

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”

TESIS:

Nivel de conocimientos y creencias sobre el TDAH en médicos de los tres niveles de atención que atienden a niños y adolescentes

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

Adrián Iván Novelo Del Valle

TUTORA:

Dra. Rosa Elena Ulloa Flores

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2013



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis asesores; Dra. Rosa Elena Ulloa y Dr. Lino Palacios Cruz.

Al Dr. Francisco de la Peña y al Psic. Gamaliel Victoria, por su apoyo y contribución al trabajo.

Y a cada uno de los médicos participantes por su tiempo y colaboración.

RESUMEN

ANTECEDENTES: Existen estudios que reportan como insuficientes los conocimientos y creencias de los médicos en los primeros niveles de atención sobre el TDAH.

OBJETIVO: Describir el nivel de conocimientos y creencias sobre el TDAH en médicos de los tres niveles de atención que atienden a niños y adolescentes.

MATERIAL Y METODOS: Se aplicó la Cédula de Captura de Datos sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (C.A.S.O.ADH), versión Profesionales de la Salud I, a 301 médicos de ambos sexos, en centros de salud, hospitales psiquiátricos, congresos sobre temas relacionados a salud mental y por internet mediante la versión en línea de la misma cédula.

RESULTADOS: La muestra final fue conformada por 294 médicos, 7 fueron eliminados por no completar la cedula, con una edad promedio de 33 años (DE 9.17 años), el 60.2 % fueron mujeres. Se dividió a los participantes en 3 grupos, en el 1er grupo: médicos generales, familiares (n=76), en el 2do grupo: Pediatras, Neurólogos y Psiquiatras generales (n=166) y en el 3er grupo: Psiquiatras infantiles y Neuropediatras (n=52). A mayor especialización de los participantes se observó un mejor manejo de conocimientos en torno al curso y continuidad del TDAH en edad adulta. Se encontraron diferencias al contestar que el TDAH es una enfermedad neuropsiquiátrica, con alta carga genética, sobre uso de escalas clinimétricas y electroencefalograma para evaluación/diagnóstico y al prescribir solo tratamiento psicológico, observándose porcentajes menores en grupo 1. Hubo similitud en cuanto a la identificación del tratamiento farmacológico de elección. Y un mayor porcentaje en médicos del 1er nivel al basarse en artículos e información de congresos científicos para la prescripción de medicamentos.

CONCLUSIONES: Los médicos en el primer nivel de atención presentan conocimientos adecuados sobre el TDAH en torno a algunos factores biológicos implicados y tratamiento farmacológico, con diferencias entre niveles de atención relacionados al grado de especialización.

PALABRAS CLAVE: médicos, conocimientos, TDAH.

INDICE

Introducción	4
Marco Teórico	5
Planteamiento del problema	8
Justificación	8
Hipótesis	9
Objetivos	9
Material y Métodos	
Diseño	9
Población	9
Procedimiento	10
Instrumento de medición	10
Análisis Estadístico	11
Consideraciones Éticas	12
Resultados	12
Discusión	16
Conclusiones	19
Limitaciones	19
Recomendaciones	20
Referencias Bibliográficas	21
Anexos	25

INDICE TABLAS

TABLA 1. Creencias del grupo 1 sobre TDAH	13
TABLA 2. Creencias del grupo 2 sobre TDAH	13
TABLA 3. Creencias del grupo 3 sobre TDAH	13
TABLA 4. Conocimientos sobre TDAH	15

INTRODUCCIÓN

En el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), la mayor parte de los padres observan por primera vez la actividad motora excesiva cuando sus hijos son pequeños, sin embargo frecuentemente el trastorno suele ser más evidente al ingreso de la enseñanza básica, cuando se genera disfunción en la adaptación escolar, social y familiar, siendo de suma importancia los conocimientos y creencias de los padres y maestros sobre este padecimiento ya que permitirá la búsqueda de atención adecuada, por lo que resulta también relevante la información que los profesionales de salud, manejan sobre el TDAH^{1,2}, ya que son estos dentro de sus distintos niveles de atención, quienes promoverán la presencia del diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz³.

Existen estudios en diferentes partes del mundo donde se ha evaluado la percepción y actitud de pediatras, médicos generales y médicos familiares sobre el TDAH^{4,5}, así como el nivel conocimientos sobre guías clínicas de manejo y la capacidad para educar a los familiares sobre el diagnóstico^{4,6}, los cuales sugieren la idea de que los profesionales de salud en la actualidad carecen de conocimientos adecuados para la detección, diagnóstico y tratamiento del TDAH^{6,7,8,9}, es por eso que esta investigación busca conocer y describir los conocimientos y creencias sobre el TDAH en una población de médicos que brindan atención a niños y adolescentes mexicanos, a través de la aplicación de la cédula de captura de datos sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (C.A.S.O.ADH), versión Profesionales de la Salud^{10,11}.

