



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud  
Campo de Conocimiento en Gestión y Políticas en Salud

**Evaluación del Acceso al Diagnóstico Oportuno para el Trastorno por Déficit de Atención  
e Hiperactividad (TDAH). Una Perspectiva del Cuidador Primario**

**T e s i s**

Que para optar por el grado de

**Doctora en Ciencias**

Presenta:

**María Magdalena Martínez Jaime**

Tutora Principal

Dra. Hortensia Reyes Morales

Centro de Investigación en Sistemas de Salud

Instituto de Salud Pública de México

Comité Tutor:

Dr. Julio Flores Lázaro

División de Investigación

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

Dra. Blanca Vargas Terrez

Facultad Mexicana de Medicina

Universidad la Salle

Ciudad Universitaria, CDMX abril, 2022



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.

**DERECHOS RESERVADOS ©**

**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **Dedicatoria**

A la memoria de mis padres, Don José G. Martínez Ruíz y Dra. Ana Ma. Jayme García, por inculcarme la cultura del esfuerzo.

A los amores de mi vida, Pedro, Pedro Alonso y José Emilio, por ser mi más alta motivación y acompañarme siempre.

A mis hermanos, María de Lourdes, Gilberto y Ana María, porque su ánimo ha representado siempre el motor para seguir adelante en los momentos más difíciles.

## **Agradecimientos**

A la UNAM y al programa de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud por haberme dado la oportunidad de adquirir conocimiento en el campo de Gestión y Políticas en Salud, área que apremia de impulso para desarrollarse; ya que su mayor conocimiento sin duda contribuirá a lograr que la cobertura en salud mental llegue de forma más oportuna, eficiente y a un mayor número de personas.

Al Hospital Psiquiátrico Infantil, Dr. Juan N. Navarro, por ser una gran institución que brinda apoyo a los que quieren continuar su interminable proceso enseñanza aprendizaje.

Al CONACYT, por el apoyo económico que me brindó para desarrollar este trabajo.

A mi comité tutor por creer en mí, por su paciencia y sus enseñanzas.

A la Dtte. Ixchel Peyrot Negrete, a la Dra. Pilar Poza Díaz, a la Lic. en Trabajo Social Claudia Mendoza Sánchez y a los cuidadores primarios que participaron en este estudio, ya que sin sus aportaciones este trabajo no hubiera sido posible.

## Índice de contenido

<b>1.</b>	Introducción.....	7
1.1.	Epidemiología del TDAH.....	9
1.2.	El TDAH, su diagnóstico.....	11
1.3.	El TDAH, como problema de Salud Pública.....	14
<b>2.</b>	Marco Conceptual.....	16
2.1	El concepto de acceso al diagnóstico oportuno.....	20
<b>3.</b>	Antecedentes científicos.....	22
<b>4.</b>	Justificación.....	26
<b>5.</b>	Planteamiento del problema.....	27
<b>6.</b>	Objetivos y Supuesto.....	28
<b>7.</b>	Método.....	29
7.1, 7.2 y 7.3	Diseño, Población en estudio, tipo y tamaño de muestra.....	29
7.4	Las diadas, criterios de inclusión y exclusión.....	30
7.5	Diseño Cédula AAcceDa (su validez de apariencia).....	31
7.6	Pilotaje y Resultados de la validez del instrumento.....	32
7.7	Variables del estudio y Definiciones conceptuales y operacionales.....	34
7.8	Procedimiento para evaluar el acceso(indicadores operacionales).....	38
7.8	Análisis estadístico.....	41
7.9	Aspectos éticos. (Dictamen Comité de Ética del Hospital sede).....	42
<b>8.</b>	Resultados.....	43
8.1	Características sociodemográficas de las diadas.....	43
8.2	Barreras y facilitadores para un diagnóstico oportuno.....	47
8.3	Demoras en el acceso al diagnóstico oportuno.....	50
8.3.1	Comparativo de frecuencias con base en las edades de niños y niñas.....	52
8.3.2	Comparativo de las edades entre niños y niñas.....	53
8.3.3	Intervalos de tiempo al cruzar la trayectoria completa.....	54
<b>9.</b>	Contrastes de rangos promedio y análisis de diferencias entre demoras de niños y niñas...56	
<b>10.</b>	Discusión.....	58
10.1	Consideraciones culturales relativas a las demoras (México, vis avis otros países).....	69
<b>11.</b>	Conclusiones.....	71
<b>12.</b>	Recomendaciones.....	73
<b>13.</b>	Limitaciones y futuros estudios.....	74
<b>14.</b>	Referencias bibliográficas.....	75

## Índice de Tablas

Tabla 1 Variables independientes (categorías y códigos).....	35
Tabla 2 Definiciones conceptuales e Indicadores operacionales .....	36
Tabla 3 Características sociodemográficas de los niños y adolescentes .....	44
Tabla 4 Características sociodemográficas de los cuidadores primarios (CP's).....	46
Tabla 5 Barreras y facilitadores para el acceso al diagnóstico oportuno.....	49
Tabla 6 Edades de los menores (medianas, rangos y cuartiles) por sexo.....	51
Tabla 7 Frecuencias según edad del diagnóstico del menor (diferencias por sexo).....	53
Tabla 8 Contraste de rangos promedio (trayectoria completa).....	56
Tabla 9 Diferencias en las demoras, con base en las edades de los niños.....	57

## Índice de Figuras

Figura 1 Concepto del acceso al diagnóstico oportuno para el TDAH.....	18
Figura 2 Construir el Modelo Integrador (evaluar acceso al diagnóstico oportuno TDAH).....	19
Figura 3 Trayectoria para evaluar el acceso al diagnóstico oportuno del TDAH.....	40
Figura 4 Histograma de frecuencias (distribución de las edades de los niños).....	42
Figura 5 Histograma, con base en las edades (Comparativa de niños y niñas).....	51
Figura 6 Seis intervalos de tiempos de demora por cuartiles (niños y niñas).....	55
Figura 7 Tiempos de demora para diagnóstico (México vis a vis diferentes países).....	71

## Índice de Anexos

Anexo 1 Análisis cualitativo de preguntas abiertas (Etapas en la percepción del TDAH).....	86
Anexo 2 Cédula AcceDa.....	99
Anexo 3 Carta de consentimiento informado.....	105

# **Evaluación del Acceso al Diagnóstico Oportuno para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Una Perspectiva del Cuidador Primario**

***El acceso a la salud es la intervención clave para prevenir, promover, curar y rehabilitar***

*- OMS (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud -*

## **1. Introducción**

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos; lograr que una población conserve su salud mental, representa un enorme desafío para cualquier país (Organización Mundial de la Salud., [OMS]), 2014); debido a que en gran medida el logro de esta premisa requiere contar con los servicios necesarios y suficientes para conquistar el acceso universal a la salud mental de todos. En México, los servicios de salud mental para niños y adolescentes son muy escasos; ya que en todo el país solo se cuenta con un Hospital Psiquiátrico Infantil que ofrece servicios de hospitalización y consulta externa enfocados a población abierta y a familias con niños y adolescentes de escasos recursos, con psicopatología muy variada; sin límite de edad; aunque existen tres Centros Comunitarios de Salud Mental en la Ciudad de México (CDMX), [Cuauhtémoc, Iztapalapa y el Centro Integral de Salud Mental (CISAME)], que ofrecen servicios de consulta externa para niños y adolescentes también enfocados a población de escasos recursos; solo aceptan a los niños a partir de los 6 años de edad y tampoco atienden casos graves.

Así mismo, la atención de los trastornos de salud mental no está integrada a los servicios de salud, tampoco se cuenta con datos epidemiológicos de la prevalencia del Trastorno por déficit de atención (TDAH), en preescolares ni escolares; a lo anterior se le debe agregar que del presupuesto total dedicado a la salud solo se destina el 2% a la salud mental y de ese monto el 80% se destina a la operación de los hospitales psiquiátricos, dadas esas condiciones, las

acciones orientadas a los servicios comunitarios se encuentran reducidas. Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México, de la Organización Mundial de la Salud., [IESM-OMS], (2011). Estos factores obstaculizan la detección y diagnóstico oportunos para los menores que padecen algún trastorno mental. Lo anterior es preocupante, ya que la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adolescentes, de México, (Medina Mora y cols., 2005), señala que el 50% de los trastornos mentales inicia antes de los 21 años y que el 24.7% de los niños y adolescentes padecen un trastorno mental.

Entre los trastornos mentales más comunes y perniciosos que se presentan desde la primera infancia está el TDAH; ocupando este el debate de muchos estudiosos; ya que continúa siendo infradiagnosticado y con frecuencia tratado de forma inadecuada (Chiófalo, 2003); a su vez se destaca que los niños y adolescentes con TDAH llegan a los servicios diagnósticos con una importante demora para su atención. (Fridman, et al., 2017) y (Martínez-Jaime y Reyes Morales, 2020). En México, la investigación del acceso al diagnóstico oportuno y de las barreras que presentan para obtener un diagnóstico formal, efectivo y oportuno es muy escasa, por no decir inexistente; en consecuencia, se cuenta básicamente con referentes internacionales, los cuales han destacado la carencia de servicios diagnósticos especializados, acertados y oportunos para el TDAH; aun en sistemas de salud más avanzados (Kataoka et al., 2002). Por lo que el objetivo de este trabajo fue evaluar el acceso a los servicios especializados para obtener un diagnóstico oportuno para el TDAH, en la Ciudad de México.

## 1.1. Epidemiología del TDAH

El TDAH, se caracteriza por presentar alteraciones en los siguientes sistemas: motor, de percepción, de cognición y alteraciones de la conducta, por lo que compromete el aprendizaje de los niños y además es el síndrome de salud mental más común en la infancia (Guardiola et al., 2000). A pesar de ser una afección tan frecuente, las investigaciones alrededor del mundo han reportado resultados distintos entre sí respecto a la proporción de casos existentes en la población. El reporte de (Faraone, Sergeant, Gillberg, Biederman, 2003), seleccionó once estudios con muestras representativas de poblaciones de diferentes edades y países; obtuvo mayores tasas de prevalencia al utilizar el criterio diagnóstico DSM-IV y cuando los informantes eran los padres y los menores escolares entre 6 y 12 años edad y las tasas de prevalencia fueron menores cuando los informantes eran los maestros y se trataba de adolescentes de entre 13 y 18 años. Al comparar los estudios de prevalencia en población infantil de EUA para TDAH; utilizando los resultados de seis estudios con criterios del DSM III, obtuvieron tasas de entre 7.1 y 12.8% entre niños de 5 y 14 años y por otro lado mostraron tasas de prevalencia entre 11.4 y 16.1% en niños de 7 a 11 años con los resultados de cuatro estudios con criterios del DSM-IV. En Australia (Graetz, Sawyer, Baghurst, 2005) reportaron una prevalencia de 7.5% con los criterios del DSM IV en una muestra representativa nacional de menores entre 6 y 17 años.

Las tasas de prevalencia obtenidas en Latinoamérica también discreparon; ya que en Colombia se reportó una prevalencia de 20.4% en escolares de 4 a 17 años y de 15.8% al considerar solamente a los participantes con un Coeficiente Intelectual (CI)  $\geq 80$ . Al tomar en cuenta el sexo se reportó una solicitud de atención en una proporción de 5 a 1 de los niños respecto de las niñas; a su vez se encontraron diferencias sustanciales en las tasas prevalentes con base en el nivel socioeconómico (NSS) con un porcentaje de 14.7% para estrato socioeconómico bajo, 17.4% en el medio y 10.7% en el alto. También hubo diferencias

significativas respecto del informante porque al considerar de forma separada los reportes, la prevalencia obtenida fue de 13.7% con el informe de los padres y de 22.6% con el de los maestros (Cornejo, 2005). Las tasas de prevalencia en población adolescente brasileña, fueron de 5.8% al utilizar los criterios del DSM-IV (Rohde et al., 1999).

En México, el estudio de (Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano, Aguilar-Gaxiola, 2009) con datos de la Encuesta Nacional de Adolescentes Mexicanos de entre 12 y 17 años de edad, estimó una tasa de prevalencia de TDAH de 2.4 %. En contraste con (Caraveo-Anduaga, Colmenares-Bermúdez, y Martínez-Vélez, 2002); quienes documentaron la importante presencia, de manifestaciones psicopatológicas (síntomas conductuales 19%, irritable 17%, nervioso 16%, distraído 14%, desobediente y peleonero 13 % y explosivo 11%), en escolares mexicanos de entre 4 y 17 años; el autor expresó su desconcierto; ya que los síntomas nucleares del TDAH, estuvieron entre las manifestaciones más frecuentes y que además aparecen tempranamente en el curso de la vida, no se percibieron como motivos de atención y, menos aún, para llevar a los niños a la consulta. Solamente el bajo rendimiento escolar, uno de los efectos de la atención deficiente pero no exclusiva de ésta, fue objeto de referencia.

La revisión de la literatura sugiere que las razones de la gran variabilidad de las tasas de prevalencia del TDAH, se deben de forma limitada a la ubicación geográfica, en cambio, parecen explicarse principalmente por los diferentes criterios diagnósticos e instrumentos de medición utilizados para diagnosticarlo (Polanczyk, Silva, Lessa, Biederman, Rohde., 2007). Hecha esta salvedad y dada la falta de datos de prevalencia en escolares mexicanos con TDAH, se acepta la estimación obtenida por (Polanczyk, 2007), de 5.29% en todo el mundo, ya que incluyó ciento dos estudios con 171,756 sujetos de todas las regiones del mundo.

## 1.2. El TDAH, su diagnóstico

El Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales (DSM-5), define al trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), como un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por Inatención, hiperactividad e impulsividad, reconoce la presencia de algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos presentes antes de los 12 años y se caracteriza por síntomas que pueden agruparse en tres presentaciones: predominantemente con falta de atención, hiperactiva/Impulsiva y combinada. (Asociación Americana de Psicología., APA, 2013).

Los cambios más relevantes realizados en el Manual DSM-5, respecto del DSM-IV colocaron al TDAH en el capítulo de los trastornos del desarrollo neurológico para incluir el diagnóstico en adultos. Intenta eliminar el capítulo del DSM-IV que limita el diagnóstico del TDAH por primera vez en la infancia o en la adolescencia, para incluir a los adultos. Realizó los siguientes cambios: 1) Añadió ejemplos a los criterios para facilitar la aplicación; 2) Cambió la edad de inicio a antes de los 12 años; 3) Reemplazó los subtipos por especificadores de presentación que se asignan directamente a los subtipos anteriores; 4) Incluyó la comorbilidad con el trastorno del Espectro Autista; 5) Realizó cambios en los síntomas para incluir la presencia del TDAH en adultos y 6) Cambió el umbral de 6 a 5 síntomas para las personas más jóvenes, tanto para la falta de atención, como para la hiperactividad e impulsividad. El DSM 5 reconoce que puede haber una variación cultural en las actitudes hacia los comportamientos de los niños o en su interpretación.

Así mismo, el DSM 5 recomienda que la práctica clínica tome en cuenta la percepción que tengan los participantes (pacientes y cuidadores) acerca del TDAH; además de ciertos factores culturales relacionados con el entorno psicosocial, niveles de actividad y discapacidad, estrés social, así como el papel de las relaciones familiares más próximas en el apoyo emocional, instrumental e informativo (APA, 2014).

La (10ª Clasificación Internacional de Enfermedades., CIE10), contempla dentro de los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, los llamados trastornos hiperkinéticos, junto con los trastornos disociales y los trastornos de las emociones mixtas. La CIE10 requiere que el paciente presente al menos seis síntomas de inatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad (6+3+1) que provoquen disfunción en al menos dos ambientes (OMS, 2000).

En la actualización a la CIE11 se presentan muchas similitudes con el DSM 5; ya que el TDAH se codifica dentro de los trastornos del neurodesarrollo, también reconoce las tres presentaciones de acuerdo a la predominancia (falta de atención, hiperactiva e impulsiva y combinada). Las manifestaciones sintomáticas, en los nuevos criterios, deben presentarse por al menos 6 meses observables en más de un escenario y estar fuera de los parámetros considerados normales para la edad (OMS, 2019). Por lo tanto, es de esperarse que la variabilidad en la prevalencia disminuya en futuras investigaciones. Sin embargo, en cuanto a la edad de inicio y ante la urgencia de contar con criterios diagnósticos para adultos, el CIE 11 estableció una edad de inicio al menos antes de los 12 años, en contraste con el CIE 10, que establecía un comienzo temprano (por lo general durante los 5 primeros años de la vida). En consecuencia, para el interés de este trabajo el CIE11 se aleja aún más de promover un diagnóstico oportuno.

En general se presenta similitud entre DSM-5 y CIE-11 en relación al TDAH, algo que no había ocurrido en las ediciones anteriores de DSM o CIE, esta vez trataron de homologar sus criterios diagnósticos; aunque el CIE-11 va un poco más allá de la caracterización clínica del TDAH presentando los límites con la “normalidad” y con otros diagnósticos, además de mostrar un panorama evolutivo (cambios en el tiempo o manifestaciones dependiendo de la edad) así como las diferencias en cuanto al género. Debido a ello, podemos decir, que el CIE 11 presenta una visión más amplia probablemente como resultado de la extendida discusión que ha llevado la elaboración de las guías de cada uno de los diagnósticos. (OMS, 2019).

Otra visión; aun de mayor amplitud debido a que considera el deterioro que presentan los pacientes con TDAH en su funcionamiento; siendo estas áreas de disfunción los motivos por las que los pacientes y sus cuidadores buscan la atención; no obstante que los síntomas del TDAH son un aspecto central del diagnóstico, el enfoque único en mejorar los síntomas del tratamiento farmacológico es insuficiente; a pesar de que los síntomas son más sensibles a la respuesta del tratamiento a corto plazo, son solo parte del resultado, por lo que destaca la necesidad de llevar a cabo una evaluación integral, que capte la mayoría de las áreas disfuncionales del niño o adolescente con TDAH; con el fin de incluir en el diagnóstico un panorama más amplio de las necesidades de atención y tratamiento de cada paciente, se incluyen cinco conceptos: 1) Diagnóstico clínico con base en el DSM-IV-TR para el TDAH y síntomas conductuales; 2) Deterioro funcional en las áreas familiar, social, emocional, académica y profesional; 3) Calidad de vida o la carga del trastorno en la vida diaria del paciente y su familia; 4) Habilidades para adaptarse (el desarrollar estrategias y habilidades para enfrentar los problemas de conducta); y 5) La función ejecutiva (memoria de trabajo, la actividad dirigida a objetivos, la planificación, la organización, la priorización, autocontrol y autorregulación). Esta última propuesta más integral parece la más adecuada para diagnosticar el TDAH; ya que

permitirá incluir las necesidades de atención del paciente con TDAH y saber cuáles son las áreas específicas que este requiere fortalecer. Epstein, & Weiss, (2012).

Lamentablemente, no se le ha concedido suficiente importancia a la provisión de un diagnóstico oportuno, esto puede explicarse por el hecho de que los criterios diagnósticos más utilizados por los profesionales clínicos no ofrecen una recomendación específica sobre la edad adecuada para un diagnóstico de TDAH. Por ejemplo, el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013); alude ambiguamente al inicio del problema, indicando simplemente que los síntomas centrales para el diagnóstico aparecen antes de los 12 años. De manera similar, la (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados., [CIE-11], de la Organización Mundial de la Salud., OMS. (2018), simplemente afirma que los síntomas del TDAH se desarrollan antes de los 12 años.

### **1.3 El TDAH como problema de salud pública**

Existe consenso entre los expertos del Centro de Prevención y control de Enfermedades de EUA [CDC], Klein, & Biederman, (1999) y el Primer Consenso Latinoamericano de TDAH Barragán-Pérez et al., 2007), en proponer que el TDAH sea atendido como un problema de salud pública, debido a que plantea riesgos que comprometen el bienestar, la integridad física y mental del niño, además de su desempeño escolar y social. Asimismo, de entre el 30 y 60% de las personas que lo padecen, presentan comorbilidad, condiciones secundarias y conductas de riesgo. Algunas de esas consecuencias y riesgos, ya han sido documentadas en otros países, como los costos anuales en salud para la familia en adolescentes con TDAH en Reino Unido, que son 2 veces mayores que los costos en salud de los adolescentes sin TDAH (Swensen et al., 2003), y que el TDAH aparte de generar un incremento en los costos por el mayor uso de los

servicios de salud, genera costos adicionales sustanciales en el sistema educativo y de justicia durante varios años (Telford et al., 2013).

Otros efectos que el TDAH puede producir debido a la falta de atención oportuna ya han sido evaluados en otras latitudes, como el patrón del Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) en adolescentes iraníes con y sin historia del TDAH, en donde la cultura y la disponibilidad de medicamentos es diferente a los países occidentales. De igual modo, sus hallazgos mostraron que los adolescentes con TDAH inician tabaquismo, consumo de sustancias, abuso y dependencia a menor edad; además el período entre la primera vez del consumo hasta la dependencia o abuso de sustancias fue más corto, incluso mostraron un patrón más severo de uso de sustancias por cannabis, heroína, cigarrillo y fármacos como las benzodiazepinas, así mismo mostraron mayor deterioro funcional y también el número promedio de trastornos comorbidos fue mayor en los menores con TDAH. Por lo anterior, (Kousha, Shahrivar, Alaghband-Rad, 2012) concluye que la presencia del TDAH, pasa por encima de la barrera cultural y traspasa la falta de disponibilidad de drogas para desarrollar TUS en adolescentes iraníes.

El estudio longitudinal del TDAH en Pittsburgh, EUA, para evaluar la trayectoria de discapacidad social y delincuencia, a partir del TDAH infantil hasta el consumo excesivo de alcohol en la edad adulta temprana en 148 y 117 menores con y sin TDAH infantil respectivamente, ha advertido que los niños con TDAH están en riesgo de caer en trastorno por consumo de alcohol en la edad adulta; aunque se sabe poco sobre los factores mediadores que podrían contribuir a evitar este resultado; pero un hallazgo relevante fue que en su trayectoria mostraron un aumento progresivo en el consumo intensivo de bebidas alcohólicas conforme el paso de los años, lo cual incluía conductas delincuentes de los adolescentes; además de deterioro social, dependiendo del momento en que se interviniera (Molina et al., 2014).

El resultado de estudiar la presencia del TDAH como predictor de riesgo en la trayectoria de delitos violentos, indicaron que los adolescentes que lo padecen, tuvieron mayor riesgo y mayor frecuencia de involucrarse en ofensas violentas; por lo que el autor destacó la relevancia de identificar y tratar el TDAH entre los delincuentes juveniles para mitigar el riesgo de reincidencia violenta durante la adolescencia y la adultez temprana (Wojciechowski, 2017). En nuestro país el TDAH es un factor de riesgo para el acoso escolar, ello fue versado por (Albores et al., 2011), quienes estudiaron la relación entre el tipo de psicopatología y el acoso escolar en una muestra de 340 escolares en la Ciudad de México. Los grupos con mayor nivel de psicopatología fueron el de víctima/agresor y el agresor, que presentaron puntajes más altos que el grupo control en las escalas de conducta, oposicionismo y TDAH. En otro estudio en la Ciudad de México, se documentó que la mayoría de los adolescentes que no son tratados de forma oportuna, presentan el riesgo de padecer una depresión mayor y se destacan las repercusiones que ello tiene en la severidad del funcionamiento psicosocial de los jóvenes que cumplen los criterios diagnósticos de depresión y TDAH (De la Peña et al., 1999).

