de niños con TDAH”.


Por lo que se extiende una carta de conformidad del cumplimiento de los lineamientos éticos, en el desarrollo de su proyecto de tesis.


SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"
★ 07/Ago/19 ★
COMITÉ DE ÉTICA

Atte. 

Dr. Michel Gutiérrez Ceniceros
Presidente del Comité de Ética en Investigación

Av. San Buenaventura 86, Colonia Belisario Domínguez, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14080, CDMX.
+52 (55) 5573 4844, +52 (55) 5573 4866 y +52 (55) 5573 2855. Sitio web www.gob.mx/salud/sap/

 **2019**

Anexo 8. Certificado del curso "Protecting Human Subject Research Participants".