MARCO TEÓRICO

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es definido por tener como característica esencial, un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar¹. Existen múltiples guías y algoritmos de tratamiento que promueven la intervención conjunta de medidas farmacológicas y psicosociales^{2,3,12,13}. De la misma manera se promueve la intervención de acuerdo al nivel de atención, en las guías clínicas del hospital psiquiátrico infantil se aborda el manejo desde los tres niveles de atención: En el primer nivel de atención, los médicos generales deberán detectar la sintomatología y asociarla con la probabilidad del diagnóstico, en el segundo nivel de atención, a cargo de pediatras y psiquiatras generales se sugiere la reconfirmación del diagnóstico e inicio del tratamiento según los algoritmos específicos, planteando la posibilidad de la derivación a un tercer nivel de atención en caso de encontrarse con comorbilidades psiquiátricas y cuando existe una respuesta parcial o pobre al tratamiento farmacológico administrado a dosis adecuadas por un periodo mínimo de 3 meses³. Cabe resaltar que dentro de las intervenciones psicosociales se plantea el uso de la psicoeducación como indispensable en todas las etapas del manejo^{2,3}.

La prevalencia mundial del trastorno por déficit de atención e hiperactividad se estima en 5.29%¹⁴. De acuerdo a servicios de atención psiquiátrica representa la primera causa de atención psiquiátrica en la población infantil en México¹². En la revisión por entidades psiquiátricas específicas de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México, el TDAH se reportó como el trastorno mental con mayor uso de cualquier servicio de atención (44%), sin embargo la atención fue reportada en servicios de 1er y 2do nivel de atención como medicina general, familiar, y especialistas distintos a psiquiatras o psicólogos¹⁵, por lo que resulta de suma importancia la información manejada sobre los diferentes trastornos en los diferentes niveles de atención, ya que la información inadecuada acerca del

padecimiento es una barrera para el diagnóstico y tratamiento oportuno del TDAH⁴.

Existen múltiples estudios alrededor del mundo que sugieren que los conocimientos y creencias de médicos de distintos niveles de atención difieren de manera importante influyendo en la detección, diagnóstico y tratamiento^{4,5,6,16,7,8,9}. Jawaid y colaboradores, realizaron un estudio en el 2008 cuyos resultados mostraron que la mayoría de los médicos generales y pediatras que participaron, no contaban con los conocimientos suficientes para el diagnóstico y seguimiento de personas con TDAH⁴. En el mismo año, se publicó un estudio que evaluó las percepciones, actitudes y nivel de conocimientos de pediatras de origen turco sobre el TDAH, en donde el 81.4% de los médicos participantes presentaron conocimientos deficientes y el 85.2% no conocían las guías o protocolos utilizados para su diagnóstico⁵.

Ante la importancia de las intervenciones en los primeros niveles de atención para la detección oportuna del TDAH, se han publicado investigaciones sobre el tema. En 2010, Ghanizadeh y Zarei estudiaron la capacidad de un grupo de médicos generales iraníes para educar a familias con hijos con TDAH, encontrando que de 665 médicos participantes la mayoría consideraba que el TDAH no es un problema grave sino una consecuencia del consumo excesivo de azúcar, de una mala crianza o de un diagnóstico que se da en cualquier niño con problemas de conducta, de la misma población estudiada únicamente un 46% consideraba tener conocimientos adecuados para diagnosticar, por lo que el 82 % prefería referir a los pacientes a especialistas como psiquiatras y psicólogos para su valoración y seguimiento⁶. En ese mismo año se realizó en España, una revisión sistemática de la literatura publicada hasta diciembre de 2008, donde se comparaba la práctica clínica de médicos pediatras y médicos familiares o generales, en padecimientos de atención primaria, incluyendo al TDAH, reportándose en torno a este padecimiento mental que los pediatras tuvieron más probabilidades de adherirse a las recomendaciones de guías de práctica clínica en este padecimiento¹⁶. En otro estudio publicado en 2009 por Stein y colaboradores se estudió mediante autoreportes de práctica clínica, en relación al TDAH, a 447

pediatras norteamericanos, sobre las actitudes percibidas en torno a la responsabilidad del manejo de este trastorno, reportándose que la mayoría considera al pediatra como el responsable del diagnóstico y manejo del padecimiento, alrededor del 65% de los médicos reportaron iniciar tratamiento farmacológico ante la presencia de sintomatología compatible con TDAH, sin embargo dentro las principales limitaciones que comentan los propios autores fue la imposibilidad de corroborar que aquellos que reportaron haber diagnosticado y manejado personas con TDAH, se hayan apegado a los criterios diagnósticos y algoritmos de tratamiento ¹⁷. Estos estudios nos sugieren que los conocimientos y creencias de los médicos en los primeros niveles de atención en la actualidad son en muchas ocasiones insuficientes ^{6,7,8,9}.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el nivel de conocimientos y creencias sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en médicos que atienden a niños y adolescentes en centros de los tres niveles de atención?