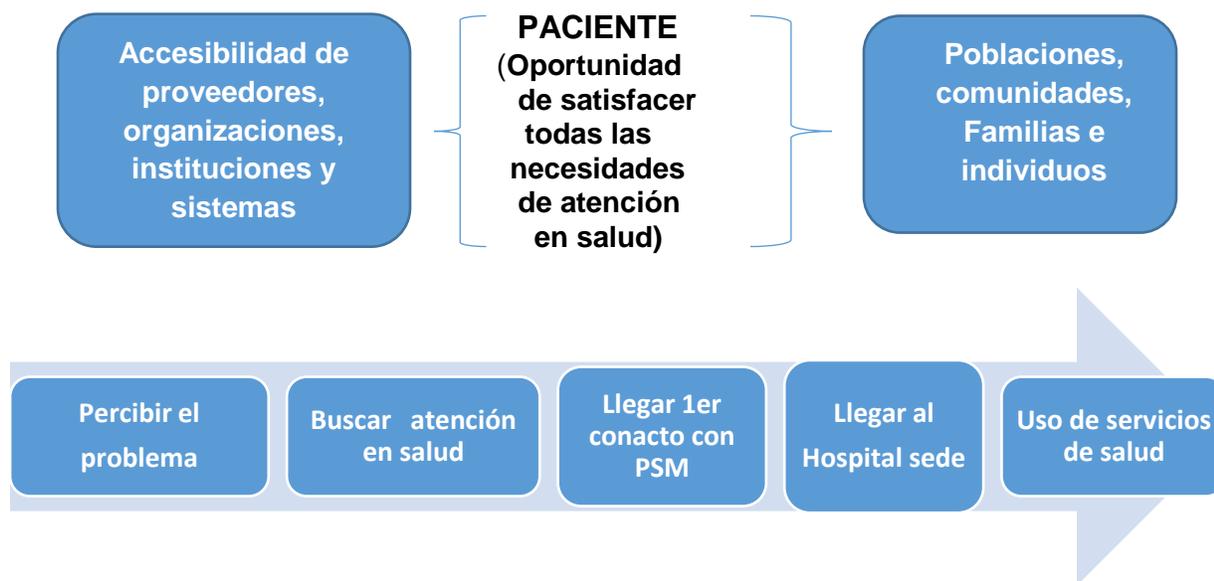
## **2. Marco Conceptual**

A partir de las tres últimas décadas surgieron varios modelos para evaluar el acceso a la atención en salud; entre los más destacados se pueden citar: el Modelo del Comportamiento de uso de los servicios de Salud, (Andersen, 1968, 1995); (Pescosolido, & Olafsdottir, 2013). No obstante, de que estos modelos aportaron conceptos base para construir los puentes entre las disciplinas médica y social e incluyeron los diferentes niveles de análisis que envuelven la decisión de buscar ayuda, solo abarcan la dimensión de aceptación. Sin embargo, el Modelo (Tanahashi, 1978), fue el primero en proponer que el acceso debe mirarse como un “proceso dinámico de cinco dimensiones” (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto y efectividad de cobertura); razonamientos necesarios para evaluar la cobertura con enfoque en el

desarrollo de servicios, su contexto y el avance en el sistema de salud en estudio. Aunque, conviene subrayar que el Modelo Tanahashi evalúa específicamente el nivel de cobertura, por lo que no se consideró el pertinente para llevar a cabo la evaluación del acceso desde la perspectiva de los Cuidadores Primarios CP's; ya que el presente estudio requería mirar el acceso como un proceso dinámico y continuo, pero desde la perspectiva de los CP's; debido a lo cual el Modelo de (Levesque et al., 2013), fue el apropiado, ya que crea cinco dimensiones que permiten captar la perspectiva del acceso con una visión centrada en el paciente y su cuidador primario (CP): logrando una interfaz entre los servicios de salud y los pacientes.

Aunque existen diversas definiciones de acceso, se adoptó la propuesta por (Levesque et al., 2013); por ser el modelo más apropiado para evaluar el acceso a un diagnóstico oportuno para el TDAH; ya que conceptualiza al acceso como la posibilidad de identificar las necesidades en salud, de buscar los servicios, de llegar a ellos, de utilizarlos, y de que realmente se ofrezcan servicios adecuados a las necesidades de atención (Figura 1). Conceptos que dieron origen a las cinco dimensiones corolarias creadas por Levesque, para acercarse a su perspectiva centrada en el paciente. Las mencionadas dimensiones complementarias o corolarias representan las capacidades que los pacientes y sus cuidadores deben reunir para lograr un acceso exitoso: 1) capacidad de percibir; 2) capacidad de buscar; 3) capacidad para llegar; 4) capacidad de participar y pagar; es decir, considera sus condiciones de vida y trabajo para lograr contextualizar sus posibilidades de acceso.

**Figura 1 Concepto del acceso al diagnóstico oportuno TDAH**

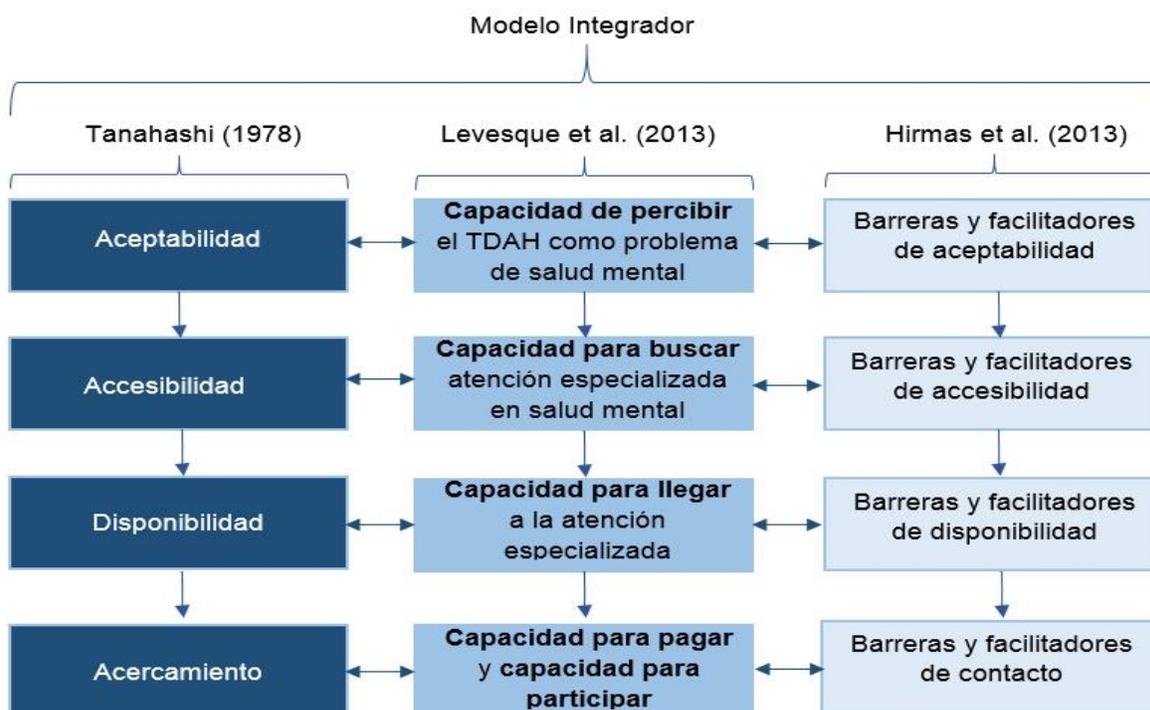


Con base en el concepto de Levesque y al revisar la literatura se encuentra un referente que describe las barreras encontradas al estudiar el acceso a la salud en general; (Hirmas et al., 2013); a pesar de que este estudio captó las barreras de la salud en general, sorprende que la gran mayoría de las barreras se encontraron en la dimensión de aceptabilidad de las personas; lo cual sugirió que para la salud mental existiría menor aceptabilidad por parte de la población en general, para percibir el problema; lo anterior coincidió con la falta de percepción del TDAH como problema de salud mental reportado en México por Caraveo-Anduaga et al. (2002).

Por lo que las dimensiones fueron reordenadas de acuerdo al peso relativo de las barreras encontradas en cada dimensión ante la opinión de los equipos de salud como de los pacientes; ya que ambos declararon haber vivido con mayor frecuencia barreras en las siguientes dimensiones: aceptabilidad (38%), accesibilidad, (29%); contacto (22%) y disponibilidad (11%); aunque la dimensión de disponibilidad reunió el mayor número de opiniones negativas (escasez de recursos, infraestructura, horarios de atención y medicamentos, con 44%); la segunda barrera de mayor presencia fue (escasez de información con 32% de opiniones negativas). (Hirmas et al., 2013).

El estudio de Hirmas permitió ordenar los elementos para desarrollar un cuestionario semiestructurado, capaz de medir las capacidades de los CP's (capacidad de percibir, buscar, llegar, pagar y participar). A su vez, trazar la trayectoria de acceso a un diagnóstico oportuno, incluyendo el tiempo que les tomó a cada diada obtener su diagnóstico de TDAH.

**Figura 2 Construir el Modelo Integrador para evaluar el acceso a la atención del TDAH**



Los hallazgos mencionados permitieron reordenar las dimensiones, por lo que la dimensión de aceptabilidad, incluyó la percepción del TDAH como problema de salud mental por ser el primer paso con el que se inicia el proceso de acceso, en el entendido de que, si la persona no percibe la necesidad de atención, tampoco busca, en consecuencia, dada la dependencia de las demás dimensiones de la percepción, esta cobró relevancia. (Figura 2).

## 2.1 El Concepto de Acceso al Diagnóstico Oportuno

Además del concepto de (Levesque et al., 2013) para definir el acceso, fue importante tomar en cuenta el concepto del Comité para Estudiar el Acceso a los Servicios del Instituto de Medicina de EUA (IOM, por sus siglas en inglés), que incorpora el tiempo dentro del constructo, por lo que conceptualiza al acceso como: “el tiempo que emplean los profesionales para lograr el mejor resultado en salud” (IOM, 2012). Sin olvidar las características que debe poseer el acceso: oportuno, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria (OPS., 2014) y finalmente recalcar que los servicios deben estar disponibles en el momento y en el lugar que se necesitan.

Así que, dada la necesidad de que el acceso al diagnóstico sea oportuno, el plantear un indicador al respecto se convirtió en un imperativo. Por lo que se llevó a cabo la revisión de la literatura, encontrando la existencia de un consenso europeo (Taylor et al. 2004), que recomienda que el TDAH se atienda en la etapa preescolar; es decir desde los cuatro años, y calculando que el proceso le tome a las diadas un máximo de seis meses en un proceso óptimo de acceso; de modo que los niños se entrenen para enfrentar las exigencias que plantea la etapa escolar (permanecer sentados por largos períodos de tiempo, estar atentos durante todo el horario de clases). Otro estudio que refuerza la necesidad de atender a los menores en la etapa preescolar, fueron los hallazgos de Harpin, (2005), quién a través de estudiar la historia natural del TDAH evidenció su impacto en la calidad de vida del menor al presentar dificultades para enfrentar social y académicamente las exigencias que le plantea la escuela; ya que, si el menor no es atendido en la etapa preescolar, su autoestima, su desarrollo y a largo plazo su salud mental se ve afectada. Debido a lo anterior se establece que un diagnóstico en tiempo óptimo debe brindarse a los cuatro años y supone que el proceso de acceso dure seis meses.

Una característica que los servicios diagnósticos precisan para lograr un acceso exitoso es: que estos se encuentren en el lugar en donde los pacientes los necesitan; a partir de lo cual, se fija como indicador el sugerido por Eyzaguirre-Beltroy, Fallaque, Alarcón et al., (2007), que mandata que los centros de atención no se encuentren a más de media hora de distancia; ya sea caminando o en transporte desde su casa; a fin de evitar las barreras geográficas.

Por otro lado y en referencia a la medición de asequibilidad, existe escasa evidencia científica de la presencia de barreras económicas que ocasionan demora en el acceso oportuno para la atención del TDAH; sin embargo, el Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México [IEMS-OMS] (OMS et al., 2011), dio cuenta del importante déficit de servicios para la salud mental en general y del aun mayor descuido para la atención integral y especializada de los niños y adolescentes con TDAH (falta de infraestructura, horarios de atención inadecuados, medicamentos insuficientes, falta de información y consejo para los padres y cuidadores, así como insuficiente formación y capacitación para los equipos interdisciplinarios que cubran las necesidades de atención de los niños y adolescentes con TDAH).

Además, enfatizó el escaso contacto entre el sector salud y otros sectores en actividades relacionadas con la salud mental; por ejemplo, sólo 5% de las escuelas cuentan con un psicólogo y en pocas se desarrollan actividades de promoción de la salud y prevención de trastornos mentales. A su vez se recalca que son pocos los programas, destinados a que las personas con discapacidad mental reciban atención oportuna.

### 3. Antecedentes Científicos

A partir del orden establecido en el Modelo Integrador de la Figura 1, se llevó a cabo la revisión del estado del arte reportado en cada una de las dimensiones del modelo:

**Aceptabilidad.** Incluye las dos dimensiones corolarias para un acceso exitoso (capacidad para percibir y buscar). Al respecto investigación previa ha documentado la existencia de una falta de percepción del TDAH como problema de salud mental; tanto en la Ciudad de México (Caraveo-Anduaga et al., 2002), como en Reino Unido (Sayal et al., 2006), este último estudio, reportó que las principales barreras identificadas fueron la falta de percepción de los padres sobre la conducta problemática de los niños y la falta de percepción del trastorno por parte del médico general del primer nivel, así como una falta de referencia oportuna a los servicios especializados de parte de los médicos generales, dado que estos solo refirieron a los niños a la atención especializada cuando presentaban problemas de conducta y cuando los padres les solicitaron la referencia. Sin embargo, destacó que los padres, los maestros y el médico del primer nivel de atención, fueron los actores clave para percibir y solicitar la atención especializada, así como para evitar la demora en el acceso a la atención oportuna.

Por su parte (Garraida, 2001), detectaron que el motivo inicial de la consulta de los niños con TDAH, fue somático y no sobre su comportamiento; ello puede ser una variable confusora para el diagnóstico de un médico de primer nivel de atención. A pesar de ser un país con un sistema de salud que cuentan con cobertura universal; en Reino Unido el diagnóstico del TDAH sigue siendo controvertido, ya que los médicos y cuidadores a menudo poseen puntos de vista contrastantes; pero afirma que los cuidadores son cada vez más participativos durante las consultas y muestran una mayor confianza para solicitar atención en los servicios especializados. (Sayal, 2002).

Asimismo, algunos estudios llevados a cabo en población latinoamericana residente en Estados Unidos han sugerido que los padres de este grupo étnico, son menos propensos a buscar ayuda profesional en salud mental para sus hijos y cuando lo hacen, es más probable que abandonen el tratamiento antes de tiempo. Los estudios de (Flores et al., 2002) y (Kataoka et al., 2002), sugieren que las etnias provenientes de América Latina, tiene mayor riesgo de desarrollar problemas externalizados como el TDAH y son menos propensos que cualquier otro grupo étnico a recibir intervenciones escolares y según (Hough et al., 2002), tampoco aceptan las intervenciones farmacológicas. El estudio de (Arcia y Fernández, 2003), reportó que solo las madres provenientes de etnias latinas, que habían sufrido algún evento estresante en su vida, identificaron de forma temprana la conducta problemática de su hijo.

Los resultados de (Caraveo-Anduaga et al., 2002), destacaron que en México existe desconocimiento por parte de los cuidadores acerca de la importante presencia de los síntomas clave del TDAH; los cuales fueron las manifestaciones más frecuentes y tempranas en el curso de la vida; sin embargo, no fueron percibidas como motivos para buscar atención y mucho menos para llevarlos a consulta médica; solo el bajo rendimiento escolar fue objeto de referencia. Lo anterior fue coincidente con los hallazgos de (Martínez- Jaime y Reyes-Morales., 2020), quienes reportaron que la primera barrera para iniciar con éxito el acceso a un diagnóstico oportuno, fue la falta de percepción del TDAH como problema de salud mental, ya que, en más de la mitad de los correlatos, los CP's percibieron las diferencias en la conducta de los niños y adolescentes, como "inherentes a su personalidad". El resto no percibió conducta diferente alguna.

A partir de la evidencia recabada en México y en otras latitudes, acerca de la falta de percepción del TDAH como problema de salud mental, de la falta de búsqueda de ayuda y de que las perspectivas de los cuidadores y los profesionales de la salud se contraponen. Tal evidencia sugiere que existen diferentes formas de percibir y comprender el significado del TDAH

para los menores, sus cuidadores, sus maestros y para algunos profesionales de la salud e inclusive de la salud mental.

**Disponibilidad.** En esta dimensión se analizó la capacidad de las diadas, formadas por el niño(a) o adolescente de entre 3 y 18 años y su cuidador primario (CP), para llegar a los servicios de salud mental especializados y como las capacidades y necesidades de los CP's interactúan con las características de los trabajadores en funciones para la atención en salud y los espacios físicos existentes que requieren ser suficientes, para cubrir las necesidades de atención de los pacientes (Frenk, 1985).

La disponibilidad de los servicios de salud se basa en la puesta en marcha de las unidades médicas y hospitalarias mediante la existencia de los recursos materiales, humanos y presupuestarios necesarios para la atención a la salud de la población; así como las características de sus instalaciones, su densidad, concentración, distribución, accesibilidad a su edificio y a su contexto urbano (por ejemplo, descentralización, expansión urbana y sistema de transporte). También se relaciona con las características de los proveedores (por ejemplo, presencia del profesional de la salud y su capacitación), así como de los modos de prestación de servicios [por ejemplo, procedimiento de contacto y posibilidad de consultas virtuales] (Whitehead, 1992).

Y por parte de los individuos se establece como indicador de barrera (acceso restringido), la capacidad para llegar a la atención en salud, dependiendo de la noción de movilidad personal y disponibilidad de transporte, flexibilidad ocupacional y conocimiento sobre los servicios de salud que permitirán a una persona comunicarse físicamente con los proveedores de servicios. Se consideró barrera, si los recursos disponibles se distribuyen de manera desigual entre niveles de atención especializada desarrollada a expensas de la atención primaria. (Frenk., 1985). A pesar de la limitada investigación en el tema, el informe [IEMS-OMS] (OMS et al., 2011), documentó

que el número total de recursos humanos que trabajan en los centros de salud mental asciende a 10,000 y la tasa por cada 100,000 habitantes se distribuye de la siguiente manera: 1.6 psiquiatras, 1 médico, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas, 2 profesionales/técnicos de salud.

**Asequibilidad.** En esta dimensión se evalúan las posibilidades económicas de la población estudiada; es decir su capacidad económica para invertir recursos y tiempo para usar los servicios especializados (Salkever, 1976). La asequibilidad está influenciada por el sistema de financiamiento y por los ingresos en el hogar (Yoder, 1989). A partir de estos conceptos, el presente trabajo abordó la posibilidad para pagar la atención y el tiempo de viaje para llegar al hospital sede del estudio: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (HPI); destacando que la atención en el HPI, está destinada a población de escasos recursos.

**Contacto o Acercamiento.** Esta dimensión exige nociones de alfabetización en salud, auto efectividad y autogestión, de acuerdo a los recursos y capacidades que posean los CP's para lograr un acceso oportuno (OMS, 2009; 2019). Otra condición para un acceso exitoso formula que los servicios diagnósticos deben adecuarse a las preferencias, necesidades y cultura de los pacientes, de otra forma se corre el riesgo de que las personas no lleguen y no usen los servicios, específicamente debido a la existencia de barreras culturales; ya que la investigación realizada en el tema ha reportado que para que las personas hagan contacto con los servicios de salud, deben tomarse en cuenta las competencias culturales que incluyen la diversidad cultural, étnico-racial y relacional de los equipos de salud, especialmente los del primer nivel (Taylor et al., 2004).

#### 4. Justificación

En nuestro país, no se ha evaluado el acceso al diagnóstico oportuno para el TDAH; tampoco se ha comprendido porque es urgente establecer una edad para el diagnóstico oportuno del TDAH dentro de los criterios diagnósticos más utilizados; a pesar de que investigación previa en el tema, ha documentado la ausencia de programas psicoeducativos y de salud mental para la población en general en nuestro país; además de la falta de servicios diagnósticos y de apoyo; a su vez se han identificado importantes demoras que generan estrés en las familias y gran adversidad en los menores con TDAH que comienzan en la etapa escolar sin acceso a la atención oportuna, ocasionando que no alcancen su máximo desarrollo; a pesar de ser niños con potencial adecuado.

Las razones expuestas, sugieren una apremiante necesidad de evaluar la organización actual de los servicios diagnósticos; con el propósito de proponer los cambios necesarios para lograr una mayor equidad y efectividad en el acceso a los servicios diagnósticos, por lo que se iniciará por detectar las barreras que enfrentan las diadas participantes, mediante una trayectoria de hechos, a fin de identificar los cambios en la ruta de acceso a un diagnóstico más oportuno que logre reducir las desigualdades en el acceso a los servicios diagnósticos, por lo se espera que los resultados de este trabajo detecten una trayectoria alternativa más oportuna y efectiva para lograr que las diadas obtengan un diagnóstico temprano para el TDAH. A su vez, los resultados aportaran conocimiento puntual de los tiempos que demoran las diadas para obtener un diagnóstico oportuno.

## 5. Planteamiento del problema

A pesar de que el TDAH es un trastorno muy frecuente y con afectaciones importantes en la calidad de vida de los niños que lo padecen; es aún desconocido por la población en general y por muchos profesionales de la salud física y del sector educativo. Así mismo, existe una importante escasez de servicios diagnósticos y de tratamiento que atiendan a población abierta y sin límite de edad para los niños y adolescentes de escasos recursos, tanto en la CDMX, como en el país.

Habría que mencionar también que ante la escasa investigación en el tema se conocen poco las razones por las cuales los niños y adolescentes llegan a la atención especializada con afectaciones importantes en su salud mental y trastornos comorbidos; a lo que habría que añadir las cargas económicas que ocasiona el TDAH en las familias y el sistema de salud del país. A partir de estas lagunas de conocimiento detectadas, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las barreras que están demorando el acceso al diagnóstico oportuno para el TDAH?

## **6. Objetivos**

### **6.1 Objetivo General**

Evaluar el acceso al diagnóstico oportuno para el TDAH, de los menores que son atendidos en las diferentes clínicas de la consulta externa de un Hospital Psiquiátrico Infantil en la Ciudad de México.

### **6.2 Objetivos específicos**

- Identificar y describir las barreras que inciden en el acceso al diagnóstico oportuno para el TDAH
- Estimar los tiempos de demora para acceder a un diagnóstico oportuno, a partir de las edades de los niños en que los Cuidadores Primarios (CP's) perciben, buscan, realizan el primer contacto con el profesional de salud, así como el tiempo que tardan en referir a los menores a los servicios especializados para el TDAH, la edad a la que llegan a los servicios diagnósticos y la edad a la que son diagnosticados formalmente.

### **6.3 Supuesto**

Al menos la mitad de las diadas presentarán barreras que demoraran su acceso a un diagnóstico oportuno para el TDAH, al considerar la frecuencia con la que los participantes manifestaron haber encontrado barreras para cruzar la trayectoria completa (desde percibir hasta obtener el diagnóstico oportuno para el TDAH); debido a lo cual al menos la mitad de ellos también obtendrán un diagnóstico tardío.

## **7. Método**

### **7.1 Diseño: Cohorte retrospectiva**

#### **7.2 Población en estudio**

Diadas formadas por el niño(a) o adolescente a partir de los 3 años hasta los 17 años 10 meses y su Cuidador Primario (CP), que cumplieron los siguientes criterios: haber sido diagnosticados con TDAH por los psiquiatras que atienden en las diferentes clínicas: de conducta, de adolescentes y de emociones o bien en el servicio de urgencias; excluyendo a aquellos menores que tuvieran algún otro padecimiento como trastorno del espectro autista, abuso sexual, epilepsia o algún otro padecimiento; y que el CP haya aceptado participar en el estudio.

#### **7.3 Tamaño de la muestra**

Se asumió que los factores que demoran el acceso se presentarían en una proporción del 50% en los pacientes que solicitaron atención en el HPI y que recibieron su diagnóstico de TDAH, con nivel de confianza del 95% y precisión de 0.08%. Se fundamenta en la siguiente fórmula:  $n = z^2 p (1-p) / \epsilon^2$  donde  $z=1.96$  (valor al 95% de área de distribución normal estandarizada),  $p=0.50$  y  $\epsilon=0.08$ . Resultando en 150 diadas, se adicionó un 15% como margen de pérdida; lo que resultó en una cuota de 173 diadas. (Lwanga y Lemeshow, 1991). Al final se logró una muestra total de 177 diadas, con pérdidas del 1.7%.

#### **Tipo de muestreo**

Por cuota; este tipo de muestreo fue elegido debido a la disponibilidad que tiene la investigadora principal de reclutar a las diadas en el hospital sede; por lo que para estimar la viabilidad de reclutar a las 175 diadas; se tomó en consideración la estadística de morbilidad del hospital sede durante un año en la consulta externa; en donde se recibieron 812 solicitudes de atención para el TDAH; de tal suerte que se recolectó la muestra durante 6 meses, de abril a octubre del 2017 y obtuvimos 408 candidatos, así mensualmente se captaron 68 diadas; por lo cual al cabo de seis meses se lograron reclutar a las 177 diadas.