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México, el TDAH se ha reportado como el trastorno con mayor uso de cualquier servicio de atención (44%), siendo la atención reportada en servicios de 1ero y 2do nivel de atención como medicina general, familiar, y especialistas distintos a psiquiatras o psicólogos¹⁵ y representa la primera causa de atención psiquiátrica en la población infantil en México¹²; el tratamiento debe realizarse de manera multimodal e individualizada a las necesidades del paciente, incluyendo a los diferentes niveles de atención médica.

De acuerdo a las recomendaciones de diversas guías clínicas y algoritmos para el tratamiento del TDAH, el reconocimiento de factores de riesgo y el inicio del proceso diagnóstico debe realizarse desde el primer nivel de atención; sin embargo en muchas ocasiones por falta de conocimientos, la posibilidad del diagnóstico de TDAH no es considerada o la sintomatología es explicada por creencias falsas, lo que fomenta la cronicidad y discapacidad en el individuo afectado, así como el retraso en el inicio el tratamiento⁶.

Existen estudios en otras partes del mundo que sugieren que los conocimientos de médicos generales y especialistas como pediatras sobre el TDAH es considerado como insuficiente por lo que el diagnóstico y el tratamiento es referido a los especialistas en salud mental^{4,5,6}. En México no se conoce la información sobre los conocimientos y creencias que tienen los médicos de los distintos niveles de atención con respecto a la etiología, diagnóstico y tratamiento del TDAH; el contar con esta información nos permitirá contribuir a la identificación de debilidades y fortalezas del proceso actual de diagnóstico y tratamiento de este padecimiento.

HIPÓTESIS

El nivel de conocimientos es bajo y existen falsas creencias sobre el TDAH en el personal médico de los primeros niveles de atención comprometiendo la atención en términos de detección, diagnóstico y tratamiento en niños y adolescentes.

OBJETIVO GENERAL

- Describir el nivel de conocimientos y creencias sobre el TDAH en médicos de los tres niveles de atención que atienden a niños y adolescentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Conocer los principales conocimientos y creencias sobre el TDAH en la población estudiada.
- Comparar los conocimientos y creencias sobre el TDAH de la población de acuerdo al nivel de atención brindada.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

Transversal, Analítico, y Comparativo.

POBLACIÓN

Aquellos médicos que aceptaron participar, se invitaron médicos que laboran en Centros de Salud de la Delegación Coyoacán de la ciudad de México (C.S. Ajusco, C.S. “Dr. Gustavo Roviroza”, C.S. “San Francisco Culhuacan”); médicos asistentes a Congresos y/o diplomados sobre medicina general, pediatría, medicina familiar y/o psiquiatría en temas relacionados con Salud Mental, así como dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Y a través de correo electrónico mediante la versión en línea del instrumento utilizado.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Médicos
2. Que brindan atención en términos de salud a población abierta incluyendo a niños y adolescentes
3. Que aceptaron participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Aquellos profesionales que no hayan culminado la licenciatura en medicina
2. Aquellos que no aceptaron participar en el estudio

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Aquellos que decidieron abandonar el estudio.
2. Aquellos que no contestaron la mayoría de las preguntas de la cedula de captura de datos clínicos.

PROCEDIMIENTO

Se invitó a los médicos a formar parte de este estudio, proporcionándoles la información relacionada al mismo; quienes aceptaron lo hicieron mediante el consentimiento informado (anexo I). Tras lo que procedieron a responder la Cedula de captura de datos clínicos (CASO ADH versión profesionales I) (anexo II), cabe mencionar que existieron dos modalidades para responder la encuesta: por escrito o por internet, para esta última se envió la invitación a través de correos electrónicos donde se incluía la información más importante y la liga para acceder al cuestionario en línea.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Cédula de Captura de Datos sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (C.A.S.O.ADH), versión Profesionales de la Salud I.

Esta cédula incorpora información de otros instrumentos previamente aplicados y/o evaluados, como el Cuestionario de Evaluación de Barkley¹⁰ y la Encuesta

Nacional para el Consenso de Opinión sobre el Manejo Clínico del TDAH–2008 ¹¹, esta última basándose en las propuestas de consensos de expertos, como el Consenso Latinoamericano de TDAH ^{18,19}.