## **7.4 Las diadas**

Las unidades de análisis de este estudio fueron diadas conformadas por niñas, niños y adolescentes que recibían atención en la consulta externa del hospital sede y sus cuidadores primarios CP's quienes proveen de cuidado, supervisión, educación y apoyo diario a quien se encuentra en una situación de vulnerabilidad o que padece una enfermedad, discapacidad, deterioro o adicción. Este término se aplica también al rol parental, ya que los padres realizan el cuidado, supervisión y crianza de un grupo vulnerable como los hijos. (Pons-Diez, 1998); (Rodríguez-Suarez, et al., 2005).

### **Reclutamiento y selección de las diadas**

Se abordó a las diadas al salir de su consulta en las diferentes clínicas que atienden el TDAH en el hospital sede: (clínica de la conducta, la adolescencia y emociones); dirigiendo la invitación a participar en el estudio específicamente al cuidador primario(CP); quién fue el informante; explicándoles los objetivos de la investigación y el tiempo que tardaría la entrevista y previo consentimiento informado, la investigadora principal logró aplicar 177 cédulas AAcceDa a los CP's que aceptaron participar.

#### **Criterios de inclusión**

Que el menor hubiera recibido su diagnóstico formal de TDAH, en el hospital sede

Que el informante fuera el cuidador primario (CP); es decir el principal responsable de la crianza y cuidado del menor.

#### **Criterios de exclusión**

Que el menor hubiera sido diagnosticado con algún otro padecimiento de salud mental (Trastorno del Espectro Autista, Trastorno Bipolar Pediátrico, Abuso Sexual, Ideación o intento suicida).

## 7.5 Diseño del instrumento “Cédula AAcceDa”

Se diseñó un cuestionario semiestructurado para recolectar los datos, denominado Cédula AAcceDa (Aceptabilidad, Accesibilidad, Disponibilidad y Acercamiento), instrumento específico para evaluar el acceso a la atención oportuna para el TDAH, compuesta por 48 preguntas mixtas, de las cuales 5 son abiertas y 43 son dicotómicas o politómicas. Se construyó una trayectoria usando las siguientes cinco edades clave del menor: edad de percibir, edad de buscar, edad del menor al hacer contacto con el primer profesional de la salud, edad al llegar al hospital sede y edad de diagnóstico; además los hechos clave que las diadas tuvieron que sortear durante el proceso de acceso para obtener un diagnóstico formal, mediante un proceso dinámico y continuo que requirió cruzar las cinco dimensiones mencionadas; las cuales son constructos dependientes, ya que se influyen mutuamente y actúan en diferentes momentos durante del trastorno o de la atención; algunos de esos hechos fueron abordados mediante las siguientes preguntas: ¿Fue usted quién se dio cuenta de la conducta diferente del niño?, ¿Si no fue usted quien se dio cuenta?, ¿Quién se dio cuenta? ¿Ustedes como familia buscaron ayuda para su conducta diferente? Si no buscaron ustedes, ¿quién les sugirió buscar ayuda? etc.)

## 7.6 Procedimiento para realizar la validez de apariencia de la cédula AAcceDa

El procedimiento para estructurar el cuestionario se logró en tres fases: En la primera fase se llevaron a cabo dos reuniones con tres expertos; con diferentes áreas de *expertise*; en sistemas de salud, en TDAH y en implementar intervenciones de salud mental en el primer nivel de atención. Se les entregó la propuesta del cuestionario para su análisis; en la primera reunión se leyó el cuestionario completo y se captaron sus opiniones; en la segunda reunión se comentó la pertinencia de abordar cada uno de los temas y reactivos y se obtuvieron sus opiniones. En la segunda fase de validación, una experta en diseño de instrumentos participó en delimitar las preguntas, a fin de cerrarlas lo más posible; la participación de la experta fue clave para

comprender como deberían de realizarse las preguntas. En la tercera fase, se analizó la comprensión y redacción de todo el cuestionario, con la participación de las trabajadoras sociales y los paidosiquiatras adscritos a las Clínicas de la Conducta, de las Emociones y de la Adolescencia.

### **7.6 Pilotaje de la cédula AAcceDa**

El pilotaje se llevó a cabo mediante el siguiente procedimiento: En una primera ronda para pilotaje, se probó su autoaplicabilidad, con el apoyo de tres trabajadoras sociales organizadoras del Taller psicoeducativo para padres de menores con TDAH; el objetivo principal fue que ellas trataran de contestarlo, aunque propusieron que sería deseable que una persona que haya tenido la experiencia podría realizar una verdadera y real aportación, por lo que se les entregaron ocho cuestionarios para que los distribuyeran a los CP's al final del taller psicoeducativo para probar su autoaplicabilidad.

En la segunda ronda para pilotaje la investigadora principal aplicó otras ocho cedulas a CP's al salir de su consulta; las cuales fueron aplicadas únicamente por la investigadora principal en forma de entrevista. En la tercera ronda se leyó y comentó la cedula completa con los paidosiquiatras responsables de las Clínicas de la Conducta, de las Emociones y de la Adolescencia, para conocer su opinión acerca de la pertinencia de las preguntas y su redacción; así como para obtener su anuencia para su aplicación y solicitar su apoyo para referirnos a los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión para el estudio.

### **Resultados de la Validez de apariencia de la “Cedula AAcceDa”**

En la primera fase del proceso de validación, se redujeron los reactivos de 75 a 63; lo anterior obedeció a las recomendaciones de los expertos; ya que sus opiniones coincidieron en

el sentido de que el instrumento era demasiado amplio y abarcaba demasiados temas; por lo que después de evaluar la pertinencia de los conceptos que serían los que revelarían los datos clave para la construcción de la trayectoria; se llegó al consenso de eliminar 12 reactivos relacionados con los temas de Estigma y Duelo; no obstante parece pertinente aclarar que a pesar de que la literatura ha reportado importante frecuencia de estos dos conceptos; estos temas no representaron los obstáculos de mayor interés para este trabajo, que fueron el de explorar las edades de los menores, los lugares y las personas clave con quienes las diadas buscaron la atención para el TDAH.

En la segunda fase de validación las opiniones de la experta en diseñar instrumentos fueron claves para comprender que las preguntas deberían plantearse de forma directa; especialmente al abordar su situación económica, por lo que en lugar de preguntar cuanto ganaban y cuanto gastaban en el transporte, consultas estudios y medicamentos; se les preguntó si habían tenido dificultades económicas para enfrentar los gastos de la atención (transporte, consultas estudios y medicamentos). De tal forma que se reformularon estas preguntas y fue consensuada la eliminación de los ocho reactivos relacionadas con las preguntas mencionadas.

En la tercera fase de validación, las opiniones del grupo experto formado por las tres trabajadoras sociales, analizó la pertinencia de cada reactivo y sugirieron que era deseable incluir algunas imágenes a fin de que la cédula fuera más gráfica, lo anterior debido a que muchos padres también tienen TDAH, al final concluyeron que las preguntas eran comprensibles y el lenguaje apropiado para entablar una comunicación abierta desde el punto de vista y experiencia de los CP's.

## Resultados del pilotaje de la cedula

El pilotaje se llevó a cabo en tres rondas: La primera ronda para pilotaje, tuvo como propósito probar su autoaplicabilidad; encontrando que las ocho cédulas entregadas a los CP's, por parte de las trabajadoras sociales en el taller psicoeducativo para padres, no presentaron una trayectoria congruente en sus fechas en dos de ellas; debido a lo cual se concluyó que la cedula tuvo una limitada factibilidad para ser autoaplicable; lo cual se atribuyó al sesgo del recuerdo. En la segunda ronda para pilotaje la investigadora principal aplicó ocho cedulas a CP's al salir de su consulta, las cuales se llevaron a cabo en forma de entrevista, a fin de evitar sesgos de recuerdo en los participantes. En esta etapa fue muy reveladora la opinión de una participante quién mencionó el tiempo que tardaba desde esperar al autobús y considerando el tiempo que hacía, su comentario fue: *- yo vivo en la alcaldía de Iztapalapa y creo que no vivo tan lejos, aunque hago dos horas de camino-*, este comentario fue crucial para cerrar la pregunta y realizarla de forma directa: ¿Cuánto tiempo le toma llegar de su casa al hospital?

En la tercera ronda se leyó, comentó y analizó la cedula completa con los padosiquiatras responsables de las Clínicas de la Conducta, de las Emociones y de la Adolescencia, para conocer su opinión acerca de la pertinencia de las preguntas y su redacción; así como para obtener su anuencia para la aplicación y solicitar su apoyo para referir a los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión para el estudio; quienes realizaron una observación relacionada con la redacción solamente.

### 7.7 Variables del estudio y definiciones conceptuales y operacionales

En la tabla 1 se enlistan las variables independientes del estudio; así como sus categorías, nivel de medición y los códigos que les fueron asignados a fin de operacionalizarlas, capturarlas y analizarlas.

**Tabla 1 Variables independientes, sus categorías y códigos**

<b>Variables</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Categorías, Códigos</b>
Sexo del Paciente	Nominal	Niño, Niña
Hermanos	Nominal	Sin, Con
Año escolar en curso	Ordinal	Preescolar, Primaria <sup>b</sup> , Primaria <sup>c</sup> , Media, Media Superior, Superior
Edad del Paciente en años	Razón	Años
Repitió año	Nominal	Si, No
Año recursado	Ordinal	Ídem año escolar en curso
Motivo para recurrar año	Nominal	Problemas de aprendizaje, problemas de conducta, otros
Seguro de salud	Nominal	Seguridad Institucional, Seguro Popular, Ninguno, Otros
Identificación del CP <sup>a</sup>	Nominal	Padres, Abuelos, Otros Familiares
Tiempo que destina el CP al cuidado	Nominal	Semana Completa, Semana Parcial
Edad Cuidador Primario	Razón	Años
Escolaridad Cuidador Primario	Ordinal	Ídem año escolar en curso
Ocupación Cuidador Primario	Nominal	Hogar, Trabajo Remunerado
El CP recibe apoyo instrumental en el cuidado del menor *	Nominal	Si (lo recoge de la escuela, le da de comer y apoya con sus tareas)
CP (único responsable del cuidado)	Nominal	No recibe apoyo instrumental*
CP percibe la conducta diferente	Nominal	Si, No
Otra persona percibe	Nominal	Padres, Abuelos, Otros Familiares
Hiperactivo, inatento e impulsivo	Nominal	Si, No
Conductas diferentes que el CP si percibe	Nominal	Externalizadas, internalizadas, problemas de aprendizaje, conflictos escolares
Preocupación por conducta diferente	Nominal	Si, No
Comentó preocupación por la conducta	Nominal	Si, No
Con quién comentó su preocupación	Nominal	Padres, abuelos, otros familiares, maestra, personal salud
Quien decidió buscar ayuda	Nominal	Madre, padre, abuelos, otros
Conductas niño y razón para buscar ayuda	Nominal	Externalizados, Internalizados, problemas de aprendizaje, conflictos escolares, antecedentes familiares
Consejo para pedir ayuda	Nominal	Si, No
A quién pidieron consejo	Nominal	Psicólogo, maestro, otro
Escuela pidió llevarlo al especialista	Nominal	Si, No
Con quién recomendó llevarlo	Nominal	Psicólogo(a), Paidosiquiatras, Otro profesional de la salud, Psiquiatra, Neurólogo, Pediatra

*Nota.* CP= Cuidador Primario <sup>a</sup>, primeros tres años de primaria <sup>b</sup>, últimos tres años de primaria <sup>c</sup>

\* Apoyo instrumental=conducta orientada a prestar ayuda directa instrumental y material a los hijos (Gracia y Herrero, 2006).Recoger al niño de escuela, darle de comer o ayudarle c/ tareas.

**Tabla 2 Definiciones conceptuales e Indicadores operacionales**

Variable	Definición Conceptual	Indicadores Operacionales
<b>Análisis descriptivo para identificar las barreras</b>		
<b>Trayectoria</b>	Cadena de eventos que las diadas viven en un tiempo establecido. Velocidad y duración de la progresión en una condición de salud que amenaza la calidad de vida. El éxito de transitar por la trayectoria de forma exitosa, depende del tiempo empleado en mejorar su bienestar emocional y social	Proceso continuo que debe transitarse por las diadas en máximo 6 meses. En el entendido de que la presencia de cualquier obstáculo se consideró barrera
<b>Variables independientes (Barreras y facilitadores)</b>	<b>Barreras:</b> hechos que ocasionan demora en el acceso a la atención especializada en salud mental. Aumentan el riesgo de complicar el trastorno mental, empeorando su curso y/o impacto y conducen al uso ineficiente del sistema de salud y de los recursos del gobierno. <b>Facilitadores:</b> hechos que anticipan el acceso ya que los CP's los perciben de mayor impacto en el entorno escolar, familiar y social	Se llevó a cabo el análisis, con base en las frecuencias que presentaron las diadas en cada dimensión de la trayectoria: Presencia o ausencia
<b>Capacidades del CP</b>	Modelo Conceptual de (Levesque et al., 2013). Establece que para un acceso exitoso el CP debe cumplir con las siguientes Capacidades: 1. Capacidad de percibir, 2. buscar, 3. llegar y 4. participar. La capacidad se refiere a la competencia de la diada para interactuar con el sistema y lograr el acceso	Capacidad percibir: Entender al TDAH como problema de salud mental. Capacidad buscar: Consultan profesional educativo o de salud. Capacidad de llegar: Al Centro de atención especializado. Capacidad de participar: Diadas pueden pagar (transporte, consultas, estudios y fármacos)
<b>Barrera geográfica</b>	Los centros de atención, no deben encontrarse a más de media hora de distancia; ya sea caminando o en transporte desde su casa. (Eyzaguirre-Beltroy et al., 2007)	Al tomar en cuenta la magnitud de la CDMX, la escasez de servicios diagnósticos para el TDAH, las aglomeraciones provocadas por el abundante tráfico, se fija el indicador de una hora para llegar al centro de atención

**Tabla 2 (continuación) Definiciones conceptuales e Indicadores operacionales**

Variable	Definición Conceptual	Indicadores Operacionales
<b>Análisis descriptivo para estimar las demoras</b>		<b>Indicador Diagnóstico óptimo</b>
<b>Demora (tiempo para recibir diagnóstico óptimo)</b>	Según consenso de la European Network for Hyperkinetic Disorders, (Taylor et al., 2004) el TDAH debe atenderse a los 4 años. <b>Demorar:</b> Tiempo que retrasa la edad en la que el menor recibe su diagnóstico de TDAH, con base en un tiempo de trayectoria óptima. <b>Anticipar:</b> Tiempo que adelanta la edad del menor para avanzar en la trayectoria	Edad menor al percibir: 4 años 1 mes. Edad menor al buscar: 4 años 2 meses. Edad menor llegar 1er nivel atención: 4 años 3 meses. Edad menor llegar c/profesional SM: 4 años 4 meses. Edad 1a cita en HPI: 4 años 5 meses. Edad menor al recibir diagnóstico HPI: 4 años 6 meses. Así, si en cada evento no se cumple con la edad indicada, se considera que el menor recibe Dx con demora
		<b>Indicador Diagnóstico oportuno</b>
<b>Demora (tiempo para recibir diagnóstico oportuno)</b>	Debido al rezago en el acceso ocasionado por las barreras presentes en cada dimensión de la trayectoria estudiada y la falta de servicios diagnósticos y de tratamiento para el TDAH en la CDMX	6 años, 6 meses
<b>Análisis comparativo demoras vis a vis otros países</b>		
<b>Resultado de demora recibir diagnóstico respecto de otros países</b>	La encuesta Perspectiva del cuidador sobre el TDAH pediátrico (CAPP) incluyó a cuidadores de niños y adolescentes (6–17 años) de diez países europeos que habían recibido farmacoterapia para el TDAH en los 6 meses anteriores. Las respuestas se compararon entre países.	Se consideraron dos medidas: el tiempo transcurrido desde percibir hasta obtener el diagnóstico y el tiempo transcurrido desde hacer el primer contacto con el profesional de la salud hasta obtener el diagnóstico. Posteriormente se compararon los resultados en ambos estudios.

## 7.8 Procedimiento para evaluar el acceso y sus indicadores operacionales

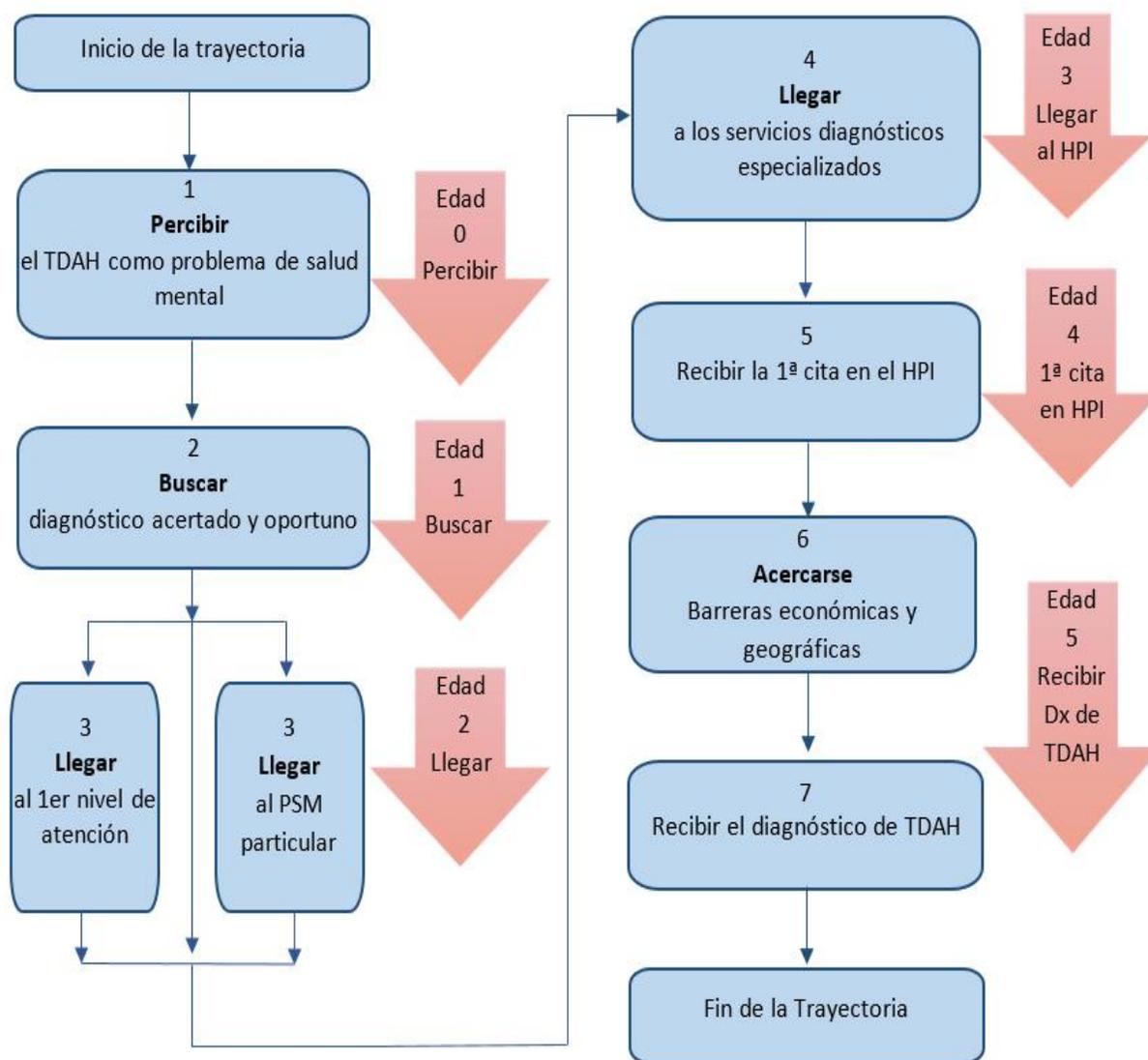
Para lograr dicha evaluación, se establecieron cinco categorías que representan las cinco edades clave en las que los niños y adolescentes cruzaron la trayectoria completa: (1) edad de percibir (2) edad de buscar (3) edad de hacer primer contacto con un Profesional de la salud (PS). (4) edad de llegar al hospital sede y (5) edad para ser diagnosticado. Simultáneamente, se fijaron seis intervalos, que representan los tiempos invertidos para cruzar cada dimensión de la trayectoria completa: I. desde percibir hasta buscar II. desde buscar hasta realizar el primer contacto con PSM. III. desde contactar al PS, hasta obtener la referencia al hospital sede IV. desde la llegada al hospital sede, hasta obtener su diagnóstico V. tiempo total desde percibir hasta ser diagnosticado y VI. tiempo desde contactar al PS, hasta ser diagnosticado. (Figura 3).

La edad para percibir representó el primer paso para iniciar el proceso de acceso y fue útil para estimar el tiempo invertido por los CP's para percibir los síntomas nucleares del TDAH como problemas potenciales de salud mental; la edad para buscar, significó que los CP's habían concluido el proceso de percepción y adquirido la necesidad de atención; la edad para llegar al primer profesional de la salud mental denotó el momento en que contactaron por primera vez a algún profesional de la salud; la edad para llegar al hospital sede fue útil para estimar el tiempo que tardó el profesional de primer contacto y el primer nivel de atención en referir a las diadas al centro especializado capaz de ofrecer un diagnóstico formal para el TDAH y por último, la edad de diagnóstico, útil para evaluar el tiempo que empleó el hospital sede en diagnosticarlos y el tiempo total que demoraron las diadas en cruzar la trayectoria completa.

Además, se establecieron los siguientes indicadores: (a) diagnóstico óptimo: cuatro años, de acuerdo a la recomendación del estudio de la historia natural del TDAH, realizada por (Harpin, 2004); más seis meses, (tiempo óptimo para recorrer la trayectoria completa). b) El diagnóstico oportuno se estableció a los seis años seis meses, ya que esta es la edad en la que los maestros

identifican a los niños con TDAH y solicitan la atención (c) diagnóstico tardío: cuatro años después de la edad para un diagnóstico óptimo; (d) diagnóstico significativamente tardío: siete años después de la edad para un diagnóstico óptimo; y (e) diagnóstico extremadamente tardío: 13 años después de la edad para un diagnóstico óptimo.

**Figura 3 Trayectoria de acceso al diagnóstico oportuno del TDAH**



Fuente: Elaboración propia

Nota. PSM= Profesional de la salud mental, HPI=Hospital sede.

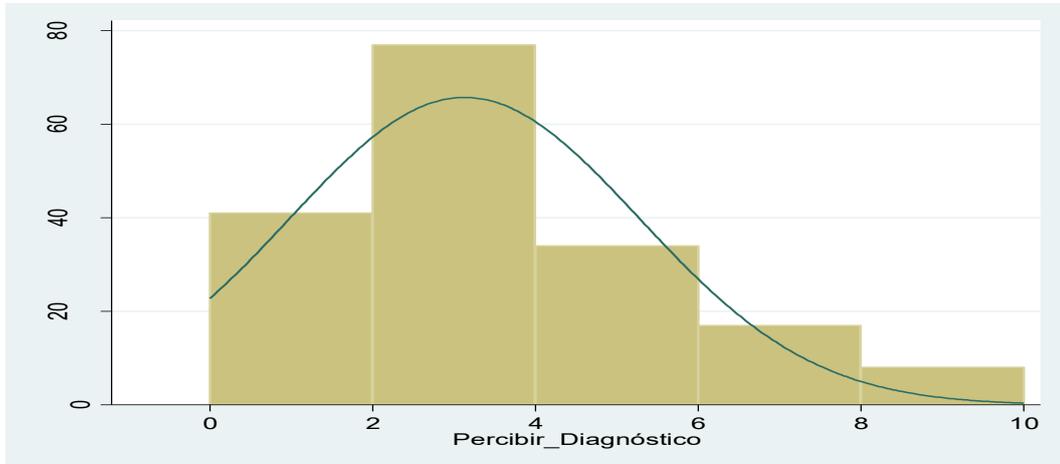
## 7.9 Análisis estadístico

Con el propósito de evaluar el acceso al diagnóstico oportuno para el TDAH, se llevaron a cabo dos análisis estadísticos, el primero fue descriptivo, mediante el cual se determinaron las frecuencias de las variables independientes, en el entendido de que la gran mayoría de las variables independientes se configuraron como barreras y otras, aunque mínimas se configuraron como facilitadores al cruzar la trayectoria completa (percibir, buscar, llegar al 1er profesional de la salud, llegar al HPI y ser diagnosticado). Este análisis se llevó a cabo a efecto de describir las barreras y facilitadores; considerando barrera cualquier obstáculo que las diadas presentaran al cruzar la trayectoria completa desde percibir hasta ser diagnosticado y como facilitadores aquellas variables que facilitaron el acceso oportuno a las diadas.

El segundo análisis estadístico, tuvo como objetivo estimar los tiempos de demora para acceder al diagnóstico oportuno; dicha estimación se realizó con base en las edades del menor, a la cual cruzaron la trayectoria completa, desde percibir hasta que fueron diagnosticados formalmente; otro objetivo secundario fue realizar un comparativo entre sexos y determinar quiénes presentaron un diagnóstico con mayor oportunidad; para lo cual se contrastaron los tiempos de demora obtenidos por ambos sexos para recorrer la trayectoria completa hasta el diagnóstico. Este análisis se efectuó utilizando medianas, rangos y cuartiles, dada la variabilidad de las edades de los menores al cruzar la trayectoria, por lo que en consecuencia la distribución de la muestra no es típica. Finalmente, se determinaron las diferencias entre los tiempos que demoraron los niños y niñas para cruzar la trayectoria completa; se utilizó la prueba estadística U de Mann Whitney y el paquete estadístico SPSS versión 22.

**Figura 4**

**Histograma de distribución de los tiempos de demora al cruzar la trayectoria completa. Asimetría (sesgo positivo)**



### **7.10 Aspectos Éticos**

El presente trabajo se considera dentro del rubro de investigaciones con riesgo mínimo ya que es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realizó intervención alguna o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio. Se obtuvieron los dictámenes aprobatorios correspondientes a los Comités de Investigación, así como del Comité de Ética en Investigación con número de registro: OT4/01/1215 del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. (El consentimiento informado, se adjunta como anexo 2).

## **8. Resultados**

### **8.1 Características sociodemográficas de los menores con TDAH**

La mediana de edad en la muestra total fue de nueve años ( $M=9$ ), con una desviación estándar de 3.07 años ( $DE = 3.07$ ). El 81.5% eran varones; en consecuencia, el diagnóstico de TDAH en diadas de varones fue mayor en una proporción de 4.4-1, respecto de las niñas. Por lo que respecta a la escolaridad, cerca de la mitad de los participantes fueron atendidos mientras cursaban los primeros tres años de la escuela primaria y un poco más de la tercera parte lo hizo mientras cursaba los últimos tres años de la escuela primaria. Hubo doce varones y tres niñas que repitieron un año escolar; nueve de ellos a causa de sus problemas de aprendizaje y en tres de ellos por sus problemas de conducta; siendo los CP's, quienes solicitaron a los maestros la repetición de año, debido a su preocupación por el bajo desempeño escolar en los niños que presentaron problemas de aprendizaje (Tabla 3).

**Tabla 3**  
**Características sociodemográficas de los niños y adolescentes, por sexo.**  
**Ciudad de México 2017**

	Masculino		Femenino		Total		Mediana	Rango
	n	%	n	%	N	%		
Edad	144	81.4	33	18.6	177	100	9	4-18
4 a 8	67	37.9	13	7.3	80	45.2	7	4-8
9 a 13	61	34.5	16	9.0	77	43.5	10	9-13
14 a 18	16	9.0	4	2.3	20	11.3	15	14-18
<b>Escolaridad</b>								
Preescolar	14	7.9	0	0	14	7.9	3	3
1° - 3° primaria	64	36.1	15	8.5	79	44.6	2	1-3
4° - 6° primaria	37	20.9	10	5.7	47	26.6	5	4-6
Secundaria	22	12.4	6	3.4	28	15.8	2	1-3
Preparatoria	7	3.9	2	1.2	9	5.1	2	1-3
<b>Desempeño escolar</b>								
Repitió grado escolar	12	6.8	3	1.7	15	8.5	0	NA*
<b>Motivo para repetir grado escolar</b>								
Problemas de aprendizaje	7	4.0	2	1.1	9	5.1	1	NA*
Problemas de conducta	1	0.6	1	0.6	2	1.2	1	NA*
*NA = No aplica								

## **8.1 Características sociodemográficas de los cuidadores primarios (CP's)**

Las edades entre los CP's presentaron un amplio rango; debido a que una niña de 13 años y una abuela de 72 años afirmaron ser las cuidadoras primarias de dos de los menores participantes; siendo las madres cuidadoras primarias en un 84%, las abuelas en un 6% y el 3% estuvo compuesto por tías o hermanas. Por otro lado, el 43% de las cuidadoras primarias declararon ser las únicas responsables de la crianza y cuidado del menor; por lo que en la población estudiada el rol de cuidador primario fue ejercido mayoritariamente por las mujeres. El 66.7%, de los CP's tenía un nivel de estudios de educación media y media superior y solo el 17.5% contaba con un nivel de escolaridad superior. El 80.8% de las CP's se dedicaban al hogar o tenían algún empleo informal y solo el 19.2% contaba con un empleo formal; debido a ello prácticamente seis de cada diez diadas se habían afiliado al Seguro Popular; mientras dos de cada diez no tenían seguro de salud alguno, de forma tal que ocho de cada diez carecían de protección social.

A pesar de que más de la mitad (54.7%) de las diadas provenían de las alcaldías más cercanas al hospital sede (Tlalpan y Coyoacán), manifestaron que su tiempo de traslado era mayor a una hora; ya que dependían del transporte público y expresaron gran dificultad en conseguir un traslado eficiente para llegar al hospital sede. Como resultado, en los demás casos, provenientes de delegaciones más lejanas hubo trayectos hasta de cuatro horas; lo anterior debido que el 15% de ellos provenían del Estado de México y una diada del Estado de Hidalgo. En consecuencia, la gran mayoría de los participantes presentaron barreras geográficas. Tabla 4.

**Tabla 4**  
**Características sociodemográficas**  
**Cuidadores Primarios (CP's)**

<b>Edad</b>	<b>Mediana</b>	<b>Rango</b>
	40	13- 72
<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hombres	10	5.6
Mujeres	167	94.4
<b>Escolaridad</b>		
1° al 3° primaria	11	6.2
4° al 6° primaria	17	9.6
Secundaria	63	35.6
Preparatoria	55	31.1
Superior	31	17.5
<b>Relación con el menor</b>		
Madre	150	84.0
Padre	8	5.0
Abuelas(os)	13	7.7
(Tías, hermanas)	6	3.3
<b>Ocupación</b>		
Hogar	90	50.9
Empleo formal	34	19.2
Empleo informal	53	29.9
<b>Afiliación seguro salud</b>		
Seguro popular	105	59.3
Ninguno	36	20.3
IMSS, ISSSTE, Pemex y Secretaría de Marina	36	20.4
<b>Alcaldías que habitan</b>		
Tlalpan	35	29.4
Coyoacán	30	25.3
Iztapalapa	21	17.6
Estado de México	18	15.1
Benito Juárez, Iztacalco y Venustiano Carranza	15	12.6

## **8.2 Barreras y facilitadores para el acceso al diagnóstico oportuno del TDAH**

Numerosas barreras fueron detectadas en todas las dimensiones de la trayectoria de acceso para obtener un diagnóstico oportuno. La primera barrera para iniciarla de forma exitosa, fue la falta de percepción del TDAH como problema de salud mental en todos los participantes, ya que, en más de la mitad de los correlatos, los CP's expresaron darse cuenta de la conducta diferente del menor; sin embargo, percibieron dichas conductas como "inherentes a su personalidad". El resto no detectó conducta diferente alguna. (Tabla 5).

En cuanto a la búsqueda de atención; en el 83.6% de los casos fue el profesional educativo (la maestra, la directora y el profesional de la Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva (UDEEI)\* quienes percibieron y solicitaron la búsqueda de ayuda; actuando como facilitadores clave para el acceso (Tabla 5). Sin embargo el profesional educativo al no contar con un vínculo adecuado con el sistema de salud mental, que les permita saber en dónde y con qué profesional de la salud mental referir a las diadas para que estas obtengan un diagnóstico formal y debido a que las diadas requieren un tiempo para procesar el problema de salud mental por el que atraviesan los menores y conciliar con la pareja o la familia, el siguiente paso fue buscar, mientras eso sucede el profesional educativo prácticamente en la mitad de los casos sugirió, pero aun en más de un tercio de los participantes tuvo que convencer a los CP's y más aún en un poco menos de un tercio de los CP's tuvo que amenazarlos para que buscaran la atención del menor. El profesional al que le refirieron la mayoría de los casos (61%), fue el psicólogo; en el 39 % de los casos fueron los médicos del primer nivel de atención y solo al 9.3% les sugirió llevarlos al hospital sede. (Tabla 5).

Por lo que respecta al uso de los servicios especializados para el TDAH en el hospital sede, se detectó la presencia de barreras geográficas aun en la Ciudad de México, inclusive para los habitantes de las alcaldías de mayor cercanía (Tlalpan y Coyoacán); ya que la mayoría de los participantes indicaron un tiempo de traslado con una mediana de casi dos

horas, con un rango de entre 60 a 480 minutos. Ahora, referente a las barreras económicas, el 40% de los CP's afirmaron tener dificultades para enfrentar los costos del transporte, las consultas y los estudios juntos; adicionalmente el 87.4% manifestó falta de recursos económicos para comprar el medicamento prescrito. (Tabla 5).

**\*Nota:** La Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva (UDEEI); es un servicio educativo especializado que pretende garantizar una educación de calidad con equidad mediante la colaboración de maestros y personal de escuelas de Educación Básica. En 2014, el nivel de cobertura de escuelas a nivel básico (preescolar y educación básica) que contaban con una UDEEI era de 2,411 en la Ciudad de México. Es importante destacar que no todas las escuelas cuentan con una UDEEI; las alcaldías con mayor número de escuelas con UDEEI son las más pobladas, como la Gustavo A. Madero con una población de 1'164,477 habitantes y 559 UDEEIS y la alcaldía de Iztapalapa con una población de 1'827, 868, con 490 escuelas con UDEEI. Secretaria de Educación Pública. Dirección General de Operación de Servicios Educativos. Dirección de Educación Especial. (2014). La intervención de la Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva UDEEI.

Durante el curso escolar 2010-2011, las UDEEIS atendieron a 2,499 niños con TDAH: en este punto hay que estar conscientes de que las intervenciones que reciben estos menores para el TDAH, representan su única fuente de ayuda, lo anterior pone a estos niños y adolescentes en riesgo de exclusión, deserción o expulsión de la escuela. Por otro lado, (Cuevas, 2017), sugiere que los docentes proponen que en las escuelas regulares del país sean los docentes quienes identifiquen las conductas inatentas, hiperactivas y antisociales; a fin de establecer condiciones para solicitar su atención y evitar que estos niños formen parte de la exclusión, deserción o del rechazo. (El Trastorno por Déficit de Atención, [TDAH], 2011, atención a la diversidad en escuelas inclusivas).

<b>Tabla 5</b>		<b>Frecuencias</b>	
<b>Barreras y facilitadores para acceder al diagnóstico oportuno Para el TDAH. Ciudad de México, 2017</b>		N	%
<b>Variable</b>		177	100.0
<b>Barrera para percibir</b>			
No perciben los síntomas nucleares del TDAH como problema de SM		177	100.0
CP's percibieron conductas como inherentes a su personalidad		80	45.2
CP's que no percibieron problema alguno		97	54.8
<b>Barrera para buscar</b>			
Ya que no perciben, tampoco buscan la atención; una vez que el profesional educativo (PE), solicita la atención entonces el CP percibe la necesidad de atención, pero piden consejo a familiares, amigos para saber en dónde buscar		134	95.7
		140*	
<b>Facilitador para llegar</b>			
El profesional educativo (PE) es percibe y solicita la atención de los menores (maestra, directora o profesional de UDEEI)		148	83.6
El PE sugirió buscar		65	43.9
El PE tuvo que convencer		52	35.2
El PE educativo tuvo que presionar		31	20.9
<b>Barrera (falta de un sistema de referencia)</b>			
El (PE) sugiere consultar a un PSM particular, quién los retiene 1 o 2 años y terminan refiriéndolos al hospital sede sin resolver sus necesidades de atención		123	86.6
Psicólogos particulares		81	65.9
Otros profesionales (médicos generales)		20	16.2
Paidosiquiatra		17	13.8
Psiquiatra, terapeuta de conducta, neurólogo		5	4.1
		142*	
Llegar al 1er nivel, donde no resuelven sus necesidades de atención		69	38.9
El 1er nivel de atención no refiere a todos, solo al		16	9.3
Consultan entre dos y ocho profesionales de la salud antes del llegar al hospital sede		80	46.8
		171*	
<b>Facilitador para llegar a la atención especializada</b>			
Llegar directamente al hospital sede a solicitud del PE		26	14.8
		176*	
El PE solicita acudir al 1er nivel y este los refiere al hospital sede		16	9.3
<b>Barreras para utilizar servicios especializados (hospital sede)</b>			
Dificultad traslado al hospital sede (tiempo traslado > 1 hora)		177	100.0
Dificultad económica (gastos de transporte, consultas, estudios)		63*	39.9
Dificultad económica para comprar el medicamento		152*	87.4
		174*	

Notas: CP's = Cuidadores primarios. SM=Salud Mental. PSM=Profesional de la salud mental  
PE=Profesional educativo. N= Número total de respondientes \*

### 8.3 Demoras en el acceso al diagnóstico oportuno

Se utilizó estadística descriptiva para reseñar las estimaciones de las demoras encontradas; los principales hallazgos fueron: retrasos injustificados relevantes al analizar los indicadores establecidos para cruzar la trayectoria completa en todas las edades e intervalos de la muestra total. A su vez, se observaron diferencias importantes entre niños y niñas, en los tiempos que les toma cruzar la trayectoria de acceso completa; siendo la demora más importante la de percibir el problema; muy especialmente en las niñas; pues al considerar la mediana, estas se retrasaron un año más que los niños en empezar la trayectoria; ya que la mediana de edad en los niños fue de cinco años, mientras que en las niñas fue a los seis años. Hay que recalcar la existencia de una importante variabilidad en los tiempos de demora entre cada individuo y entre niñas y niños; si se toma en cuenta la mediana ambos grupos tardaron dos años en cruzar la trayectoria completa; sin embargo, al observar a las niñas más rezagadas, éstas solo tardaron un año en lograr su diagnóstico, mientras que los niños más rezagados tardaron cuatro años en lograrlo. (Tabla 6).

La edad mínima en los niños para obtener su diagnóstico fue de 4.43 años, en comparación con la edad mínima en las niñas, que fue de 6.11 años. En contraste con la edad máxima para obtener su diagnóstico que en los niños fue de 15.3 años y en las niñas fue de 17.10; lo cual evidencia edades muy dispersas entre niñas y niños, para obtener un diagnóstico formal y ágil. Por otro lado, las edades a las que los varones fueron diagnosticados presentaron una mayor variabilidad, ya que el rango intercuartílico de las edades para el diagnóstico en los niños fue de 2 años diez meses (2.83), mientras que en las niñas este fue de dos años tres meses (2.24 años). Lo anterior se describe con mayor amplitud en la tabla 6, así como en la figura 5.

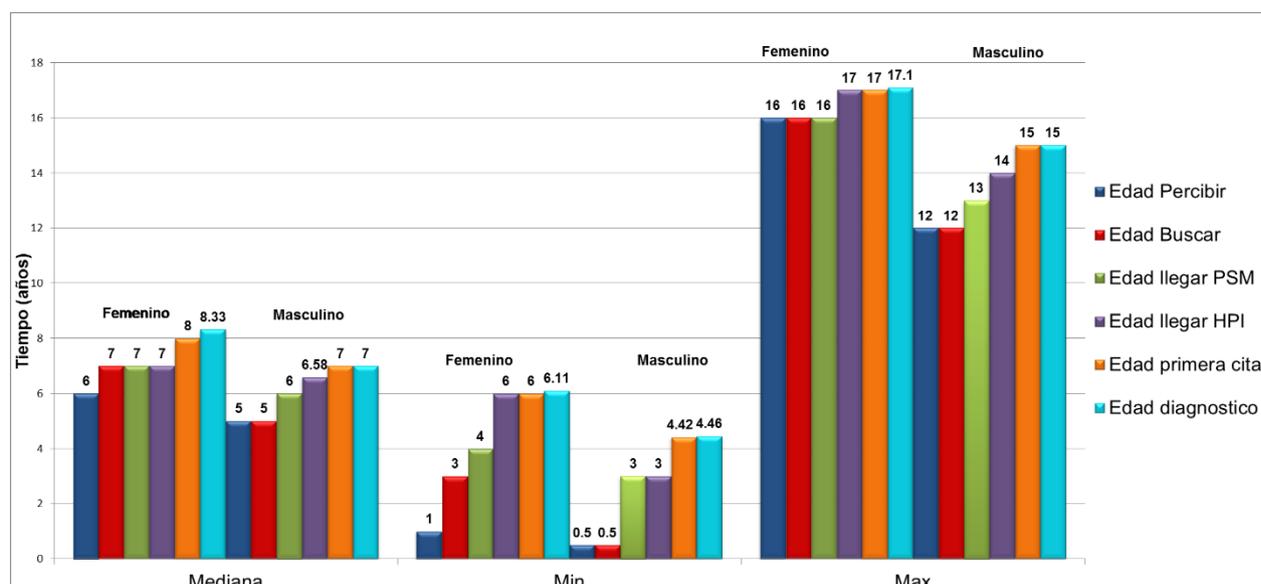
**Tabla 6**  
**Edades de los menores (medianas, rangos y cuartiles)**  
**Al cruzar la trayectoria completa**

	Capacidad Percibir	Capacidad Buscar	Capacidad Llegar PSM*	Capacidad Llegar HPI**	Edad Diagnóstico
<b>Niños N</b>	144	144	144	144	144
Mediana	5	6	6.50	7.17	7.33
Rango	11.50	10	10.17	10.58	10.8
Mínimo	0.50	3	3.33	4.42	4.46
Máximo	12	13	13.50	15	15.3
Rango Intercuartílico	3	2	2	2.83	2.83
Cuartil 1	3	5	6	6.17	6.26
Cuartil 3	6	7	8	9	9.10
<b>Niñas N</b>	33	33	33	33	33
Mediana	6	7	7.09	8	8.33
Rango	15	13	12	11	11
Mínimo	1	3	4	6	6.11
Máximo	16	16	16	17	17.10
Rango intercuartílico	2	1	2.75	2.08	2.24
Cuartil 1	4	6	6.25	7.17	7.17
Cuartil 3	6	7	9	9.25	9.41

\*Profesional de la salud mental

\*\* Hospital Sede: Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (HPI)

**Figura 5**  
**Edades de los menores al cruzar la trayectoria completa**  
**(Diferencias por sexo)**



Nota. PSM= Profesional de la salud mental, HPI=Hospital sede.

### **8.3.1 Comparativo de frecuencias con base en las edades de niños y niñas (Indicadores establecidos para un diagnóstico oportuno)**

El diagnóstico en tiempo óptimo se presentó solo en el 0.6% de la muestra total, y solo un tercio de los participantes obtuvieron diagnósticos oportunos. La mayoría de niños y niñas fueron diagnosticados a una edad tardía, más de un tercio de los participantes obtuvieron su diagnóstico a una edad significativamente tardía y el 10% a una edad extremadamente tardía (Tabla 7). Al comparar por sexo, ninguna niña y solo un niño fueron diagnosticados a una edad óptima. Los niños fueron diagnosticados con mayor frecuencia a una edad temprana, con una diferencia de 20 puntos porcentuales, respecto de las niñas.

En ambos grupos, la mayoría de los niños fueron diagnosticados a una edad tardía, aunque esto ocurrió con mayor frecuencia en las niñas con un margen de 8.2 puntos porcentuales. Con una mayor frecuencia las niñas fueron diagnosticadas a una edad significativamente tardía; en seis puntos porcentuales respecto de los niños. Este patrón se repitió para los diagnósticos extremadamente tardíos; ya que las niñas fueron diagnosticadas con una demora extremadamente tardía hasta seis puntos porcentuales con mayor frecuencia, respecto de los niños (Tabla 7).

**Tabla 7**  
**Frecuencias según Indicadores para un diagnóstico oportuno, con base en las edades de niños y niñas**

Edad de diagnóstico	Niños		Niñas		Total	
	N	%	n	%	n	%
<b>Edad de diagnóstico óptimo</b> ≤ a los 4 años 6 meses	1	0.7	0	0	1	0.6
<b>Edad de diagnóstico oportuno</b> ≤ a los 6 años 6 meses	46	32	4	12.1	50	28.3
<b>Edad de diagnóstico tardío</b> ≤ a los 8 años 6 meses	49	34	14	42.4	63	35.6
<b>Edad diagnóstico significativamente tardío</b> ≤ a los 11 años 6 meses	35	24.3	10	30.3	45	25.4
<b>Edad de diagnóstico excesivamente tardío</b> ≤ a los 17 años 6 meses	13	9	5	15.2	18	10.1
	<b>144</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>177</b>	<b>100</b>

### 8.3.2 Comparativo de las edades en niños y niñas (Seis intervalos de tiempo al cruzar la trayectoria completa)

La mediana del tiempo de demora para cruzar la trayectoria completa (Figura 6), en los niños fue de 3 años y en las niñas fue de 2 años 6 meses. La mediana entre percibir y buscar fue de un año en ambos grupos; no habiendo demora entre percibir y buscar en el primer cuartil para ambos grupos; sin embargo, en el tercer cuartil ambos grupos demoraron casi dos años entre percibir y buscar.

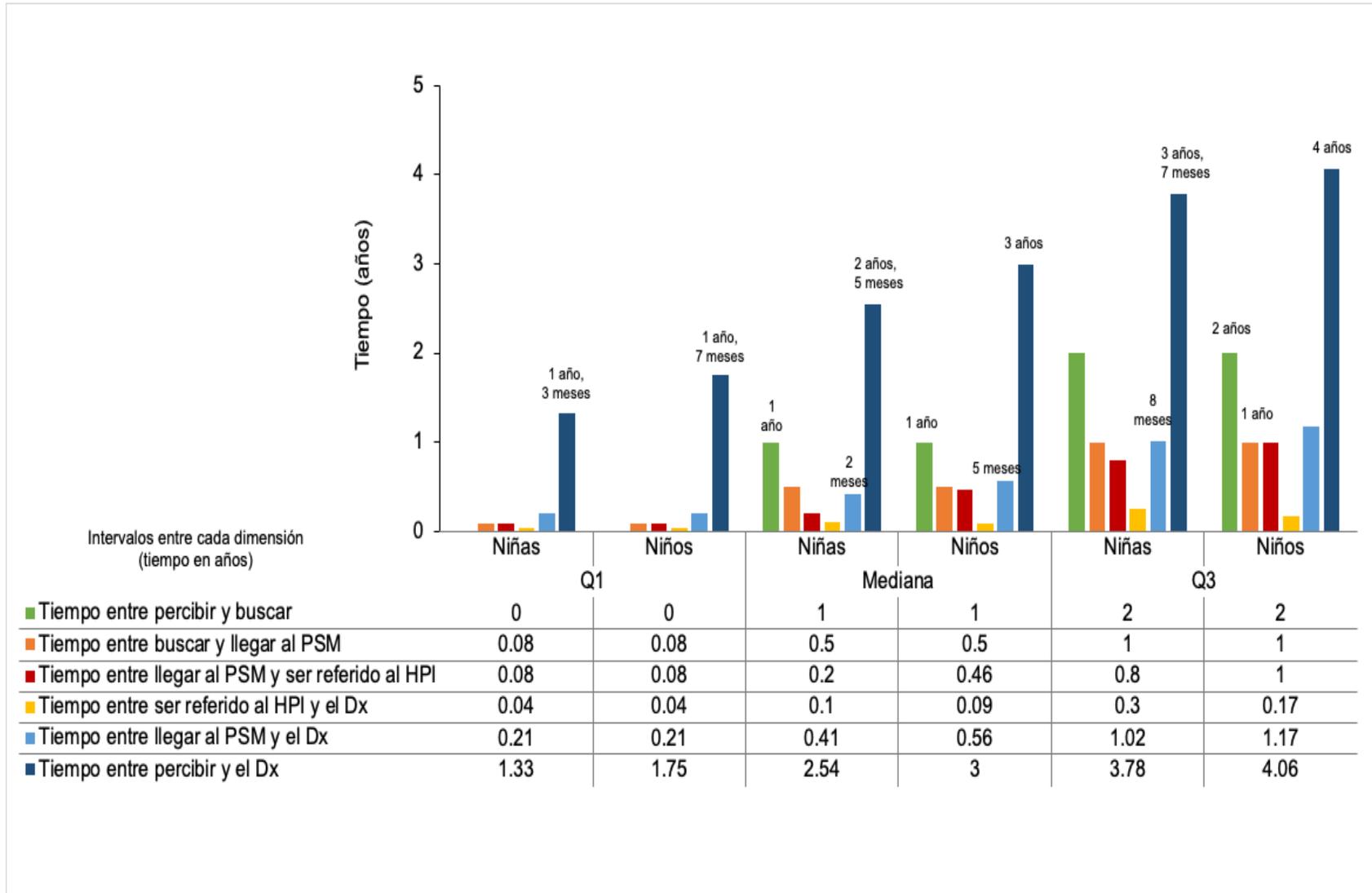
Al considerar la mediana, el profesional de la salud mental de primer contacto retuvo a los pacientes varones tres meses más que a las niñas antes de referirlos al hospital sede, aunque para el primer y tercer cuartil no hubo diferencias en los tiempos de demora para referir a los niños, respecto de las niñas. Resultó muy alentador el hecho de que al 85% de los menores se les otorgó su diagnóstico el día de su primera consulta en el HPI. El tiempo

de demora para la referencia, en el primer cuartil fue de un mes para ambos grupos y para el tercer cuartil de dos meses nueve días para las niñas y dos meses siete días para los niños. Al indagar las razones por las que buscaron la atención en el HPI, se encontró que para algunos menores en especial para las niñas se buscó la atención debido a problemas en su estado de ánimo (depresión o baja autoestima), por lo que fueron diagnosticadas inicialmente por este primer motivo de consulta; sin embargo, a lo largo de su tratamiento el especialista se percató que realmente tanto la depresión como la baja autoestima fueron trastornos comorbidos derivados del TDAH.