La cedula C.A.S.O.ADH, se trata de un cuestionario autoaplicable compuesta por dos partes, la primera parte está conformada por un registro de identificación con los datos generales del profesional y una sección para indicar su profesión seguidas de un cuestionario de 34 preguntas de opción múltiple, relacionadas con 5 áreas:

a) reporte de experiencia y familiaridad con el trastorno; b) conocimientos acerca del TDAH (si consideran que es una enfermedad o un mito, comorbilidad, padecimiento en la vida adulta); c) porcentaje de pacientes con TDAH atendidos (sexo, edad, quién los envía y razones para acudir a consulta); d) métodos empleados para realizar el diagnóstico (historia clínica, instrumentos psicométricos, estudios de laboratorio) y e) tratamiento farmacológico (medicamento empleado para el TDAH, períodos sin medicación).

Y una segunda parte (**C.A.S.O.ADH versión Profesionales de la Salud II**) que consta de 43 preguntas de opción múltiple sobre:

a) Epidemiología b) Generalidades en el tratamiento c) Diagnostico d) Subtipos del TDAH e) Comorbilidad, d) Uso de Sustancias, e) Tratamiento, f) Elección del agente farmacológico y g) Seguridad de los agentes farmacológicos.

ANALISIS ESTADISTICO

Para la descripción de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión y para la comparación entre variables nominales se utilizó χ^2 de pearson para dos grupos y de tendencia lineal para 3 o más grupos. Para el contraste de promedios entre 2 grupos prueba t student para muestras independientes y ANOVA para 3 grupos. El valor de significancia se establece con una $p < 0.05$.

Para el análisis de las preguntas tipo likert, se tomó en cuenta si el enunciado planteaba una idea en acuerdo o desacuerdo con la opinión del consenso de expertos, recodificándose los valores; por lo que las preguntas con puntuaciones

menores a 5 se agruparon como “*en acuerdo*” y aquellas mayores a 6 como en “*desacuerdo*” a la opinión de los expertos.

CONSIDERACIONES ETICAS

Esta es una investigación de riesgo mínimo.

Siendo aprobada por el comité de investigación (anexo III) y ética (anexo IV) del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, registrada en la división de investigación como proyecto derivado del protocolo “Conocimientos y Creencias en los padres, maestros y en los profesionales de la salud que atienden niños, adolescentes y adultos con TDAH” con la clave II3/02/0811/td.

RESULTADOS

Se incluyeron 301 profesionales de salud, de ambos sexos, 7 de los participantes fueron eliminados, no completaron la Cedula. La muestra final fue conformada por 294 participantes, se encontró una edad promedio de 33 años (DE 9.17 años), el 60.2 % (n=177) fueron mujeres. Del total de los participantes, el 62.2% (n=184) refirió tener experiencia en el manejo del TDAH con un promedio de 4.65 años (DE 5.30). Las razones por las cuales acuden los pacientes con TDAH a la consulta son: por problemas de conducta escolar (51%), por problemas en el rendimiento académico (21.8%) y por problemas de conducta en casa (16.6%).

Para el análisis de los resultados se dividió a los participantes en tres grupos de acuerdo a su tipo de especialización, en el 1er grupo se incluyó a médicos generales, familiares y médicos con especialidad distintas a pediatría o a las relacionadas con la Salud Mental (n=76), en el 2do grupo se incluyó a pediatras, neurólogos y psiquiatras generales (n=166) y en el 3er grupo a psiquiatras infantiles y neuropediatras (n=52).

De los tres grupos, el 47.4 % (n=36) de los participantes del grupo 1, el 88.6% (n=147) del grupo 2 y el 98.1% (n=51) del grupo 3, respondieron estar familiarizados con el TDAH.

CREENCIAS

En las siguientes tablas (tabla 1, 2 y 3) se muestran los porcentajes en que los participantes estaban de acuerdo (mayor a 7), sin opinión definida (4 a 6) o en desacuerdo (menor a 3) con algunas afirmaciones acerca del curso del trastorno, también se muestra la media, desviación estándar y el intervalo de confianza para la media al 95%.

TABLA 1. Creencias del grupo 1 sobre TDAH

Intervalo de Confianza del 95%									
	En Desacuerdo	No tienen una opinión definida	De Acuerdo	Media [DE]	En Desacuerdo %	Sin opinión definida %	De Acuerdo %		
¿Diría usted que el TDAH es una enfermedad que no se cura y que solamente se controla?				6.613 (2.74)	9.21	22.36	61.84		
¿Está de acuerdo que el TDAH es una enfermedad que continua en la vida adulta?				6.53 (2.76)	10.52	25	59.21		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