#### **8.3.4. Intervalos de tiempo para cruzar la trayectoria completa con base en las edades de los menores en cuartiles**

Los intervalos de tiempo para cruzar la trayectoria completa en los tres cuartiles exhibieron tiempos muy distintos para ambos grupos (niños y niñas) y entre individuos tampoco mostraron un patrón, por ejemplo, en el primer cuartil las diadas de niñas tardaron un año tres meses en obtener su diagnóstico, mientras que las diadas de niños tardaron un año con 9 meses en obtener su diagnóstico. En el segundo cuartil las niñas tardaron dos años seis meses y los niños tres años, mientras que para el tercer cuartil a las diadas de niñas el obtener su diagnóstico les tomó tres años nueve meses y a las diadas de niños hasta 4 años un mes. Estas demoras sugieren que, para cruzar la trayectoria hasta obtener su diagnóstico, CP's de niñas y niños deben superar variadas y numerosas barreras en todas las dimensiones que les impiden obtener un diagnóstico oportuno. (Figura 6).

**Figura 6 Intervalos de tiempo (demoras)  
entre cada dimensión para cruzar la trayectoria completa en cuartiles (niños y niñas)**



## 9. Contrastes de rangos promedio con base en las edades de niños(as)

La amplitud de los rangos en las edades a las que los CP's de las niñas percibieron el TDAH como un problema de salud mental, fue mayor respecto de la amplitud de los rangos de las edades de los niños, con los que los CP's de estos percibieron el problema. La amplitud de los rangos al cruzar la trayectoria completa en los niños se mantuvo prácticamente igual en todas las dimensiones, no así la amplitud de los rangos en las edades de las niñas, que tuvo dos aumentos, en las edades de las niñas para buscar y después en las edades de estas para contactar al profesional de la salud. Sin embargo, a reserva de la importante diferencia que presentaron los rangos entre niños y niñas, a partir de la dimensión de buscar los rangos no sufrieron aumentos importantes para cruzar el resto de la trayectoria completa. (Tabla 8).

**Tabla 8 Contraste de rangos promedio durante trayectoria completa**

	<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>Promedio Rangos</b>	<b>Suma de los Rangos</b>
<b>Edad percibir</b>	Niños	144	85.93	12373.50
	Niñas	33	102.41	3379.50
	Total	177		
<b>Edad buscar</b>	Niños	144	85.35	12290.00
	Niñas	33	104.94	3463.00
	Total	177		
<b>Edad llegar PS</b>	Niños	144	85.07	12250.50
	Niñas	33	106.14	3502.50
	Total	177		
<b>Edad llegar HPI</b>	Niños	144	85.01	12241.00
	Niñas	33	106.42	3512.00
	Total	177		
<b>Edad Diagnóstico</b>	Niños	144	85.03	12244.50
	Niñas	33	106.32	3508.50
	Total	177		

### 9.1 Diferencias en las demoras entre niños y niñas

Se concluye, que los niños y las niñas presentaron tiempos de demora distintos, con base en su edad, siendo las diferencias estadísticamente significativas, para cuatro de las edades de las dimensiones estudiadas (buscar, llegar al profesional de la salud mental, llegar al hospital sede y obtener diagnóstico de TDAH), con excepción de la edad para percibir. Los resultados sugieren una mayor dificultad de las niñas en prácticamente todas dimensiones de la trayectoria completa para obtener un diagnóstico oportuno para el TDAH. (Tabla 9).

**Tabla 9 Diferencias en las demoras de la trayectoria completa, con base en las edades de los niños  
(U de Mann Whitney)**

	<b>Edad Percibir</b>	<b>Edad buscar</b>	<b>Edad llegar PS</b>	<b>Edad llegar HPI</b>	<b>Edad Diagnóstico</b>
<b>U de Mann-Whitney</b>	1933.500	1850.000	1810.500	1801.000	1804.500
<b>Valor de Z</b>	-1.687	-2.010	-2.134	-2.169	-2.153
<b>Valor de p</b>	.092	.044	.033	.030	.031
<b>Variable agrupada= Sexo z = -1.494, p &gt; 0.05</b>					

## 10. Discusión

El objetivo principal del presente trabajo fue evaluar el acceso al diagnóstico oportuno para el TDAH; de los menores atendidos y diagnosticados en el Hospital sede; por lo que se elaboró un cuestionario semiestructurado denominado Cédula AAcceDa, dirigido a los CP'S, quienes fueron los informantes; por lo que con base en las frecuencias encontradas se describieron las barreras y los facilitadores del acceso, considerando barreras, aquellas variables independientes que representaron un obstáculo para acceder a los servicios diagnósticos especializados y facilitadores aquellas variables independientes que favorecieron un diagnóstico efectivo y oportuno.

Nuestros resultados mostraron la presencia de barreras en todas las dimensiones del proceso de acceso, lo cual da cuenta de una notable brecha en el acceso a un diagnóstico oportuno, marcada por una falta de percepción del TDAH, como problema de salud mental, que impide la búsqueda de ayuda por parte de los CP's, para llegar a los servicios especializados y obtener un diagnóstico oportuno. En este estudio, la falta de percepción como problema de salud mental fue identificada como la primera barrera; no solo por ser con la que se inicia el proceso, sino porque la falta de percepción del TDAH se encuentra caracterizada por factores socioculturales, lo cual la ha configurado como la barrera más difícil de sortear. |

Sin embargo, si se enfrenta con programas psicoeducativos específicos para el TDAH, apoyados y coordinados con el sector educativo y con la participación de los cuidadores, en cooperación tripartita como lo propone (Sanders et al. 2014), con su Programa para padres triple positivo; o como en el Modelo basado en la escuela de (Burns, et al., 1995). Ambos ejemplos representan intervenciones efectivas, que permitirían la implementación de modelos de atención más oportunos y efectivos; que a su vez mejorarían el acceso a diagnósticos más oportunos para al fin lograr el cambio del paradigma curativo al preventivo.

Este hallazgo concuerda con los resultados de otras investigaciones –tanto en México como en otras latitudes– que han sugerido que los síntomas nucleares del TDAH, a pesar de que han sido manifestaciones psicopatológicas muy frecuentes desde la primera infancia, no se han percibido por los cuidadores como motivos para llevar a los menores a consulta. (Caraveo-Anduaga, 2002); y es a su vez coincidente con lo reportado por (Sayal, Goodman y Ford., 2006), en cuanto a la necesidad de proveer psicoeducación acerca del TDAH; a fin de que la escuela funcione como agente capaz de identificar, diagnosticar y hasta tratar los casos leves y han propuesto que los casos comorbidos sean enviados a los servicios diagnósticos y de tratamiento especializados disponibles.

En este punto, se destaca el papel tan relevante que han tenido las escuelas en la Ciudad de México; al actuar como facilitadoras en la percepción y búsqueda de atención; sin embargo, el sistema de salud mental de nuestro país, no ha reconocido la intervención de facto que permanentemente realizan las escuelas de nivel básico en la ciudad de México para identificar y solicitar la atención de los menores con TDAH. En consecuencia, la evidencia apunta a que la mayoría de los niños que necesitan servicios de salud mental no los reciben y aquellos que sí los reciben, en gran medida lo hacen a través del sistema escolar (Burns et al., 1995). Esta propuesta es coincidente con la de canalizar servicios adicionales de salud mental en entornos escolares pues las escuelas tienen una larga historia de proporcionar servicios de salud mental y un acceso conveniente para la mayoría de los niños (DuPaul, Gormley, & Laracy, 2014).

En la Ciudad de México, de acuerdo a cifras del Programa de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa, de la Secretaría de Educación Pública, durante el ciclo escolar 2010-2011, fueron atendidos 2,499 niños con TDAH en sus escuelas. (Cuevas, 2010). Con estas intervenciones, la SEP pretende impulsar las transformaciones necesarias para que las escuelas se constituyan en espacios inclusivos de la educación básica. Proclaman que solo el trabajo responsable, comprometido y en colaboración, garantiza la eliminación de prácticas de exclusión de los estudiantes con TDAH, para que no sean

segregados. Los servicios de apoyo de las Unidades de Educación Especial y Educación Inclusiva (UDEEI) miran al TDAH como una oportunidad para atender la diversidad y así consolidar la educación inclusiva. En este sentido, el fenómeno del TDAH en las escuelas de educación básica debe ser tomado como una oportunidad para actuar sobre las culturas, políticas y prácticas presentes en el contexto escolar, áulico y socio-familiar; así mismo, estas Unidades han propuesto que la salud mental es una área importante de necesidad para garantizar el éxito académico y el bienestar emocional de los estudiantes; debido a que pocos estudiantes reciben servicios que podrían prevenir o reducir los síntomas asociados con los trastornos más prevalentes; ya que la intervención se implementa después de una crisis, en lugar de como una medida preventiva (Kern et al., 2007).

Nuestros datos sugieren que las niñas presentaron mayor dificultad para acceder a un diagnóstico oportuno, debido a que su acceso se presentó en una proporción de 4.4 a 1 respecto de los niños; lo cual es consistente con la proporción obtenida de 5 a 1 en Reino Unido; O'Leary, Bourke & Ansell, (2014), mientras que Alemania reportó un diagnóstico de 3 a 4 veces mayor en niños que en niñas; en los Países Bajos los niños recibieron de 3 a 8 veces más recetas que las niñas y advirtieron que la prevalencia iba en aumento. (Lindemann et al., 2012); (O'Leary, 2014). Sin embargo, estas tasas tan altas deben tomarse con cautela, ya que puede tratarse de población seleccionada con mayor acceso socioeconómico y/o geográfico y no ser representativa de la población infantil ni de la Ciudad de México ni de los demás países.

Los correlatos recabados en el análisis cualitativo confirmaron que las conductas preocupantes para los CP's y que percibieron como problemas que requerían atención especializada fueron: la presencia de conductas internalizadas en el menor, como tristeza, aislamiento, quejas somáticas y en cuanto a las conductas externalizadas como agredirse a sí mismos o a otros, mentir, robar, etc., estas conductas aunque en algunos cuidadores fueron motivo de preocupación; no fueron percibidas como conductas que requerían atención especializada; sino que fueron percibidas como conductas inherentes a su personalidad. Dado

que las conductas externalizadas son normalizadas por los cuidadores, pero fueron percibidas por el profesional educativo como conductas potencialmente dañinas y fueron ellos quienes solicitaron, convencieron y hasta tuvieron que presionar a los cuidadores para que llevaran a los menores a su atención. (Martínez-Jaime y Reyes-Morales, 2020).

Estos resultados evidencian no solo la necesidad urgente de información dirigida a la población en general sino también la notable ausencia de un sistema de referencia entre los diferentes niveles de atención de la salud mental en la CDMX; ya que la inexistencia de este causó una demora promedio en general de todos los participantes de siete meses; aunque a los más rezagados les tardaron hasta catorce meses en referirlos al HPI; una vez que habían contactado al primer profesional de la salud, lo que confirma la premura de implementar un sistema de referencia multinivel para los servicios diagnósticos y de tratamiento para el TDAH; además de la necesidad de incluir la intervención que de facto realiza el profesional educativo para percibir y solicitar la atención para el TDAH.

Estos resultados son semejantes a los obtenidos en Reino Unido, con un sistema de salud con cobertura universal; ya que (Sayal, Taylor, Beecham and Byrne, 2002); habían sugerido la posibilidad de que el TDAH fuera diagnosticado y tratado solo en la atención primaria por el médico general; pero tomando en cuenta que el fundamento para ello fue que el sistema de salud en Reino Unido descansa en el concepto de la Atención Primaria a la salud y cuenta con acceso universal, es comprensible su propuesta en el sentido de que el diagnóstico y tratamiento del TDAH se realizara por el médico del primer nivel de atención; aunque el estudio posterior en Reino Unido reportó que la principal barrera para atender el TDAH fue la limitada presentación del problema en la atención primaria. (Sayal, et al., 2006); por lo que en Reino Unido el diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención por el médico general para el TDAH, sigue siendo controvertido y deficiente. En resumen, es un hecho la escasez de infraestructura de servicios diagnósticos y de tratamiento para el TDAH en los tres niveles de atención en la CDMX, aunado a la falta de un sistema de referencia y contrareferencia, pero sobre todo un

cambio en la organización de los servicios diagnósticos y de tratamiento, aprovechando la infraestructura instalada tanto en el primer nivel de atención como en las escuelas; a través de insertar equipos interdisciplinarios de salud mental en ellas Asimismo, se destaca la necesidad urgente de implementar un sistema de referencia y contrareferencia y convenios intersecretariales con el sector educativo y judicial

Otra barrera evidente, fue la geográfica; dada la escasez de servicios diagnósticos y de tratamiento para el TDAH y para otros problemas de salud mental frecuentes en la niñez y en la adolescencia, no solo en la Ciudad de México sino en todo el país; en vista de que el hospital sede, (único en todo el país), se encuentra en el sur de la CDMX y al considerar que a todos los participantes les toma más de una hora llegar al hospital sede; a pesar de que una gran mayoría de ellos habitan en las alcaldías más cercanas al hospital sede (Tlalpan y Coyoacán). Por lo tanto, los habitantes de los puntos cardinales restantes de la ciudad (norte, oriente y poniente), se enfrentan a mayores barreras geográficas para conseguir un diagnóstico oportuno y efectivo para el TDAH; lo anterior con base en el indicador de una hora de traslado máximo para acceder al centro de atención. (Eyzaguirre, Fallaque, Lou, 2007)

Aunque no existe información específica de la disponibilidad de servicios diagnósticos para el TDAH; el Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México (IESM-OMS, 2011), ha expuesto los principales problemas del sistema: falta de inclusión de los trastornos mentales en el primer nivel de atención, carencia de un programa específico para los niños y adolescentes que obstaculiza la atención oportuna, además de que el grueso de la atención en salud mental en nuestro país descansa en los hospitales psiquiátricos, lo que hace más costosa y escasa la atención, pues de los catorce centros de atención especializados en salud mental en la Ciudad de México, solo el hospital sede ofrece atención hospitalaria los 365 días del año, sin importar la gravedad del trastorno que se ofrece atención interdisciplinaria para niños y adolescentes, a población abierta de escasos recursos.

El hecho de que más de la mitad de la población estudiada haya tenido dificultades para enfrentar el pago de las consultas, estudios y el transporte juntos; confirmó la presencia de barreras económicas, las cuales se agravan por la dificultad de enfrentar los costos de los fármacos; dado que más de las terceras partes de los participantes expresaron tener problemas para enfrentar los costos de los fármacos para el TDAH. Estos hallazgos se asemejan al estudio comparativo entre tres países con diferentes coberturas de salud, el cual señaló que contar con mayores ingresos fue asociado a una mayor probabilidad de usar los servicios especializados para el TDAH y el tener bajos ingresos en los tres países fue asociado a una mayor restricción en el uso de estos servicios. (Sareen et al., 2007).

Conviene subrayar que al estimar las demoras, la inclusión del factor tiempo planteó una dificultad: ya que al intentar establecer el diagnóstico oportuno para el TDAH; se encontró que los sistemas de clasificación actuales CIE-11, (OMS, 2019); y en el DSM5, (Asociación Psiquiátrica Americana, 2016), no incluyen en sus criterios recomendación alguna sobre la edad de diagnóstico oportuno; dado que el CIE-11 (OMS, 2019); solo menciona que la edad de inicio es antes de los cinco años, y el DSM5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2016), establece la edad para presentar los síntomas nucleares del TDAH, antes de los 12 años.

Como resultado, la falta de consenso en la edad oportuna para intervenir en los criterios diagnósticos se sumó a la dificultad de los CP's, para percibir el problema, por lo que los preescolares con conductas disruptivas que no se atienden a tiempo representan un desafío a la salud pública, (Walkup, J. T., Stossel, L., & Rendleman, R. (2014). Además de que sus familias soportan varias cargas económicas debido al aumento de los costos de atención en salud y en los costos del sector educativo; así como el costo social por la pérdida de productividad de los padres (Gupte-Singh, Singh, & Lawson, 2017). Además, el trabajo dirigido al menor en la etapa preescolar y a sus padres es efectivo para mejorar la interacción entre padres e hijos y reducir el estrés en los cuidadores. (Podolski y Nigg, 2001); (Sonuga-Barke, Daley, Thompson, Laver-Bradbury & Weeks, 2001).

La segunda demora más relevante fue el hecho de que los profesionales de la salud mental particulares (principalmente psicólogos, pero también psiquiatras, psiquiatras y neurólogos), retuvieron a los pacientes uno o hasta dos años en un proceso terapéutico, sin satisfacer sus necesidades de atención y terminaron refiriéndoles al HPI; así mismo, la mitad de las diadas tuvieron que consultar entre dos y ocho profesionales de la salud y de la salud mental tanto pública como privada antes de ser referidos al HPI; estos resultados son similares a los obtenidos por la encuesta de TDAH de diecinueve países europeos, en donde todos los países expresaron su preocupación por la falta de especialistas capacitados y por la dificultad de obtener un diagnóstico de TDAH, ante la frecuente presencia de condiciones comórbidas. (Clark, 2009).

Los resultados de este trabajo mostraron la falta de capacitación para atender el TDAH por parte de los profesionales de la salud mental que ejercen en la Ciudad de México; además de que alerta sobre la necesidad de regular el ejercicio profesional por parte de estos; ya que los resultados de este estudio no solo cuestionan la efectividad del sistema de referencia para integrar verdaderas redes funcionales de servicios diagnósticos y de tratamiento entre los niveles de atención pública; sino que a su vez parecen indicativos de un problema ético de parte de los profesionales de la salud mental.

En resumen las tan relevantes demoras, permitieron exhibir la brecha temporal para obtener un diagnóstico efectivo (oportuno y acertado) para esta muestra con diagnóstico de TDAH, en la Ciudad de México; lo anterior podría explicarse en primer término por la falta de programas psicoeducativos para el TDAH y para la salud mental hacia la población en general, pues debido a ello los cuidadores no percibieron al TDAH como un problema de salud mental y en segundo término, a causa de la ausencia de un sistema de referencia así como de la urgencia de capacitar a los médicos del primer nivel para diagnosticar el TDAH y referir los casos leves al segundo nivel y los casos graves al tercer nivel.

Estos hallazgos fueron semejantes a los obtenidos por (Fridman, Banaschewski, Sikirica, Quintero y Chen, 2017), quienes reportaron que un tercio de los cuidadores en diez países

Europeos experimentaron dificultades y retrasos en la obtención de un diagnóstico formal para niños y adolescentes con TDAH; además de tiempos de demora para la obtención del diagnóstico muy distintas entre los diferentes países; el país con una demora menor fue Italia con tres meses y el que obtuvo una demora mayor fue Reino Unido con un año cinco meses; este último atribuyó tal demora a la insuficiencia de recursos humanos capacitados para atender el TDAH y a la falta de provisión de servicios diagnósticos en diez países europeos.

Respecto de la falta de percepción y búsqueda de ayuda se encuentran varios estudios coincidentes con los hallazgos de este estudio, como el trabajo de (Yamauchi, Fujiwara, Okuyama, 2015), en población infantil japonesa, que afirmó que las conductas disruptivas de los menores con TDAH se asociaron con una demora; debido a que las madres expresaron que consideraban a estas conductas auto limitadas y que no se justificaba llevar a los niños a la consulta de un hospital psiquiátrico, por no considerarlo un lugar apropiado para atenderlos. Estas razones fueron planteadas en población infantil iraní por (Ghanizadeh, Ahmad; Shams, Fatemeh (2007). A su vez fueron similares con la propuesta de padres de preescolares griegos, quienes percibieron las conductas externalizadas del TDAH como patrones de desarrollo normales, por lo que no buscaron atención para estas conductas. (Maniadiaki, 2007).

La comprensión del TDAH en niñas presenta varios desafíos para los médicos e investigadores; en primer lugar, porque existe suficiente evidencia de un patrón identificable de síntomas, déficits y deterioro significativo en las niñas en un grado similar a lo que ya se entiende bien para los niños. (Soffer, Mautone & Power, 2008); aunque se ha señalado que las niñas son presentadas en los servicios clínicos en una etapa de desarrollo más tardío que los niños, por lo que sus problemas al momento de la derivación pueden ser más complejos y desafiantes. Esta hipótesis es apoyada por investigaciones previas, que han sugerido que las niñas con TDAH en comparación con las niñas sin TDAH, tuvieron mayor probabilidad de tener una conducta disruptiva y síntomas internalizados, así como mayores problemas de interacción entre pares de niñas en la etapa preescolar y en los primeros años de la primaria. (Hartung et al., 2002).

El estudio comparativo de niñas y niños, ambos con TDAH, ha planteado que ambos experimentaron grados similares de deterioro funcional debido a los síntomas del TDAH, aunque los perfiles de sus síntomas fueron diferentes; ya que los niños tuvieron mayor probabilidad que las niñas de ser diagnosticados con TDAH del tipo combinado, caracterizado por altos niveles de conductas hiperactivas/impulsivas e inatención; a diferencia de las niñas que tuvieron dos veces más probabilidad que los niños de ser diagnosticadas con el TDAH del predominio inatento y ausencia clínica significativa de síntomas de hiperactividad e impulsividad. (Biederman y Faraone (2004). Nuestros resultados son consistentes con investigación previa reportada por (Soffer, et al., 2007), quién halló que el TDAH se diagnostica y trata con mayor frecuencia en varones que en niñas y han sugerido que la razón por la que las niñas son subidentificadas y subdiagnosticadas ha sido debido a las diferencias sintomáticas entre niños y niñas.

Otros autores demostraron que las niñas presentaron con mayor frecuencia problemas emocionales respecto de los niños, por lo que han recomendado que las niñas sean diagnosticadas con instrumentos diagnósticos diferentes. (Mowlem, Agnew-Blais, Taylor, Asherson, 2019). Inclusive en México, el estudio que captó la opinión de 229 psicólogos acerca de los conocimientos y creencias del TDAH de (Victoria, 2012), sugirió que las niñas son diagnosticadas erróneamente con problemas de control de impulsos, pero que en realidad tienen TDAH; además lo preocupante es que esta dificultad para diagnosticar y recibir tratamiento en las niñas continuó en la misma situación siete años más tarde, por lo que proponen que no se ha logrado conjuntar un instrumento efectivo en el diagnóstico para las niñas, que logre diagnosticarlas con mayor oportunidad y que pudiera acortar la brecha del acceso en el diagnóstico oportuno que existe para ellas.

Las dificultades descritas ilustran la importancia de desarrollar métodos más efectivos de detección para las niñas con TDAH en entornos comunitarios; muy especialmente nuestros resultados sugieren los modelos de atención en las escuelas; con una visión centrada en el paciente; ya que a pesar de que los CP's se mostraron muy preocupados por algunos síntomas presentes en sus niños, fueron síntomas ignorados e incomprensidos, mayormente por los

maestros y por algunos clínicos; lo que resulta en un desequilibrio injusto en el acceso, atención y salud mental para las niñas.

Debido a que quienes perciben al TDAH como problema de salud mental son los maestros; no obstante estos no cuentan con un vínculo de una instancia con capacidad resolutoria para atender el TDAH, los maestros solicitan la atención del menor con los siguientes profesionales: principalmente psicólogos en un 57.3%, peditricas en un (11.9%), en tercer lugar psiquiatras en un (5.7%) y neurólogos en un (5.6%) particulares, sin embargo estos profesionales no resolvieron sus necesidades de atención y terminaron refiriéndolos al HPI, después de un año o hasta dos; la retención de los pacientes con TDAH por parte de estos profesionales podría explicarse debido a la falta de consenso de un protocolo de atención interdisciplinario para atender el TDAH; a pesar de que autores como (Epstein, & Weiss, 2012), han recalcado que las necesidades de atención de los menores con TDAH requiere de un enfoque integral e interdisciplinario; ya que los síntomas del TDAH aunque son un aspecto central del diagnóstico, el enfoque único en mejorar los síntomas con el tratamiento farmacológico es insuficiente, por lo que ha destacado la necesidad de llevar a cabo una evaluación integral, que capte la mayoría de las áreas disfuncionales del niño o adolescente con TDAH, a fin de obtener un panorama más amplio de las necesidades de atención de cada paciente.

Esta propuesta más integral parece la más adecuada para entender las necesidades de atención del paciente con TDAH y saber cuáles son las áreas específicas que el paciente requiere fortalecer. Y es coincidente con lo planteado por la Guía Clínica Europea para los Trastornos Hiperquinéticos. (European Clinical Guidelines for Hyperkinetic Disorders, 2004), quienes han sugerido que el manejo del TDAH debe ser interdisciplinario, integral e individualizado y además dada la comorbilidad con otros trastornos en estos menores, plantea la atención guiada por la evidencia científica acerca de las necesidades de atención: capacitar a los menores para desarrollar competencias sociales, establecer y mantener relaciones, resolver problemas interpersonales para cambiar sus conductas agresivas, sugieren a su vez psicoterapia

individual para atender su baja autoestima y una terapia grupal para evitar las conductas agresivas, además de la enseñanza correctiva de las habilidades académicas para los trastornos de aprendizaje coexistentes, así mismo debe proveerse de apoyo familiar consistente es asesoría, orientación y consejo.

Estos hallazgos concuerdan con los obtenidos en EUA; que plantean la necesidad de informar acerca de los servicios diagnósticos especializados de psiquiatría infantil; para lo cual se requiere establecer previamente una red de profesionales de primer contacto capaz de detectar y referir a los menores a los servicios diagnósticos especializados, con el propósito de acortar el tiempo de demora. (Perou, et al.; 2014). Otro estudio coincidente, patentó que un tercio de los cuidadores informaron un alto grado de dificultad para obtener un diagnóstico de TDAH para su hijo (niño o adolescente); e identificaron lagunas en la provisión de la atención para el TDAH, tanto por parte de los profesionales especializados como por parte de las escuelas. Es imperativo mejorar el acceso al diagnóstico y la provisión de servicios de apoyo para incrementar la calidad de la atención en los niños y sus familias y reducir el impacto potencial del TDAH en los niños y adolescentes, así como en la vida de los cuidadores. (Fridman, Banaschewski, Sikirica, Quintero, y Chen, 2017).

Surge aquí la crítica a las instituciones públicas y privadas, que carecen de un programa bien estructurado y funcional para la enseñanza del TDAH, englobando: causas, sintomatología, evaluación, diagnóstico, comorbilidad, tratamiento farmacológico etc.; asegurándose de que el psicólogo en formación logre integrar un equipo interdisciplinario cuando le refieren un caso de TDAH. (Victoria, 2012). De lo anterior expuesto se confirma la insuficiente capacitación de los profesionales en el primer nivel de atención y de los profesionales de la salud mental que atienden a los niños con TDAH de manera particular. Sin embargo, para lograr un acceso efectivo y oportuno se necesita crear una red integral y continua de servicios de apoyo, con comunicación efectiva entre padres, escuelas y proveedores de atención y servicios para diagnosticar y tratar el TDAH; así como la orientación profesional integral estandarizada para maestros y cuidadores;

condiciones necesarias para acortar las demoras, sortear las barreras y aliviar el estrés en los cuidadores.

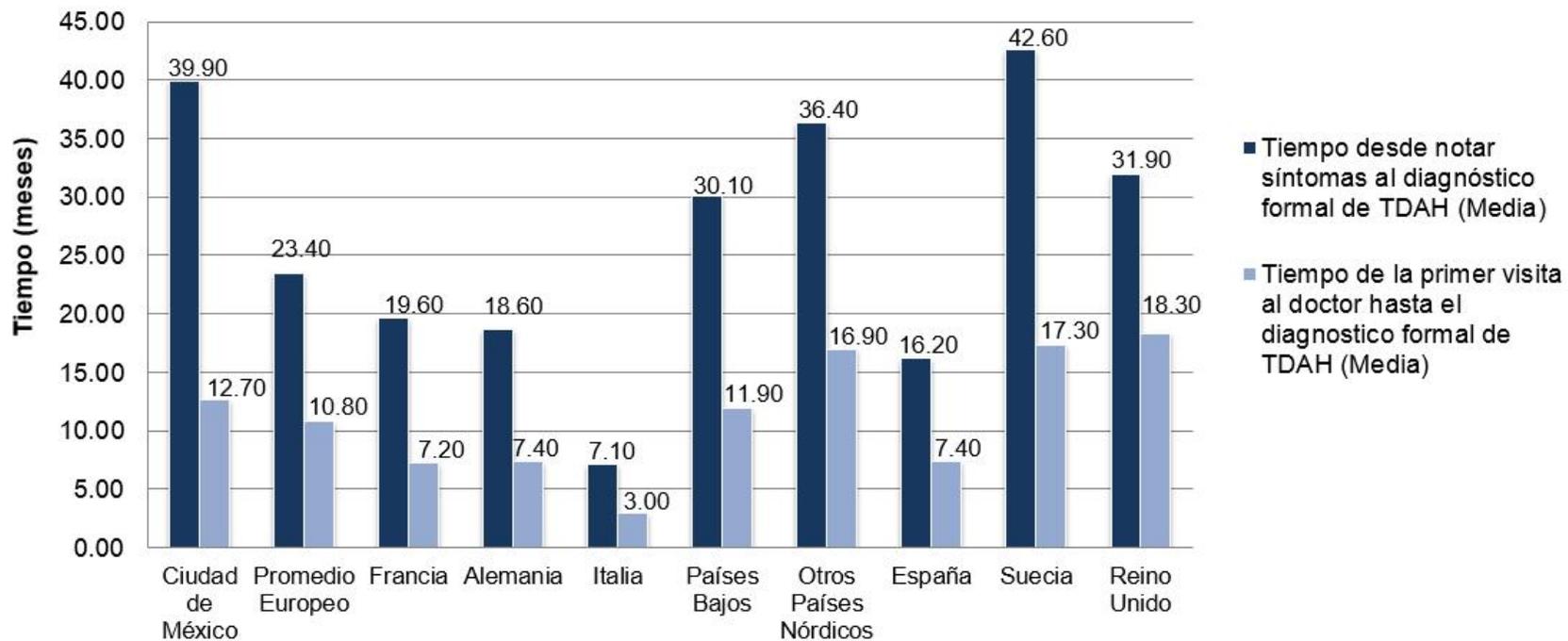
Lo importante aquí, es insistir en la necesidad de proteger la salud mental del menor, entendiendo que las demoras en el diagnóstico son altamente perjudiciales para los niños, ya que exacerban los malos resultados educativos, conductuales y psicológicos y obligan a los cuidadores a utilizar servicios privados que son caros e inefectivos. Además, la demora en el diagnóstico también puede aumentar el riesgo de depresión y baja autoestima a largo plazo. (Young, Bramham, Gray, Rose, 2008).

### **10.1 Algunas consideraciones culturales relativas a las demoras**

#### **(Ciudad de México vis a vis otros países)**

Se consideró pertinente explorar con mayor profundidad los tiempos de demora; para lo cual se examinaron algunos referentes internacionales que abordaron el mismo problema de investigación y a su vez estimaron las demoras con las que los niños y adolescentes han recibido su diagnóstico de TDAH; con las cuales se procedió a realizar un análisis comparativo. El resultado sugirió que existe una tendencia en la raza caucásica a no percibir el TDAH como problema de salud mental; debido a las importantes tasas de demora que presentaron desde la percepción hasta la obtención del diagnóstico en Suecia, Inglaterra y los Países Bajos. (Figura 7). En contraste con las tasas obtenidas en los países de etnias latinas europeas, (Italia, España, Francia), entre percibir y ser diagnosticado; las cuales fueron las más bajas. (Figura 7). Sin embargo, dado que la tasa para percibir en México, fue la segunda más alta, es posible que se deba a que las etnias latinas europeas y latinoamericanas perciban de manera diferente los síntomas nucleares del TDAH, pero desafortunadamente no se cuenta con datos de otros países latinoamericanos de los tiempos que demora la población de estos países en percibir el problema, ni el tiempo que demora el sistema de salud en otorgar un diagnóstico para el TDAH; para poder llevar a cabo un análisis comparativo de las demoras en otros países latinoamericanos.

**Figura 7**  
**“Tiempos de demora en diferentes países”**



*Nota.* Datos europeos obtenidos de Fridman, M., Banaschewski, T., Sikirica, V., Quintero, J., y Chen, K. S. (2017). Access to diagnosis, treatment, and supportive services among pharmacotherapy-treated children/adolescents with ADHD in Europe: data from the Caregiver Perspective on Pediatric ADHD survey. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 13, 947-958. doi:10.2147/NDT.S128752.

## 11. Conclusiones

Se destaca la importancia de concebir las barreras identificadas como factores evitables, lo que requiere del trabajo intersectorial y coordinado con todos los sectores implicados, especialmente con el educativo; ya que la colaboración de los Centros de Atención a la salud Mental con las escuelas de nivel básico y preescolar ofrecería una oportunidad única para implementar programas psicoeducativos y de apoyo para los menores, sus familias y sus maestros en ambientes menos estigmatizantes, fuera del hospital psiquiátrico. En consecuencia, el gran desafío que enfrenta el sistema de salud mental en México, es reorganizar los servicios diagnósticos para detectar de forma oportuna no solo a los menores con TDAH sino otros trastornos mentales comunes en la primera infancia.

En este punto, se vuelve indispensable subrayar la urgencia de establecer vínculos con las escuelas a nivel preescolar y escolar, además de proveerlas con un directorio de los servicios diagnósticos y de tratamiento disponibles y de realizar los cambios organizativos en los servicios diagnósticos con base en el consenso internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS); e implementar técnicas ya probadas como la: “Renovación de la atención primaria de salud en las Américas”, también denominado “Redes Integradas de los Servicios de Salud” [RISS], (Artaza, et al. 2011). Lo anterior, a fin de propiciar el desarrollo de modelos de atención más equitativos e integrales y evitar la fragmentación de los servicios; para cambiar el viejo paradigma curativo con el que se proveen actualmente los servicios diagnósticos para el TDAH, por un paradigma preventivo.

Este estudio identificó una trayectoria alternativa más efectiva y oportuna que propone el trabajo intersectorial conjunto con la Secretaria de Educación y en específico con las Unidades de Educación Especial y Educación Inclusiva (UDEEIS) insertas en las escuelas primarias; ya que nuestros resultados sugieren una participación de facto muy significativa del sector educativo

que sugiere que las UDEEIS pueden funcionar como la instancia que detecte a los menores con TDAH y otros trastornos de salud mental presentes en esta etapa escolar y podría tratar a los menores con diagnósticos leves para lo cual habría que formar redes integradas de salud mental y que los profesionales de UDEEI reciban la capacitación necesaria para tratar a estos menores y referir los casos graves y comorbidos a los Centros Comunitarios de Salud Mental o al Centro Integral de Salud Mental o al Hospital Psiquiátrico Infantil para la atención de los casos que así lo requieran.

El HPI por ser el hospital escuela que forma a los padosiquiatras y en donde se ofrece una atención integral e interdisciplinaria para el TDAH y que además ofrece el Taller Psicoeducativo para padres y maestros. Considerando que nuestros resultados apuntan a que este taller es efectivo para que los CP's de los niños con TDAH lo perciban como lo que es: un problema de salud mental que requiere atención especializada, interdisciplinaria y en lugares menos estigmatizantes que el hospital psiquiátrico.

Lo anterior es coincidente con la propuesta de (Cuevas, 2017), quién expone que en las escuelas regulares del país sean los docentes quienes identifiquen las conductas inatentas, hiperactivas y antisociales; a fin de establecer condiciones para solicitar su atención y evitar que estos niños formen parte de la exclusión, deserción o del rechazo. De tal forma que se mejoraría el acceso oportuno y se evitarían las numerosas complicaciones en la salud física y mental de los menores, así como las cargas emocionales y económicas en los niños, sus maestros, sus familias y el sistema de salud.

## 12. Recomendaciones

- Probar la efectividad de nuevos instrumentos para diagnosticar a las niñas y evitar la desigualdad en el acceso de estas a los servicios diagnósticos
- Incluir en los criterios diagnósticos más utilizados por los clínicos la edad óptima para que los profesionales especializados en salud mental la consideren y promuevan como un valor indispensable para mejorar el acceso a un diagnóstico oportuno y evitar las consecuencias tan graves que tiene el TDAH en los menores que no son atendidos con oportunidad.
- Formar y capacitar a equipos de salud mental para diagnosticar a los menores en las escuelas a nivel preescolar y básico
- Es imperativo implementar servicios diagnósticos para el TDAH y otros trastornos frecuentes y perniciosos como el TDAH en el primer nivel de atención
- Implementar un sistema de referencia y contrareferencia multinivel para el TDAH. Empezando por capacitar a los médicos del primer nivel para diagnosticar el TDAH y referir los casos leves al segundo nivel y los casos graves al tercer nivel
- Realizar acuerdos intersectoriales con las escuelas de nivel básico y preescolar para aceptar sus solicitudes de atención para el TDAH y de otros pacientes con trastornos frecuentes en la primera infancia en todos los Centros Comunitarios de Salud Mental y en el HPI. A fin de poder ofrecer servicios diagnósticos oportunos y efectivos para el TDAH y para otros trastornos; tomando en cuenta enfoques basados en la evidencia y con una visión preventiva
- Es indispensable recurrir a los métodos y técnicas disponibles, para mejorar el acceso existente; tal como lo sugiere el método de Redes Integradas de Servicios de Salud. (Artaza, Méndez, Holder, Suárez, 2011).

### **13. Limitaciones de esta investigación**

La primera limitación para abordar el problema del acceso a la obtención de un diagnóstico oportuno, fue la imposibilidad de estudiar a la población que no llega a los servicios diagnósticos. Otra limitación fue la inviabilidad del presente trabajo para evaluar el acceso efectivo completo; faltando dimensiones como: Acceso al tratamiento, satisfacción en la atención y el tiempo que invirtieron los profesionales de la salud en lograr la mejoría y rehabilitación de los pacientes; debido a lo anterior no fue posible identificar todas las barreras.

#### **Futuros estudios**

Es necesario continuar el estudio del acceso a la atención del TDAH, englobando el concepto de atención hasta lograr evaluar el acceso efectivo, por lo que falta evaluar el acceso al tratamiento, el nivel de cobertura de los servicios diagnósticos y de tratamiento, la efectividad del tratamiento, la satisfacción de la atención; así como identificar las barreras institucionales, especialmente las relacionadas con el acceso al diagnóstico oportuno de las niñas, particularmente en otras ciudades y comunidades alejadas.

Sería deseable ampliar la muestra especialmente de las niñas y adolescentes para lograr evidencia y mayor comprensión en las diferencias en el acceso por género; así como para lograr mayor poder estadístico y obtener mayor información sobre el impacto de las barreras en el acceso a la atención oportuna de los menores con TDAH.

## 14. Referencias bibliográficas

Administración Federal de Servicios Educativos del D.F. Dirección General de Servicios Educativos. Dirección General de Educación Especial. (2011). El Trastorno por Déficit de Atención, [TDAH]. Atención a la diversidad en escuelas inclusivas. [www.educacionespecial.sep.gob.mx](http://www.educacionespecial.sep.gob.mx)  
[www.educacionespecial.sep.gob.mx](http://www.educacionespecial.sep.gob.mx)

Albores L, Saucedá JM, Ruiz-Velasco S, Roque-Santiago E, (2011). El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. *Salud Pública Mex.* 1; 53:220-227.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

Andersen, R. M. (1968). Behavioral model of families use of health services, Chicago, IL: Center for Health Administration Studies-University of Chicago Press, Research Series no. 25.

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36: 1-10.

Arcia, E., & Fernández, M. C. (2003). From awareness to acknowledgment: The development of concern among Latina mothers of children with disruptive behaviors. *Journal of Attention Disorders*, 6, 163–175.

Artaza O; Méndez C A; Holder Morrison R; Suárez-Jiménez JM (2011). *Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los hospitales*. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011

Asociación Americana de Psiquiatría. (2016). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5a Edición. EUA: Actualización del DSM-5.

Bailey, R. K., Jaquez-Gutierrez, M. C., y Madhoo, M. (2014). Sociocultural issues in african, american and Hispanic minorities seeking care for attention-deficit/hyperactivity disorder. *The primary care companion for CNS disorders*, 16(4). doi: 10.4088/PCC.14r01627

Barragán-Pérez, E., de la Peña-Olvera, F., Ortiz-León, S., Ruiz-García, M., Hernández-Aguilar, J., Palacios-Cruz, L., y Suárez-Reynaga, A. (2007). Primer consenso latinoamericano de

trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 64(5), 326-343.

Bauermeister JJ; Shrout PE; Chávez L; Rubio-Stipec M; Ramírez R; Padilla L; Anderson A; García P; Canino G (2007). *ADHD and gender: are risks and sequela of ADHD the same for boys and girls?* 48(8), 831–839. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01750.x

Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *J Child Psychol Psychiatry*. 50(4):386-95. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x.

Biederman J, Newcom J, Sprich S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry*; 148:564–77.

Burns BJ, Costello EJ, Angold A, Tweed D, Stangl D, Farmer EM, Erkanli A. (1995). Children's mental health service use across service. *Health Affairs*, 14, no.3 (1995):147-159.

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados., [CIE-11], de la Organización Mundial de la Salud., OMS) (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados., [CIE-11], de la Organización Mundial de la Salud., OMS. (2018). <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>

Caraveo-Anduaga, J. J., Colmenares-Bermúdez, E., y Martínez-Vélez, N. A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(6), 492-498. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342002000600001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000600001)

Dray, Stacey M. and Campbell, Marilyn A. and Gilmore, Linda A. (2006). Why are girls with ADHD invisible? In *Connections*, 23(2) pages pp. 2-7, Queensland Guidance and Counselling Association Inc. <https://eprints.qut.edu.au/14882/1/14882.pdf>

Clarke, Juanne N. (2011). Magazine portrayal of attention deficit/hyperactivity disorder (ADD/ADHD): *A post-modern epidemic in a post-trust society*. *Health, Risk & Society*, 13(7-8), 621–636. doi:10.1080/13698575.2011.624178

Cornejo-Escatell E, Fajardo-Fregoso BF, López-Velázquez VM, (2015). Prevalencia de déficit de atención e hiperactividad en escolares de la zona noreste de Jalisco, México. *Rev Med MD*; 6.7 (3):190-195.

Cornejo JW, Osío O, Sánchez Y. (2005) Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Rev Neurol*; 40 (12): 716-722.

CONEVAL, (2005). Estimaciones con base en el Censo de Población y Vivienda 2000, el Censo de Población y Vivienda 2005, y la Muestra del Censo de Población y Vivienda 2010. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. [www.coneval.gob.mx](http://www.coneval.gob.mx)

De la Peña F, Ulloa R, Paez F. (1999) Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental*; 22:88-92.

DuPaul, G. J., Gormley, M. J., & Laracy, S. D. (2014). School-based interventions for elementary school students with ADHD. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 23(4), 687–697. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.05.003>

Eyzaguirre-Beltroy, Fallaque, Alarcón (2007). Políticas para eliminar las Barreras Geográficas en salud. CIES-CARE. Lima, p.10

Epstein, J. N., & Weiss, M. D. (2012). Assessing Treatment Outcomes in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Narrative Review. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 14(6), PCC.11r01336. doi:10.4088/PCC.11r01336.

Estadística de la Morbilidad. (2014). División de la Mejora Continua de la Calidad del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

Faraone, S.V, Sergeant, J. Gillberg, C. Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*; 2(2):104-13. PMID: 16946911; PMCID: PMC1525089.

Flores G, Fuentes-Afflick E, Barbot O, Carter-Pokras O, Claudio L, Lara M, McLaurin JA, Pachter L, Ramos-Gomez FJ, Mendoza F, Valdez RB, Villarruel AM, Zambrana RE, Greenberg R,

Weitzman M. The health of Latino children: urgent priorities, unanswered questions, and a research agenda. *JAMA*. 2002 Jul 3;288(1):82-90. DOI: 10.1001/jama.288.1.82.

Frenk, J. (1992). The concept and measurement of accessibility. In *Health Services Research: An Anthology*. Edited by White KL, Frenk J, Ordonez C, Paganini JM, Starfield B. Washington: Pan American Health Organization; 858–864.

Fridman, M., Banaschewski, T., Sikirica, V., Quintero, J., y Chen, K. S. (2017). Access to diagnosis, treatment, and supportive services among pharmacotherapy-treated children/adolescents with ADHD in Europe: data from the Caregiver Perspective on Pediatric ADHD survey. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 13, 947-958. doi:10.2147/NDT.S128752

Garralda, M. E. and Bailey, D. (1986) Children with Psychiatric Disorders in primary Care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27: 611–624. doi: 10.1111/j.1469-7610.1986.tb00186.

Ghanizadeh, Ahmad; Shams, Fatemeh (2007). Children's Perceived Parent-Child Relationships and Family Functioning in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child & Family Behavior Therapy*, 29(3), 1–11. doi:10.1300/J019v29n03\_01

Gracia E, y Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, volumen 38, No 2, 327-342. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80538207.pdf>

Graetz, B. W.; Sawyer, M.G.; Baghurst, P. (2005). *Gender Differences Among Children With DSM-IV ADHD in Australia*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(2), 159–168. doi:10.1097/00004583-200502000-00008.

Guardiola A, Fuchs FD, Rotta NT (2000): Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorders in students. Comparison between DSM-IV and neuropsychological criteria. *Arq Neuropsiquiatr* 58: 401– 407.

Gupte-Singh, K., Singh, R. R., Lawson, K. A. (2017). Economic Burden of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among Pediatric Patients in the United States. *Value Health*, 20(4), 602-609. doi: 10.1016/j.jval.2017.01.007.

Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2(2), 104–113.

Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90(Supl 1), i2-i7. doi:10.1136/adc.2004.059006.

Hartung, C., Willcutt, E., Lahey, B., Pelham, W., Loney, J., Stein, M., Keenan, K. (2002). Sex Differences in Young Children Who Meet Criteria for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2002, Vol. 31, No. 4, 453–464.

Hough, R. L., Hazen, A. L., Soriano, F. I., Wood, P., McCabe, K., & Yeh, M. (2002). Mental health care for Latinos: Mental health services for Latino adolescents with psychiatric disorders. *Psychiatric Services*, 53, 1556–1562. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1336–1343. Research agenda. *Journal of the American Medical Association*, 288, 82–90.

Informe de Evaluación de la Política Social en México. En materia de Acceso a los Servicios de Salud en México, (2011). Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (CONEVAL).