TABLA 2. Creencias del grupo 2 sobre TDAH

Intervalo de Confianza del 95%									
	En Desacuerdo	No tienen una opinión definida	De Acuerdo	Media [DE]	En Desacuerdo %	Sin opinión definida %	De Acuerdo %		
¿Diría usted que el TDAH es una enfermedad que no se cura y que solamente se controla?				6.816 (2.49)	12.65	16.86	64.45		
¿Está de acuerdo que el TDAH es una enfermedad que continua en la vida adulta?				7.04 (2.46)	7.22	19.87	65.06		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

TABLA 3. Creencias del grupo 3 sobre TDAH

Intervalo de Confianza del 95%									
	En Desacuerdo	No tienen una opinión definida	De Acuerdo	Media [DE]	En Desacuerdo %	Sin opinión definida %	De Acuerdo %		
¿Diría usted que el TDAH es una enfermedad que no se cura y que solamente se controla?				7.68 (1.65)	3.84	9.61	84.61		
¿Está de acuerdo que el TDAH es una enfermedad que continua en la vida adulta?				7.25 (2.32)	7.69	13.46	76.92		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Dentro del grupo 1 se encontró una puntuación media de 6.613 (DE 2.74) para la primera pregunta sobre el curso de la enfermedad y de 6.53 (DE 2.76) para el segundo enunciado sobre el TDAH en la vida adulta (tabla 1). Con respecto al grupo 2 los valores de la media para ambas preguntas fueron de 6.86 (DE 2.49) y 7.04 (DE 2.46), respectivamente (tabla 2); mientras que el grupo 3 mostró puntuaciones mayores a las reportados dentro de los grupos 1 y 2, en ambas preguntas (tabla 3), observándose que el valor de las medias fue incrementándose junto con el grupo o grado de especialización.

CONOCIMIENTOS

En la tabla 4 se describen los porcentajes de participantes de cada grupo con respuestas correctas en las preguntas en torno a los principales conocimientos sobre el TDAH, así como los valores de la estadística utilizada, incluyendo el valor de p. Observándose que los participantes del grupo 2 y 3, fueron quienes en un porcentaje mayor respondieron que el TDAH es una enfermedad neuropsiquiátrica y con alta carga genética. Tabla 4.

En el caso del tratamiento farmacológico de elección para los pacientes con TDAH sin comorbilidad, no se encontraron diferencias significativas, en quienes marcaron como respuesta el metilfenidato; en donde si se reportaron datos significativos fueron en aquellos que dijeron No utilizar generalmente medicamentos, solo utilizar tratamiento psicológico o pedagógico siendo el mayor porcentaje en el grupo 1. Tabla 4.

Los tres grupos contestaron de manera similar al responder que para realizar el diagnóstico se basan solo en la historia clínica (72.6% (n=53) grupo 1, 67.9% (n=106) grupo 2, 67.3% (n=35) del grupo 3, $\chi^2= 0.463$, $gl=1$, $p=0.469$), y que la información de los profesores, es indispensable para el diagnóstico 60.8% (n=45) del grupo 1, 61.3% (n=95) del grupo 2 y 75% (n=39) del grupo 3, $\chi^2= 2.227$, $gl=1$, $p=0.136$). También se encontraron similitudes cuando respondieron no realizar algún estudio de neuroimagen, hemograma o pruebas de tiroides para la evaluación o diagnóstico del TDAH (83.8% (n=62) del grupo 1, 86% (n=135) del grupo 2, 84.6% (n=44) del grupo 3, $\chi^2=0.034$, $gl=1$, $p=0.853$).

Cuando se les preguntó si utilizaban alguna escala clinimétrica para apoyar el diagnóstico y/o seguimiento, el 73.1% (n=38) del grupo 3 dijo que sí, en comparación con el 35.1 % (n=26) del grupo 1 y el 53.5 % (n=83) del grupo 2. Así mismo se encontraron diferencias en quienes dijeron que realizan un electroencefalograma (EEG) para la evaluación y el diagnóstico del TDAH con el 50.7% (n=37) en el grupo 1. Tabla 4.

Tabla 4. Conocimientos sobre TDAH.

Conocimientos	Grupo 1 (%)	Grupo 2 (%)	Grupo 3 (%)	Estadística	p
El TDAH es una enfermedad neuropsiquiátrica	77.6	96.4	94.2	$\chi^2=13.837$ gl=1	0.0001
El TDAH es una enfermedad con alta carga genética	22.4	48.2	53.8	$\chi^2=14.546$ gl=1	0.0001
Metilfenidato es tratamiento de elección en ausencia de comorbilidades	80.3	88	96.2	$\chi^2= 7.158$ gl=1	0.07
No utilizo medicamentos, solo tratamiento psicológico o pedagógico	9.2	0	0	$\chi^2=14.059$ gl=1	< 0.001
Utilizo una escala clinimétrica para apoyar diagnóstico y/o seguimiento	35.1	53.5	73.1	$\chi^2=17.763$ gl=1	< 0.001
Realizo un EEG para evaluación y diagnóstico	50.7	35	26.9	$\chi^2=7.853$ gl=1	0.05