IESM-OMS. (2011). Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México. Consultado: [https://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_mexicoespdf](https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexicoespdf)

Informe sobre la salud en el mundo (2008). La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Consultado el 17 de septiembre 2019. [https://www.who.int/whr/2008/08\\_overview\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2008/08_overview_es.pdf?ua=1)

Informe sobre la salud de los mexicanos, SICUENTAS (2016). Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Evaluación del Desempeño. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-evaluacion-del-desempeno?idiom=es-MX>

Institute of Medicine, USA (IOM), (2012). For the public's health: Investing in a healthier future. Committee to Study Access to Services at the Institute of Medicine, USA, Washington, DC: The National Academies Press. IOM. 2015a. Business engagement in building healthy communities: Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press.

Kataoka, S. H., Zhang, L., y Wells, K. B. (2002). Unmet need for mental health care among U.S. children: variation by ethnicity and insurance status. *The American Journal of Psychiatry*, 159: 1548–1555.

Kern, L; & Clemens, (2007). *Antecedent strategies to promote appropriate classroom behavior*, 44(1), 65–75. doi:10.1002/pits.20206. <https://sci-hub.ee/10.1002/pits.20206>

Klein, R. G., y Biederman, J. (1999). ADHD Long-term Outcomes: Comorbidity, Secondary Conditions, and Health Risk Behaviors. EUA: Centers for Disease Control and Prevention. Public Health Issues in ADHD: Long Term Outcomes-CDC. <https://www.cdc.gov › workshops>.

Kousha M, Shahrivar Z, Alagband-Rad J. (2012). Substance use disorder and ADHD: is ADHD a particularly specific risk factor? *J Atten Disord*; 16(4):325-32. doi: 10.1177 / 1087054710387265. Epub 2011 Nov 29. PMID: 22127397.

Krishnan TN. (2000). Access to Health and the Burden of Treatment in India: An Inter-state Comparison. In *Disinvesting in Health*. Edited by Mohan R. New Delhi: Sage; 2000:208–232. Recuperado de <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/workshops/outcomes.html>

Levesque, J. F., Harris, M. F., y Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18). doi: 10.1186/1475-9276-12-18

Lindemann, C., Langner, I., Kraut, A. A., Banaschewski, T., Schad-Hansjosten, T., Petermann, U., Mikolajczyk, R. T. (2012). Age-specific prevalence, incidence of new diagnoses, and drug treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in Germany. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 22(4). doi.org/10.1089/cap.2011.0064

Lwanga, S. K., y Lemeshow, S. (1991). Sample size determination in health studies. A practical manual. World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/40062>

Maniadaki, K., Sonuga-Barke, E., Kakouros, E., y Karaba, R. (2007). Parental beliefs about the nature of ADHD behaviours and their relationship to referral intentions in preschool children. *Child: care, health and development*, 33(2), 188–195. doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00642.x

Martinez-Jaime, M. M., y Reyes-Morales, H. (2020). Trayectoria de acceso al diagnóstico oportuno del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Una perspectiva del cuidador primario. *Salud pública de México*.

Medina Mora y cols. (2005). Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México. *Salud Mental*, Vol. 26, No.4.

Molina BSG, Walther CAP, Cheong J, Pedersen SL, Gnagy EM, Pelham WE. (2014). Heavy alcohol use in early adulthood as a function of childhood ADHD: developmentally specific mediation by social impairment and delinquency. *Exp Clin Psychopharmacol.* (2):110-121. doi: 10.1037/a0035656. Epub 2014 Mar 10. PMID: 24611838; PMCID: PMC4068123.

Mowlem, F., Agnew-Blais, J., Taylor, E., & Asherson, P. (2019). Do different factors influence whether girls versus boys meet ADHD diagnostic criteria? Sex differences among children with high ADHD symptoms. *Psychiatry research*, 272, 765–773.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.128>

Núñez, E., Steyerberg, E. W., y Núñez, J. (2011). Estrategias para la elaboración de modelos estadísticos de regresión. *Revista Española de Cardiología*, 64(6). 501-507. doi: 10.1016/j.recesp.2011.01.019

O’Leary, C., Bourke, A., y Ansell, D. (2014). Comparing the influence of month of birth and gender in two academic years on attention deficit hyperactivity disorder diagnoses (ADHD) among children in the health improvement network (thin) UK data. *Value in Health*, 17(3), A 209. doi.org/10.1016/j.jval.2014.03.1226.

Pescosolido, B. A., & Olafsdottir, S. (2013). Beyond dichotomies: confronting the complexity of how and why individuals come or do not come to mental health care. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12(3), 269–271. <https://doi.org/10.1002/wps.20072>.

Organización Panamericana de la Salud. (2014). 53° Consejo directivo 66.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014 punto 4.3 del orden del día cd53/5, Rev. 2 2 de octubre del 2014 original: Español Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

Organización Mundial de la Salud. (2009). Self-care in the Context of Primary Health Care. Report of the Regional Consultation Bangkok, Thailand. Regional Office.

Organización Mundial de la Salud. (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53avo Consejo directivo. 66a Sesión del Comité Regional para las Américas Washington, D.C., EUA.

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2010). “Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas.Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en Américas No.4). ISBN: 978-92-75-33116-3

Perou, R., Bitsko, R. H., Blumberg, S. J., Pastor, P., Ghandour, R. M., Gfroerer, J. C.,Huang, L. N. (2013). Mental Health Surveillance among Children—United States, 2005-2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*, 62, 1-3.

Podolski, C. L., y Nigg, J. T. (2001). Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. *Journal of clinical child psychology*, 30(4), 503-513. doi: 10.1207/S15374424JCCP3004\_07

Polanczyk G, Silva M, Lessa H, Biederman J, Rohde L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analyses. *Am J Psychiatry* 164 (6):942-8.

Pons-Diez, J. (1998). El modelo familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Revista española de Salud Pública*, 72(3), 251-266. <https://www.scielosp.org/pdf/resp/1998.v72n3/251-266/es>.

Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, Zimmermann H, Schmitz M, Martins S, Tramontina S. (1999). ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 38(6):716-22

Rodríguez-Suarez, G., Triana-Pérez, B., y Hernández-García, M. M. (2005). La experiencia familiar y la atribución de roles parentales. *Psicothema*, 17(3). 363-369. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3114.pdf>

Salkever D. S. Economic class and differential access to medical care: comparisons among health care systems. *Int. J. Hlth Serv.* 5, 373, 1975.

Sanders et al. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review* 34 337–357.

Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B. J., Clara, I., ten Have, M., Belik, S. L., Stein, M. B. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58(3): 357-64. doi: 10.1176/ps.2007.58.3.357

Sayal, K., Goodman, R., y Ford, T. (2006). Barriers to the identification of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 744–750. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01553.x

Sayal. K., Taylor E., Beecham J and Byrne P. (2002). Pathways to care in children at risk of attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181, 43-48.

Soffer, S. L., Mautone, J. A., & Power, T. J. (2007). Understanding girls with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Applying research to clinical practice. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(1), 14-29. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100828>.

Sonuga-Barke, E. J., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool ADHD: A randomized control trial with a community sample.

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40, 402-408. (2001). *Journal of Attention Disorders*, 5(1), 51-59. <https://doi.org/10.1177/108705470100500125>

Swensen AR, Birnbaum HG, Secnik K, Marynchenko B.A., Greenberg P, Claxton A. (2003). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Increased Costs for Patients and Their Families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Volume 42, Issue 12, Pages 1415–1423.

Secretaría de Educación Pública. (2014). La Intervención de la Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva (UDEEI). Recuperado de: [https://www.academia.edu/11538758/La\\_IntervenciC3B3n\\_de\\_la\\_Unidad\\_de\\_EducaciC3B3n\\_Especial\\_y\\_EducaciC3B3n\\_Inclusiva\\_UDEEI](https://www.academia.edu/11538758/La_IntervenciC3B3n_de_la_Unidad_de_EducaciC3B3n_Especial_y_EducaciC3B3n_Inclusiva_UDEEI).

Secretaria de Salud. Instituto Nacional de Psiquiatría. (2015). Estadística Stossel y Rendleman, 2014); Skogli, E. W., Teicher, M. H., Andersen, P. N., Hovik, K. T., & Øie, M. (2013). ADHD in girls and boys--gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC psychiatry*, 13, 298. doi:10.1186/1471-244X-13-298

Sonuga-Barke, E. J., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., y Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 402-408. doi: 10.1097/00004583-200104000-00008

Tanahashi T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56(2), 295–303. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/>

Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J. A., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Zuddas, A. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder-first upgrade. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(S1), 7-30. doi.org/10.1007/s00787-004-1002-x. consenso (EUNETHYDIS).

Telford C, Green C, Logan S, Langley K, Thapar A, Ford T. (2013). Estimating the costs of ongoing care for adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*;48(2):337-44. doi: 10.1007/s00127-012-0530-9. Epub 2012 Jun 15. PMID: 22699685.

Timimi S y Taylor E. (2004). ADHD, is best understood as a cultural construct. *British Journal of Psychiatry*, 184, 8, 9

Victoria NG, (2012). Conocimientos y Creencias del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) de psicólogos y pasantes de psicología. Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud. Instituto Politécnico Nacional. Tesis

Walkup, J. T., Stossel, L., y Rendleman, R. (2014). Beyond rising rates: personalized medicine and public health approaches to the diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 14-16. doi.org/10.1016/j.jaac.2013.10.008

Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499. doi: 10.1007/s13311-012-0135-8.

Whitehead, M (1992). The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*, 22:429–445.

Wojciechowski, T. W. (2017). The Role of ADHD in Predicting the Development of Violent behavior among Juvenile Offenders: Participation Versus Frequency. *Journal of Interpersonal Violence*, 088626051773422. doi:10.1177/0886260517734225.

Yoder (1989) Are people willing and able to pay for health services, *Social Science and Medicine*. Vol. 29, No. 1 pp 35-42

Young, S.; Bramham, J.; Gray, K.; Rose, E. (2008). *The Experience of Receiving a Diagnosis and Treatment of ADHD in Adulthood: A Qualitative Study of Clinically Referred Patients Using Interpretative Phenomenological Analysis*. *Journal of Attention Disorders*, 11(4), 493–503. doi:10.1177/1087054707305172

Zhou, R., Xia, Q., Shen, H., Yang X., Zhang Y., Xu, J. (2015). Diagnosis of children's attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and its association with cytomegalovirus infection with ADHD: a historical review. *Int J Clin Exp Med*.8(8):13969-13975. www.ijcem.com /ISSN:1940-5901/IJCEM0008221.

## **Anexo 1 Análisis Cualitativo**

### **Etapas en la percepción del TDAH, como problema de salud mental**

#### **Introducción**

El presente análisis de tipo cualitativo se realizó con la finalidad de profundizar en el conocimiento obtenido por el análisis cuantitativo; para tal efecto se analizaron las preguntas abiertas y los incisos de las preguntas que contenían opciones abiertas de la cédula AAcceDa (Aceptabilidad, Accesibilidad, Disponibilidad y Acercamiento), la cuál fue el instrumento utilizado para evaluar el acceso al diagnóstico oportuno para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Se entrevistaron a 177 CP's (Cuidadores Primarios) de niños(as) y adolescentes con TDAH que recibían atención en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro (HPI).

La importancia de este trabajo consistió en conocer de primera mano las vivencias y dificultades que presentaron las diadas [el CP y su niño(a) o adolescente], durante la trayectoria de acceso al diagnóstico oportuno para el TDAH desde la percepción hasta obtener su diagnóstico. A lo largo del trabajo se dan a conocer las respuestas proporcionadas por los CP's y sus palabras se apoyan con referencias teóricas de diversos autores para poder explicar sus problemáticas, utilizando como hilo conductor las frases de los entrevistados para dar una explicación elaborada de la trayectoria vivida.

#### **Planteamiento del problema**

Uno de los hallazgos más relevantes del análisis cuantitativo, fue el confirmar la existencia de la falta de percepción del TDAH como problema de salud mental por parte de los CP's; como la primera barrera para un acceso exitoso. También se reportó que el 54.8% de los CP's manifestaron no ser los primeros en reconocer los síntomas del TDAH y el 45.2% indicaron que si fueron los primeros en notar la conducta diferente del niño(a) o adolescente. El hecho de que

los CP's hayan sido los primeros en notar las conductas diferentes es de vital importancia, dado que los menores dependen de ellos para ser llevados a que los atiendan. A partir de esta premisa, surgieron las siguientes interrogantes sobre la capacidad de percepción de los CP's:

*¿Qué similitudes y diferencias existen en las historias narradas por los CP's que no notaron los síntomas del TDAH como conductas diferentes y los que sí lo hicieron?*

*¿Cómo se desarrolla la experiencia de los CP's durante la trayectoria de acceso al diagnóstico oportuno para el TDAH en relación a la percepción de los síntomas?*

### **Metodología**

El análisis cualitativo buscó entender a mayor profundidad el problema planteado en el análisis cuantitativo; de acuerdo con los métodos mixtos de investigación, para lo cual se describió el proceso subyacente del efecto cuantitativo establecido (Schoonenboom & Johnson, 2017, p. 116). La herramienta utilizada fue la entrevista con preguntas abiertas, dado que el contexto es muy importante para entender las circunstancias que viven las diadas y por lo tanto los métodos cualitativos proveen formas de incorporar información detallada de la narrativa de los cuidadores primarios. (Weisner, 2014). Así mismo, los pacientes suelen contar sus problemas como historias, las cuales son la forma como las personas entendemos la experiencia e intentamos transmitirla a otros (Launer, 2002). Es por esto que el análisis procuró contar y entender parte de esas historias.

Una vez realizadas las entrevistas se comenzó el proceso analítico de “descubrimiento estructurado” durante el cual se mantuvo la orientación del análisis abierto a los procesos inesperados que pudieran surgir, pero al mismo tiempo se conservó el enfoque en los temas específicos de la investigación (Weisner, 2014).

Con el propósito de entender las diferencias y similitudes entre los CP's, se dividió la muestra en dos grupos, de acuerdo con las respuestas al cuestionamiento si ellos habían percibido la conducta del niño como diferente. El grupo de los CP's que manifestaron no ser los primeros en reconocer los síntomas nucleares del TDAH como problema, fue el más numeroso

con: 54.8% y el grupo de los CP's quienes indicaron que si fueron ellos en ser los primeros que notaron la conducta diferente del niño(a) o adolescente, con el 45.2%.

A efecto de hacer más comprensible el texto se les denominó grupo A (no reconocieron conductas diferentes), y grupo B (primeros en notar la conducta diferente) respectivamente. En seguida, se compararon las respuestas de los dos grupos utilizando la información proporcionada en nueve preguntas abiertas que abordan cuestiones acerca de la percepción, búsqueda, llegada y algunas cuestiones sobre el uso de servicios en las preguntas: 18 (cuestiona al CP acerca del reconocimiento de las conductas diferentes de sus niños), la 20 (interroga acerca de si estas conductas fueron motivos de preocupación para ellos), la 23 (les consulta acerca de las conductas que les hicieron buscar ayuda), la 28 (aborda el argumento de la escuela para solicitarles llevarlos al especialista).

La 32 (pregunta si consultaron más de un especialista), la 35 (averigua quien le solicitó buscar la atención especializada en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (HPI), la 36 (cuestiona que argumento le dio a esa persona para buscar la atención específicamente en el HPI) la 37 (pregunta la razón por la que consultaron a un especialista de la salud mental y 48 (solicita sugerencias y opiniones del CP acerca de las barreras y demoras que tuvieron que sortear para que su niño recibiera atención oportuna). Referirse a la cédula AAcceDa (Anexo 1). Finalmente se desarrollaron de forma descriptiva las vivencias relacionadas con la percepción, búsqueda y llegada a manera de historia.

### **Desarrollo del Análisis**

Debido a que el análisis cualitativo se formula como complemento del cuantitativo, se presentan a lo largo del texto los resultados cuantitativos como referencia. En primer lugar, los hallazgos del grupo A (quienes no reconocieron las conductas diferentes), en la pregunta 18 sobre los síntomas muestran que 30.5% no mencionaron conducta alguna que les hiciera pensar que su niño(a) o adolescente fuera diferente, 13% señalaron otras conductas que si percibieron

como preocupantes, tales como las conductas internalizadas, 9.6% conductas externalizadas, 1.1% problemas de aprendizaje y 0.6% conflictos escolares.

Por otro lado, en el grupo B (primeros en notar la conducta diferente) al responder la pregunta 18, el 26.5% no mencionaron ningún comportamiento diferente, es decir no mencionaron ni los síntomas nucleares ni ningún otro comportamiento, 10.2% señalaron conductas internalizadas, 7.3% conductas externalizadas, 0.6% problema de aprendizaje y 0.6% conflictos escolares. Cabe aclarar que el 26.5% que no reportó ningún comportamiento diferente puede deberse a que no identificaron alguno de los síntomas nucleares que se mostraban como opciones en la cédula y posiblemente tampoco encontraron las palabras para explicar los comportamientos diferentes del menor, pues ante todo si lograron darse cuenta de la conducta diferente del niño de acuerdo con la pregunta 16.

Se debe agregar que los hallazgos del análisis de factores asociados a la demora en el acceso al diagnóstico oportuno del TDAH, confirmó que la presencia de las conductas internalizadas predijo una demora menor [RM 0.38, IC de 95% 0.15-1.01] y la presencia de conductas externalizadas predijo una demora mayor [RM 2.58, IC de 95% 1.00-6.58] para el total de la muestra. A pesar de esto, los datos cuantitativos no logran aportar datos suficientes para los grupos específicos que expliquen porque algunos padres si lograron notar comportamientos diferentes en los niños(as) o adolescentes y otros no, pues las conductas indicadas en la pregunta 18 tienen porcentajes similares en ambos grupos.

Hay que mencionar además que solo el 5.1% del grupo A y el 8.7% del grupo B recibieron un diagnóstico oportuno (antes de los seis años), considerando lo anterior se sugiere que la simple observación de los síntomas no fue suficiente para que los relacionaran con la necesidad de buscar ayuda en los profesionales de salud mental.

Para ahondar en el tema y entender mejor como los CP's percibieron los síntomas nucleares y las conductas internalizadas y externalizadas, se realizó un análisis de las similitudes y diferencias entre los grupos. La primera similitud encontrada fue sobre la preocupación que las conductas del niño generaron en los CP's, ya que la mayoría de los CP's enfrentó

preocupaciones por razones diversas. Sin embargo llamaron la atención las explicaciones de aquellos que no se preocuparon, por ejemplo de los siete CP's del grupo A, que (no reconocieron conductas diferentes), mencionaron:

*“No me preocupé, a mí se me hacía normal porque mis demás hijos eran también inquietos”*

*“No me preocupé porque pensé que era algo normal en un niño de su edad” (5 años)*

Por su parte cuatro de los CP's, del grupo B (primeros en notar la conducta diferente), igualmente hicieron comentarios similares como:

*“No nos preocupamos porque pensamos que ella era así”*

*“No me preocupé, pensaba que era normal”*

El resultado anterior cuestionó el supuesto inicial que esperaba distinguir simplemente los grupos en los padres que no percibieron síntomas o los consideraban normales y el grupo de padres que si percibieron los síntomas como una causa para buscar ayuda. Sin embargo los grupos contaron con más similitudes que diferencias. Antes bien, la experiencia de uno de los CP's permitió replantear este estimado, por lo que se refiere a las dificultades para entender el trastorno y buscar ayuda, el CP comentó:

*La poca información respecto al trastorno, tuve miedo a aceptar que tenía toda la responsabilidad, al que dirán, evadía mi propia realidad... quitar las barreras de creencias y formas de evadir la realidad de las familias en México, como la ignorancia, la pena, el miedo, etc.*

De este testimonio surge la idea de replantear la percepción que los CP's, tuvieron de los síntomas, como un proceso más complejo que se estructuró a partir de diversas etapas con características específicas cada una. Las etapas no pretenden ser interpretaciones absolutistas de lo que vivieron los CP's, en realidad puede ser que algunos de ellos no hayan experimentado alguna o varias de las etapas, sin embargo la explicación tiene la finalidad de describir a detalle y ayudar a entender más ampliamente los cambios que pudieron surgir en los CP's durante la trayectoria.

La primera etapa puede llamarse de *Normalidad* y como el nombre lo indica comprende el periodo en el que los CP's conciben la conducta del menor como "normal". En este periodo comúnmente las conductas diferentes, puede que no sean observadas por los CP's, ya que no representan un problema o pasan desapercibidas, pues solo causan conflictos menores. Además, debido a la falta de información sobre el trastorno, los CP's no pueden dar una explicación concreta de la conducta del menor; para comprender esta situación es necesario entender que:

La percepción depende de la ordenación, clasificación y elaboración de sistemas de categorías con los que se comparan los estímulos que el sujeto recibe, pues conforman los referentes perceptuales a través de los cuales se identifican las nuevas experiencias sensoriales transformándolas en eventos reconocibles y comprensibles dentro de la concepción colectiva de la realidad. Es decir que, mediante referentes aprendidos, se conforman evidencias a partir de las cuales las sensaciones adquieren significado al ser interpretadas e identificadas como las características de las cosas, de acuerdo con las sensaciones de objetos o eventos conocidos con anterioridad (Vargas-Melgarejo, 1994, pp. 47-48).

Es decir que las conductas observadas por los CP's no pueden ser clasificadas ni significadas adecuadamente porque se carece de eventos reconocibles y comprensibles que den sentido a los síntomas observados. Por lo tanto la cuestión se queda en el mejor de los casos como una duda, una incógnita que posiblemente resurgirá más adelante. Otro rasgo importante es que: La percepción es biocultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucrados y, por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones. Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado moldeadas por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia.

La selección y la organización de las sensaciones están orientadas a satisfacer las necesidades tanto individuales como colectivas de los seres humanos, mediante la búsqueda de estímulos útiles y de la exclusión de estímulos indeseables en función de la supervivencia y la convivencia social, a través de la capacidad para la producción del pensamiento simbólico, que se conforma a partir de estructuras culturales, ideológicas, sociales e históricas que orientan la manera como los grupos sociales se apropian del entorno (Vargas-Melgarejo, 1994, p. 47).

Los comportamientos en la etapa de *Normalidad* se pueden distinguir de los descritos por los CP's en la pregunta 18, donde destaca que hay 17 menciones del grupo A contra 10 del grupo B. Algunos ejemplos ilustrativos fueron:

*“pegaba”, “era agresivo, desobediente”, “berrinchudo”, “irritable”, “toma riesgos innecesarios”, “retante”, “se enojaba con mucha frecuencia”, “habla en exceso”, “fantasear mucho”, “no hablaba, corría y no hacía caso de las indicaciones”, “ansioso,” “se jalaba de los cabellos y se aislaba de los demás” y “no dormía”*

Las descripciones reflejan conductas que si bien son diferentes no causan tanta preocupación, en las estructuras ideológicas del entorno no refieren a un problema de salud mental y por lo tanto es lógico que sean más frecuentes en el grupo que no pudo distinguir la conducta diferente.

Por otro lado hay que mencionar que durante la etapa de *Normalidad* se tiende a percibir como normal el problema, esto sucede en parte porque el TDAH puede comenzar desde una edad temprana y por lo tanto afecta el desarrollo del niño(a) o adolescente por lo que para la percepción de los padres, las conductas asociadas con el TDAH suelen confundirse con las características individuales de su personalidad, esta cuestión surge por omisión al no haber conocido otra conducta en ellos y explica que los CP's mencionaran:

*“pensamos que ella era así”, “pensaba que era normal”*

La segunda etapa la llamaremos de *Alarma* que se presenta cuando las conductas ya no se pueden pasar por alto ya sea porque suceden casos extremos o porque terceras personas (los maestros generalmente) llaman la atención de los CP's para que observen y tomen acciones correctivas sobre esas conductas inapropiadas. Con respecto a los casos extremos hay que destacar que en la pregunta 18 el grupo que tuvo referencias en 5 ocasiones a diferencia del otro grupo A que solo presento un caso. Las circunstancias preocupantes que describieron fueron:

*“jugaba a matarse”, “era muy agresivo”, “atacaba a animales y mató a un gato”, “tomó un cuchillo y quería hacerse daño a sí mismo y a su hermano”*

A continuación se mencionan, algunas conductas inapropiadas que el profesional educativo manifestó haber notado en el contexto escolar, acerca de ciertos menores que participaron:

*“problemas de lenguaje y salirse del salón”, “problemas de aprendizaje y bajo rendimiento escolar”, “no trabajaba y no quería hacer la tarea”, “ya no quería ir a la escuela”, “le pegaba a la maestra” y “rompía objetos en el kínder”*

En esta etapa de *Alarma* se presentó la negación bajo el testimonio del CP que manifestó lo siguiente: “evadía mi propia realidad”, lo cual podría explicarse con base en la negación, dicha conducta de negación actuó como un mecanismo de defensa, lo que es común en las personas que se perciben incapaces de afrontar una angustia, así el sujeto “niega la realidad por medio de su fantasía, la transforma según sus particulares designios y sus propios deseos y sólo entonces le es posible aceptarla” (Freud, 1986, p. 84). A pesar de ser un solo caso el que lo refiere, es muy probable que muchos otros CP's lo hayan experimentado, aunque una vez superada la negación y al preguntar de forma retrospectiva es probable que por ello no hayan tenido tan fresco ese recuerdo adverso.

Al crearse una visión distorsionada de las conductas de los menores mediante la negación; durante esta etapa es poco probable que los CP's busquen ayuda profesional, ya que se trata de los primeros sucesos, debido a los cual no les otorgaron la debida importancia y dejaron pasar el tiempo provocando que se agravara la situación. De nuevo, la falta de

información sobre el TDAH a la gran mayoría de los CP's le>s siguió impidiendo relacionar las conductas del niño como un problema de salud mental que requería atenderse. Además al tratarse de conductas ocurridas en la escuela y debido a que los CP's no lo habían presenciado personalmente; ello les dificultó entender la gravedad del problema, tal como algunos comentaron:

*“uno a veces no concientiza ni sabe que es y no se imagina los problemas que causa tanto en la escuela como personales a los niños y a la familia”,*

*“porque sobrepasa mi límite de comprensión”.*

Así mismo el miedo generado por el desconocimiento del tema los paraliza y necesitan tiempo para poder asimilar el conflicto y prepararse para enfrentarlo.

En la tercera etapa, de la *Búsqueda*, fue el profesional educativo en su gran mayoría, quién da a los CP's la indicación explícita de buscar ayuda con un profesional de la salud mental. Esta etapa incluye los argumentos del profesional educativo expresados acerca de las conductas del menor en el contexto áulico: para el grupo A la mención de un psicólogo o un especialista se da en 22 casos y para el grupo B en 17. El resto de los CP's refirieron síntomas muy variados; sin embargo la importancia en este punto es destacar que a consecuencia de la petición específica del profesional educativo (maestra o profesional especializado de la Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva) [UDEEI], las tres cuartas partes de los CP's solicitaron la atención del menor para el TDAH con profesionales en salud mental (PSM) y con esto las dudas y miedos que tenían en la etapa anterior comienzan a aclararse, al respecto comentaron:

*“si pedí consejo a una psicóloga de la escuela del hermano mayor porque no sabía a dónde acudir ni por dónde empezar”*

*“francamente yo no sabía nada hasta que la psicóloga del DIF me orientó”*

Como resultado de los consejos e información provistos por los profesionales de la salud consultados, se observó un cambio, aunque mínimo, muy importante en la percepción de la conducta considerándola por fin “anormal” pues a diferencia de la pregunta específica sobre

los síntomas nucleares del TDAH; al momento de preguntar la razón que tuvieron ellos para buscar ayuda, los CP's comentaron lo siguiente:

“al verlo que no estaba bien”

“que era diferente”, “porque lo percibí muy deprimido”

“pues no lo veía igual a los niños de su edad”

“que como actuaba no era normal”

Los casos del grupo A fueron tres, a diferencia del grupo B, en donde se encontraron siete menciones, aunque representaron la minoría de los casos. Durante esta etapa se puede decir que gracias a la interacción con los PSM, los CP's adquieren nuevos sistemas de categorías que les permiten clasificar apropiadamente los síntomas del TDAH y en consecuencia da pie a la búsqueda de atención especializada.

Desafortunadamente los PSM no siempre ofrecieron la información adecuada o fueron capaces de diagnosticar o referir correctamente a los niños(as) o adolescentes para su atención por lo que los CP's buscaron segundas opiniones y en muchos casos terceras o más para poder llegar al centro de atención especializada HPI, como refieren algunos:

*“tuve que buscar a un psiquiatra privado porque no había avances”*

*“busque a una psicóloga porque yo quería mayor orientación”*

*“si busqué con dos neurólogos particulares porque el psicólogo de la delegación no lo diagnosticó”*

*“si lo llevamos con otro psicólogo que le recomendaron porque no hubo mejoría con el primer psicólogo”*

*“fue una odisea para llegar al hospital”*

La última etapa considerada de *Atención-Aceptación*, por desgracia sucedió generalmente hasta que las diadas llegaron al HPI para su atención, después de que sus menores fueron diagnosticados y los CP's recibieron el “Taller psicoeducativo para padres de niños con TDAH”, que incluye información, orientación y consejo sobre el TDAH, donde los PSM especializados

responden sus dudas. Los comentarios que realizaron al respecto fueron:

*“me han gustado mucho las pláticas que han dado las doctoras, nos han servido mucho para nosotros y para nuestros hijos y poder educarlos y comprenderlos”*

*“la mayoría de los padres no sabemos nada de TDAH, la mayoría de los maestros no saben del TDAH y no saben tratarlos”*

*“sus talleres son de gran ayuda, entendí en poco tiempo lo que traté de entender durante mucho tiempo”*

La información proporcionada les permitió procesar sus observaciones para percibir adecuadamente los síntomas del TDAH y adicionalmente al ver mejoría en los menores debido a la atención recibida en el HPI, ayudó mucho en reducir las angustias pasadas que provocaban negación para pasar a una etapa de aceptación del trastorno, pues las circunstancias mejoran y permitió llevar una vida relativamente menos preocupante.

### **Reflexiones finales**

La percepción es un proceso psicológico complejo que depende no solo de las percepciones sensoriales, es decir de la observación de ciertas conductas o síntomas sino que requiere además que exista un sistema conceptual adecuado para clasificarlo. Desafortunadamente la desinformación y la negación que surge por la angustia de no saber cómo enfrentar el problema y a quien recurrir; les impide a los CP's percibir el TDAH como problema de salud mental y buscar ayuda.

Por lo tanto la percepción de los síntomas sin información u orientación profesional es extremadamente difícil, tanto que por analogía podría compararse a intentar adivinar la figura de un rompecabezas cuando la mayoría de las piezas están ausentes.

Respecto a los grupos estudiados se exploraron las experiencias narradas para indagar características específicas que explicaran las diferencias entre los CP's capaces de notar conductas diferentes y los que no fueron capaces de percibir el TDAH como problema, sin

embargo lo relatado sugiere que más que diferencias entre los grupos se encontraron similitudes. La única diferencia observada fue que el grupo B tuvo ligeramente más menciones respecto a conductas consideradas con mayor gravedad durante la etapa de *Alarma*. Las coincidencias encontradas durante el proceso sugieren que la mayoría de los CP's carecían de información previa del TDAH y por lo tanto las etapas explicadas pueden aplicar para ambos grupos. No obstante, la descripción realizada por los CP's durante distintos momentos, permitió comprender con mayor profundidad las dificultades que impiden que la percepción de síntomas del TDAH derive en la búsqueda de ayuda y eventualmente en recibir la atención correcta.

En conclusión es recomendable realizar una investigación más específica sobre la percepción en la que además de considerar la observación de los síntomas, de acuerdo a la teoría de la percepción, se indague a mayor profundidad por los sistemas de categorías con los que los CP's comparan los estímulos, pues en la cédula utilizada no se cuestionó al respecto y probablemente la respuesta acerca de las capacidades para percibir de los CP's se encuentre en esa área. Se aconseja realizar una entrevista a profundidad que solicite a los CP's narrar la historia de cómo se dieron cuenta de que el niño(a) o adolescente tenía un problema.

## Referencias

- Freud, A. (1986). El yo y los mecanismos de defensa. Paidós Mexicana.
- Launer, J. (2002). Narrative-based primary care. A practical guide. Radcliffe Medical Press
- Schoonenboom, J. & Johnson, R. B. (2017). How to construct a mixed methods research design. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, (Suppl 2) 69*, 107–131.  
<https://doi.org/10.1007/s11577-017-0454-1>
- Vargas-Melgarejo, L. M. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades, 4(8)*, 47-53.
- Universidad de Murcia. (2003). La percepción. Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia. Universidad de Murcia España. Consultado el febrero de 2020  
<https://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>
- Weisner, T. (2014). Why Qualitative and Ethnographic Methods Are Essential for Understanding Family Life. En: McHale S., Amato P., Booth A. (eds) *Emerging Methods in Family Research*. National Symposium on Family Issues, vol 4. Springer. Cham  
[https://doi.org/10.1007/978-3-319-01562-0\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-319-01562-0_10)

## ANEXO 2 Cédula AAcceDA

### ***Evaluar el acceso al Diagnóstico oportuno del Trastorno por Déficit de atención (TDAH): Una visión del cuidador primario***

Instrucciones: Favor de contestar con letra de molde las preguntas abiertas y marcar con una cruz la casilla que corresponda. Por favor asegúrese de contestar todas las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

1. ¿Nombre completo del niño (a)?

\_\_\_\_\_

2. ¿Cuántos años tiene el niño (a)? Años cumplidos \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

3. ¿Cuántos hermanos tiene el niño (a)? \_\_\_\_\_

4. ¿Qué año cursa en la escuela el niño (a)? a) Kinder o Preescolar... b) Primaria ...Años aprobados

c) Secundaria ... Años aprobados \_\_\_\_\_ d) Preparatoria ... Años aprobados \_\_\_\_\_

5. Repitió algún año? Sí ... No ...

Si respondió que sí indique ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Por qué?

\_\_\_\_\_

6. ¿Cuentan ustedes con IMSS ... ISSSTE ... Seguro Popular ... Otro ...

¿Cuál?

\_\_\_\_\_

7. ¿En qué delegación viven? Tlalpan ... Álvaro Obregón ... Benito Juárez ... Coyoacán ... Iztapalapa ... Gustavo A. Madero ... Cuauhtémoc ... Azcapotzalco ... Miguel Hidalgo ... Cuajimalpa ... Tláhuac ... Magdalena Contreras ... Xochimilco ... Milpa Alta ... Iztacalco ... Venustiano Carranza ...  
Estado de México ...

8. ¿Qué parentesco tiene usted con el niño (a)?

a) Madre ... b) Padre ... c) Hermana ... d) Hermano ... e) Abuela Materna o Paterna ...

f) Abuelo Materno Paterno... g) Tía Materna o Paterna ...

h) Tío Materno o Paterno... i) Prima Materna o Paterna ...

j) Primo Materno o Paterno... k) Otro(a) especificar \_\_\_\_\_

9. ¿Quién es la persona que pasa más tiempo con el niño (a)? *En adelante se utilizará cuidador primario para referirnos a la persona que pasa más tiempo con el niño (a).*

a) Madre ... b) Padre ... c) Hermana ... d) Hermano ... e) Abuela Materna o Paterna ...

f) Abuelo Materno Paterno ... g) Tía Materna o Paterna ...

h) Tío Materno o Paterno ... i) Prima Materna o Paterna ... j) Primo Materno o Paterno ...

k) Otro(a) especificar \_\_\_\_\_

10. ¿Cuánto tiempo pasa con el niño (a), el cuidador primario? De lunes a viernes . Los 7 días de la semana ... Solo los fines de semana ... Todas las mañanas ... Todas las tardes ... Mañanas y tardes ... Otro especificar ...

11. Aparte de usted, hay otra persona que brinda apoyo importante en el cuidado del niño (a)  
¿Alguien que lo recoge de la escuela y le informa cómo va todo? ...  
¿Alguien que le da de comer? ... ¿Alguien que muchas veces le ayuda a hacer su tarea? ...  
No, yo soy la única responsable de su cuidado ... (Pase a la pregunta 13)

12. ¿Si hay otra persona que ayude en su cuidado, que parentesco tiene esa persona con el niño (a)?

- a) Mamá ... b) Papá ... c) Hermana ... d) Hermano ... e) Abuela Materna... o Paterna ...  
f) Abuelo Materno ... Paterno ... g) Tía Materna ... o Paterna ... h) Tío Materno ... o Paterno ...  
i) Prima Materna ... o Paterna ... j) Primo Materno ... o Paterno ...  
k) Otro(a) especificar \_\_\_\_\_

13. ¿Qué edad tiene el cuidador primario? Años cumplidos \_\_\_\_\_

14. ¿Cuántos años aprobó en la escuela el cuidador primario?

- a) Primaria ... Años aprobados \_\_\_\_ b) Secundaria ... Años aprobados \_\_\_\_\_  
c) Preparatoria ... Años aprobados \_\_\_\_\_ ¿Obtuvo certificado? Sí ... No...  
d) Carrera Técnica ... Años aprobados \_\_\_\_\_ ¿Obtuvo título? Sí ... No ...  
e) Licenciatura ... Años aprobados \_\_\_\_\_ ¿Obtuvo Título? Sí ... No...  
f) Maestría ... Años aprobados \_\_\_\_\_ ¿Obtuvo Título? Sí ... No...

15. ¿En que trabaja el cuidador primario? El hogar ...

Negocio propio... ¿Qué tipo de negocio?

Empleo formal... ¿Qué empleo tiene?

Otro (Especificar)

16. ¿Fue usted la primera persona que se dio cuenta del comportamiento diferente del niño?  
Sí ... No ...

17. Si su respuesta fue no, indique quién fue la primera persona que se dio cuenta?

- a) Mamá ... b) Papá ... c) Hermana ... d) Hermano ... e) Abuela Materna ... f) Abuela Paterna ...  
g) Abuelo Materno ... h) Abuelo Paterno ... i) Tía Materna ... j) Tía Paterna ... k) Tío Materno ...  
l) Tío Paterno ... m) Prima Materna ... n) Prima Paterna ... o) Primo Materno ... p) Primo Paterno...  
q) La directora de la escuela ... r) La maestra ... s) La especialista del UDDEI (antes USAER) ...  
t) Otro(a) especificar \_\_\_\_\_

18. ¿Qué comportamientos del niño(a) le hicieron pensar que el niño(a) era diferente al de otros niños? (Puede marcar uno, dos o tres según sea el caso)

- a) Hiperactividad ... (habla en exceso, se mueve sin parar, hace ruidos, cambia de actividad sin terminar lo que hace)  
b) Falta de atención ... (durante tiempo prolongado, no escucha, no sigue órdenes, desorganizado, pierde u olvida objetos, no puede seguir una conversación).  
c) Impulsividad ... (impaciente, interrumpe a los demás, actúa sin pensar, suele tener conflictos)  
d) Otros, (Especificar) \_\_\_\_\_

19. ¿Qué edad tenía el niño (a), cuando se dieron cuenta de su comportamiento diferente?  
\_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

Utilice las siguientes respuestas en caso de que no recuerde la edad exacta Cuando estaba en la guardería o maternal ... Cuando estaba en el Kinder ...

¿Cuando entró al primer año primaria? ... ¿En qué año de la primaria? \_\_\_\_\_  
¿Cuando entró a primer año secundaria? ... ¿En qué año de la secundaria? \_\_\_\_\_

20. ¿Usted se preocupó al darse cuenta del comportamiento diferente del niño (a)? Sí ... No ...

21. ¿Comentó con alguien su preocupación acerca del comportamiento del niño (a)? Sí ... No ...  
a) Si su respuesta es sí ¿con quién? \_\_\_\_\_

22. ¿Quién tomó la decisión de buscar ayuda para atender los comportamientos diferentes del niño (a)?

- a) Mamá ... b) Papá ... c) Hermana ... d) Hermano ... e) Abuela Materna ... f) Abuela Paterna ...  
g) Abuelo Materno ... h) Abuelo Paterno ... i) Tía Materna ... j) Tía Paterna ... k) Tío Materno ...  
l) Tío Paterno ... m) Prima Materna ... n) Prima Paterna ... o) Primo Materno ... p) Primo Paterno...  
k) Otro(a) especificar \_\_\_\_\_

23. ¿Qué les hizo a usted o a su familia pensar que el comportamiento del niño (a) requería buscar ayuda?

---

24. ¿Pidieron consejo para saber a quién acudir para atender el comportamiento diferente del niño (a)?  
Sí ... No ... (Si su respuesta es no pasar a la pregunta 25)

- a) ¿A quién pidieron consejo? \_\_\_\_\_  
b) ¿Por qué pidieron consejo a esa persona? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

25. ¿Alguien de la escuela del niño (a) les pidió llevarlo al psicólogo, al psiquiatra o a alguien más? Sí ... No ... (Si su respuesta es no pasar a la pregunta 28)

26. ¿Con quién les recomendó llevar al niño? (a). a) Pediatra ... b) Neurólogo ... c) Neurólogo pediatra

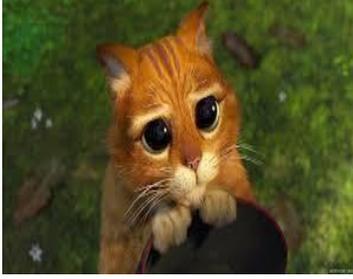
- ...  
d) Psicólogo ... e) Psiquiatra ... f) Paidosiquiatra ... g) Terapeuta de conducta ...  
h) Otro (especificar) \_\_\_\_\_

27. ¿Quién fue la persona de la escuela que les pidió llevar al niño (a) con el profesional de la salud? La directora ... La maestra ... La especialista del UDDEI (antes USAER) ...

Otro (especificar) \_\_\_\_\_

28. ¿Qué le dijo la persona de la escuela al solicitarle llevarlo al especialista?

29. ¿Cómo fue la petición de la persona de la escuela al solicitarle lo llevaran al especialista?



a) ...

Sugerente



b) ...

Convincente



c) ...

Amenazante

d) Otro especificar \_\_\_\_\_

30. ¿Qué edad tenía el niño (a), después de que se dieron cuenta de su comportamiento diferente hasta que buscaron ayuda? \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_

Utilice las siguientes respuestas en caso de que no recuerde la edad exacta Cuando estaba en la guardería o maternal ... Cuando estaba en el Kinder ...

Cuando entró al primer año primaria ... ¿En qué año de la primaria? \_\_\_\_\_ Cuando entró a primer año secundaria ... ¿En qué año de la secundaria? \_\_\_\_\_

31. ¿Con quién llevaron a... para su atención la primera vez?



a) ...

Iglesia



b)...

Medicina tradicional



c) ...



d) ...



e) ...

Centro de salud



f) ...

Clínica Familiar IMSS

- g) Otro (especificar) \_\_\_\_\_
32. ¿Además del servicio consultado la primera vez, ¿llevaron al niño con alguien más para que lo(a) atendiera? Si ... No ... Si respondió que sí indique por qué? \_\_\_\_\_
33. ¿Con quién lo(a) llevaron? \_\_\_\_\_
34. ¿Fueron ustedes quienes buscaron la atención especializada en salud mental para el niño (a) o fue por indicación de la primera persona consultada?
- a) Por iniciativa propia ... b) Por referencia de la primera persona consultada ...
- c) Por otra persona ... d) \_\_\_\_\_
- Especificar quién \_\_\_\_\_
35. ¿Quién le dijo que buscara atención especializada en el Hospital Psiquiátrico Infantil DJNN?
- \_\_\_\_\_
36. ¿Qué razones le dio para buscar atención especializada en el Hospital Psiquiátrico Infantil DJNN?
- \_\_\_\_\_
37. ¿Si fue por referencia de la primera persona consultada, indique la razón por la que le recomendó acudir a un especialista de la salud mental?
- a) Tener otra opinión... b) Corregir el comportamiento del/de la niño(a)...
- c) Entender qué le pasa al/a la niño(a)... d) Suprimir el rechazo al/a la niño (a) ...
- e) Otra (especificar) \_\_\_\_\_
38. ¿Cuánto tiempo pasó a partir de que empezaron a buscar, hasta que llegaron al primer profesional de la salud mental \_\_\_\_\_ años \_\_ meses
39. ¿Cuántos profesionales de la salud consultaron antes de llegar a este hospital? \_\_\_\_\_
40. ¿Qué profesionales de la salud consultaron antes de llegar al hospital? Favor de marcar con un número, el orden en que consultaron a los profesionales (marque los que considere necesario)
- a) Pediatra... b) Neurólogo... c) Neurólogo pediatra ... d) Psicólogo ... e) Psiquiatra ...
- f) Paidosiquiatra... g) Terapeuta de conducta ...
- h) Otro (especificar) \_\_\_\_\_
41. ¿El transporte para llegar desde su casa a este hospital es escaso o difícil de conseguir? Sí ... No ...
- Si su respuesta es sí indicar por qué? \_\_\_\_\_
42. ¿Cuánto tiempo pasó desde que consultaron al primer profesional de la salud mental, hasta que llegaron al hospital? \_\_\_\_\_ años \_\_ meses
43. ¿Cuánto tiempo pasó desde que solicitó su primera cita en el Hospital, hasta que se la dieron? \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ días

44. ¿Alguna vez perdieron la cita en el hospital por no tener dinero para los costos de atención? Si su respuesta es no pasar a la pregunta 45      Sí ... No ...
45. ¿Cuál fue el motivo que les impidió llegar a la consulta del hospital?
- a. Por no tener dinero para pagar el transporte ...
  - b. Por no tener dinero para pagar la consulta ...
  - c. Por no tener dinero para pagar los estudios ...
  - d. Por no tener permiso en el trabajo para faltar ...
  - e. Por llegar tarde a la consulta ...
  - f. Todos \_\_\_\_\_
46. ¿Alguna vez tuvieron problemas de dinero para comprar el medicamento? Sí ... No ...  
Siempre... Muchas veces.. Pocas veces ... Alguna vez ... Nunca ...
47. ¿Cuánto tiempo pasó desde que tuvo su primera cita en este hospital hasta que le dieron al niño (a) el diagnóstico de TDAH? \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ semanas  
\_\_\_\_\_ días.
- 48.

Apreciáramos cualquier sugerencia o comentario que desee realizar respecto de las barreras y demoras que tuvo que sortear para que el niño(a) recibiera atención para el TDAH.

**Agradecemos su tiempo, colaboración y participación**

### **Anexo 3 Carta de consentimiento Informado Cuidadores Primarios Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”**

**Título del estudio:** *Evaluación del acceso al diagnóstico oportuno para el Trastorno por Déficit de Atención (TDAH): Una visión desde el cuidador primario.*

A mi hijo(a) lo(a) atienden(a) en este hospital y le diagnosticaron Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, por lo que requiere atención especializada. Es por ello que me invitaron a participar voluntariamente en esta investigación, que tiene como objetivo conocer las barreras que mi hijo con TDAH y yo hemos enfrentado para acceder a una atención especializada. Se me ha explicado que responderé una Cédula que ayudará a identificar dichas barreras y que consta de 41 preguntas. **Beneficios del estudio:** No existirá un beneficio directo inmediato para nosotros, sin embargo, mi contribución ayudará a que los resultados de esta investigación deriven en sugerencias para una atención oportuna y evitar las barreras que enfrentan otros pacientes o nosotros mismos.

**Respuestas y aclaraciones a cualquier pregunta o duda sobre el estudio:** Si yo como cuidador primario tengo cualquier pregunta acerca de este estudio me pondré en contacto con la Mtra. María Magdalena Martínez Jaime, quien es investigadora responsable y se encuentra en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, o podemos localizarla en el teléfono 04455 63 17 66 63, en el turno matutino de (8:00am a 2:00pm).

**Derecho a retirarse del estudio:** Yo quién soy el cuidador primario, soy libre de retirarnos del estudio en cualquier momento, sin que esto afecte la atención que recibe mi hijo en el hospital si deseo retirarnos del estudio debo notificarlo a la Mtra. Ma. Magdalena Martínez Jaime.

**Confidencialidad:** Se comprometen a mantener confidencial la información obtenida. Los resultados de la información proporcionada se publicarán para fines científicos, siempre y cuando no se divulgue mi identidad, aunque dicha información se mantenga y procese en computadora.

**Firmas del Consentimiento Informado:** Manifiesto que he leído la información anterior. Y como responsable del paciente, manifiesto que me ofrecieron amplia oportunidad de formular preguntas y las respuestas recibidas son satisfactorias. Aceptamos participar en este estudio y entendemos que esta participación es voluntaria y que podemos retirarnos en el momento que deseemos, sin que tengamos algún perjuicio por eso. Firmo este documento para establecer mi participación voluntaria en la investigación

---

Nombre y firma del investigador que explicó consentimiento	Fecha
--	-------

---

Nombre completo y firma del cuidador primario participante	Fecha
--	-------

---

Nombre completo y firma de la persona testigo	Fecha
---	-------

---

Nombre completo y firma de la persona testigo	Fecha
---	-------