Existieron algunas diferencias entre los grupos en cuanto a las fuentes de información consultadas al momento de prescribir un medicamento, el 98.7% (n=75) del grupo 1 refirió que se basaba en artículos científicos comparado con el 83.7% (n=139) del grupo 2 y el 73.1% (n=38) del grupo 3, ($\chi^2=17.428$, gl=1,

$p=0.00002$,); mientras que el 96.1% ($n=73$) de los participantes del grupo dijeron también basarse en congresos científicos sin apoyo comparado con el 75.9% ($n=126$) del grupo 2 y el 61.5% ($n=32$) del grupo 3, ($\chi^2=23.026$, $p=0.000001$, $gl=1$).

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue describir el nivel de conocimientos y creencias sobre el TDAH en médicos de los tres niveles de atención, como primer hallazgo los médicos de los tres niveles de atención refirieron que la principal razón por la cual acuden los pacientes con TDAH es por problemas en su conducta escolar, dato que coincide con lo reportado por la investigación realizada por Victoria y colaboradores en una población de psicólogos mexicanos, la cual forma parte del mismo proyecto sobre conocimientos y creencias sobre el TDAH en profesionales de la salud²⁰, este hallazgo parece resaltar la importancia que conlleva el poseer un adecuado conocimiento sobre este padecimiento, en profesionales dentro del 1er nivel de atención, a fin de poder identificar oportunamente el padecimiento.

La mayoría de los participantes de los grupos 2 y 3, respondió estar familiarizado con el TDAH; mientras que menos de la mitad (42.2%) del grupo 1 respondió de la misma manera. Sobre el mismo aspecto, únicamente 8 participantes (10.5%) del grupo 1 respondieron tener experiencia en el manejo del TDAH contra la mayoría del grupo 2 y 3, estos resultados parecen indicar que la percepción de los médicos del primer nivel de atención sobre el conocimiento del tema es bajo, comparado con la percepción de los especialistas, hallazgo que coincide con lo reportado por un estudio realizado en España en donde médicos de atención primaria fueron encuestados sobre sus percepciones y necesidades de formación en temas de salud mental, reportando dificultades para la identificación y evaluación de los trastornos, opinando sobre la necesidad de mayor formación específica en salud mental y mayor coordinación con los servicios especializados²¹.

Con respecto a las creencias de si el TDAH es una enfermedad que no se cura y que persiste durante la edad adulta, se observó que a mayor especialización de

los participantes existe un mejor manejo de los conceptos, sin embargo cabe resaltar que la mayoría respondió estar de acuerdo con estas afirmaciones, lo cual podría considerarse como un avance en el conocimiento del padecimiento, con implicaciones positivas que pudieran observarse en la atención del paciente en los distintos niveles de atención, ya que el tema del TDAH en la edad adulta y a lo largo de la vida ha sido motivo de discusión en los últimos años ^{22,23,24,25}.

En cuanto a la conceptualización del TDAH, se encontraron diferencias estadísticas entre los grupos, al considerar al TDAH como una enfermedad neuropsiquiátrica y con alta carga genética, observándose un mayor porcentaje en los médicos especialistas del grupo 2 y 3 así como en más de la mitad de los médicos familiares y generales, lo que realza la importancia del factor biológico dentro del concepto del padecimiento; datos que no coinciden con resultados de otras investigaciones, como un estudio realizado en Irán en 2010, en donde al evaluar conocimientos sobre el TDAH en atención primaria, la mayoría de los médicos generales consideraba que el TDAH se asocia a factores no biológicos como el consumo excesivo de azúcar, una mala crianza o que se trata de un diagnóstico que se da en cualquier niño con problemas de conducta⁶.

En torno al tratamiento farmacológico, no se encontraron diferencias entre los grupos, ya que la mayoría identificó al metilfenidato como tratamiento de elección de acuerdo a lo reportado por diferentes guías y algoritmos ^{2,3,26}, cabe señalar que más del 80% de los participantes del grupo 1 respondió correctamente, lo cual pareciera indicar un adecuado conocimiento en los médicos de atención primaria sobre el medicamento de elección, sin embargo debemos tomar en cuenta para esta afirmación y las anteriores, que la población que participó en este estudio se reportó con una edad promedio de 33 años, la cual se encuentra por debajo de la edad media de 46 años de los médicos especialistas (que incluye a médicos familiares), que laboran en el sector salud ^{27,28}, lo cual pudiera representar que los médicos participantes en este estudio estén más actualizados en temas relacionados a psiquiatría, ya que la importancia de la Salud Mental es un tema que ha venido tomando mayor relevancia en la última década ²⁹.

Por otra parte también se observaron diferencias en lo que respecta a las herramientas utilizadas para evaluación y diagnóstico, en donde se observó que a menor nivel de atención es más frecuente la solicitud de un electroencefalograma y más raro el uso de alguna escala clinimétrica, resultados que se asemejan a los reportados por una revisión sistemática realizada en 2012, en donde se concluye que médicos con mayor especialización, como pediatras sobre médicos generales y familiares, tienen más probabilidad de apegarse a guías de práctica clínica así como a hacer un uso más racional de pruebas complementarias para la evaluación y diagnóstico de enfermedades frecuentes de niños en la atención primaria de la salud ¹⁶, lo cual pudiera implicar en nuestro medio la mayor utilización de recursos económicos y el retraso en el diagnóstico y tratamiento de este padecimiento.

Con respecto a los factores que influyen al momento de prescribir medicamentos se observaron diferencias significativas entre los grupos con un mayor porcentaje en el grupo 1, quienes dijeron basarse en artículos científicos de los más altos niveles y en información de congresos sin apoyo, lo cual no coincide con información de investigaciones en otros países, donde se reporta que médicos de atención primaria no consultan artículos científicos ni basan sus decisiones clínicas en la mejor evidencia científica por falta de entrenamiento y conocimiento al respecto, esto basado en autoreportes de los propios participantes^{30,31}.

Tras la revisión de los resultados se puede reportar como hallazgo importante que las puntuaciones se conjuntaron principalmente hacia los médicos de atención primaria (generales y familiares) y hacia los médicos especialistas (pediatras, psiquiatras, neurólogos y psiquiatras infantiles) lo cual nos sugiere que el primer nivel de atención se separa en cuanto al manejo de conocimientos sobre el TDAH del resto de los niveles de atención, hallazgo similar a lo reportado por investigaciones de otros países que sugieren que los conocimientos y creencias de los médicos en los servicios de atención primaria son menores que servicios proporcionados por especialistas¹⁶, sin embargo es importante resaltar que a diferencia de otras investigaciones donde se refiere como insuficientes los

conocimientos en médicos de primer nivel de atención⁶, la población participante en este estudio reportó conocimientos adecuados sobre la conceptualización, tratamiento farmacológico de elección, curso y continuidad a lo largo de la vida del TDAH.

CONCLUSIONES

Los médicos en el primer nivel de atención a la salud presentan conocimientos y creencias adecuados sobre el TDAH en torno a conceptualización como son los factores biológicos y tratamiento farmacológico de elección asociados al padecimiento, con diferencias entre los niveles de atención relacionados al grado de especialización, principalmente en Salud Mental.

Es necesario fomentar la capacitación constante sobre el TDAH, en lo que respecta a uso de escalas clinimétricas, uso racional de estudios de gabinete, entre otros temas relacionados a las herramientas para la evaluación y diagnóstico; dirigidos de manera principal a servicios de atención primaria.

LIMITACIONES

Esta investigación es resultado de una encuesta, por lo que deben de tomarse con precaución los enunciados de este trabajo o tesis. Dentro de las limitaciones de esta investigación se destacaría la selección de la población ya que fue reclutada en centros de salud con servicios de psiquiatría, hospitales psiquiátricos y congresos relacionados con temas de salud mental, de la misma manera un porcentaje de los psiquiatras generales que participaron fueron estudiantes de posgrado de la subespecialidad en psiquiatría infantil lo que junto con la disposición a contestar la cedula puede representar un mayor interés o sensibilización a la temática, que pudo influir en sus respuestas.

Otra limitante fue la propia cedula de recolección de datos, ya que algunas preguntas no eran comprendidas en su totalidad, lo que pudo haber comprometido las respuestas o incrementar el número de preguntas sin contestar.

RECOMENDACIONES

Es recomendable llevar a cabo este tipo de encuestas, no sólo al profesional médicos sino en general a todos los profesionales de salud relacionados con la atención del TDAH, así como comparar estas respuestas con la información de padres, profesores con lo que se buscaría conocer ampliamente el fenómeno del TDAH, y contar con mayores herramientas para disminuir falsas creencias y barreras en el diagnóstico y tratamiento oportuno de este padecimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4a. Ed. TR. Washington.2000: 309.
2. De la Peña F, Barragán E, Rohde LA, Patiño LR, Zavaleta P, Ulloa RE, et al. Algoritmo de tratamiento multimodal para escolares latinoamericanos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Salud Mental* 2009;32:S17-S29.
3. Poza M, Valenzuela MV, Becerra D. Guía 1 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En: Guías clínicas hospital psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro”. México: Secretaria de salud, 2010 : 3-25.
4. Jawaid A, Zafar AM, Naveed A, Sheikh S, Waheed S, Zafar MA, Syed EU, Fatmi Z: Knowledge of primary paediatric care providers regarding attention deficit hyperactivity disorder and learning disorder: a study from Pakistan. *Singapore Med J* 2008, 49(12):985-993.
5. Hirfanoglu T, Soysal AS, Gücüyener K, Cansu A, Serdaroglu A. A study of perceptions, attitudes, and level of knowledge among pediatricians towards attention-deficit/hyperactivity disorder. *Turk J Pediatr* 2008; 50: 160-166.
6. Ghanizadeh A, Zarei N. Are GPs adequately equipped with the knowledge for educating and counseling of families with ADHD children? *BMC Family Practice* 2010; 11:5.
7. Thapar A, Thapar A: Is primary care ready to take on Attention Deficit Hyperactivity Disorder? *BMC Fam Pract* 2002, 3:7.
8. Shaw K, Wagner I, Eastwood H, Mitchell G: A qualitative study of Australian GPs' attitudes and practices in the diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Fam Pract* 2003, 20(2):129-134.
9. Kwasman A, Tinsley BJ, Lepper HS. Pediatrician's knowledge and attitudes concerning diagnosis and treatment of attention deficit and hyperactivity disorders. *Arch Adolesc Med* 1995; 149: 1211-1216.
10. Barkley R, Murphy K, Bauermeister J. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Un manual de trabajo clínico. *London: The Guilford Press; 1998.*

11. Palacio J, Botero D, Muñoz C, Vásquez R. Hallazgos de una encuesta sobre la experiencia del manejo clínico del TDAH. *Rev Colomb Psiquiatr* 2009;38:84-87.
12. Granados A, Sauer T, Arriaga E, Ramírez M. Diagnóstico y tratamiento en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2009. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
13. Vásquez MJ, Cárdenas EM, Feria M, Benjet C, Palacios L, De la Peña F. Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En Berenzon S, Del Bosque J, Alfaro J, Medina-Mora ME. México, D.F. En: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. 2010.
14. Polanczyk G, Silva de Lima M, Lessa B, Biederman J, Rohde L. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007 Jun;164(6):942-8.
15. Medina-Mora ME, Borghes G, Lara-Muñoz C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26(4):1-16.
16. Buñuel JC, García C, González P, Aparicio M, Barroso D, Cortes RB, et al. ¿Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en atención primaria en países desarrollados? Revisión sistémica. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010;12:(18): 9-72
17. Stein R, McCue S, Storfer-Isser A, Heneghan A, Eaton K, Kelleher K, O'Connor K, Olson L. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: How much responsibility are pediatricians taking? *Pediatrics* 2009;123:248.
18. Barragán-Pérez E, Peña-Olvera F, Ortiz-León S, Ruiz-García M, Hernández-Aguilar J, Palacios-Cruz L, et al. Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2007;64(5):326-43.

19. De la Peña F, Barragán-Pérez E. Trabajo del I Consenso Latinoamericano del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Psiquiatría*. 2007;23(S-2):1-69
20. Victoria G, Ulloa RE, Palacios L. Conocimientos y Creencias de los Psicólogos sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). México Quarterly Review Vol. 1(6),09-20, 2011. Publicación Online Jun, 2011 disponible en:http://admin.udla.mx/mrs/index.php?option=com_content&view=article&id=131%3Aconocimientos-y-creencias-de-los-psicologos-sobre-el-trastorno-por-deficit-de-atencion-con-hiperactividad-dah&catid=19%3Aartemprensa&Itemid=24&lang=es
21. Latorre J, Lopez J, Montañes J, Parra M. Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36(2):85-92
22. Ortiz S, Lichinsky A, Rivera L, Senties H, Grevet E, Jaimes A. Algoritmo de tratamiento multimodal para adultos latinoamericanos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental* 2009;32:S45-S53.
23. Palacio J, De la Peña F, Palacios L, Ortiz S. Algoritmo latinoamericano de tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a través de la vida. *Rev Colomb Psiquiatr* 2009;38;35-65.
24. Ramos J, Bosch R, Castells X, Nogueira M, Garcia E, Casas M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Rev Neurol* 2006; 42 (10): 600-606.
25. Rushton JL, Fant KE, Clark SJ. Use of practice guidelines in the primary care of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2004; 114: 23-28.
26. National Institute of Health and Clinical Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. Londres, Inglaterra: NICE Clinical Guideline 72; 2008.
27. Secretaría de Salud. Subsecretaria de integración y desarrollo del sector salud. Dirección general de evaluación del desempeño. Médicos especialistas en las

- instituciones públicas de salud. 2012. Disponible :
http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/educacion/ra_11.pdf
28. Secretaría de Salud de México, Organización Panamericana de la salud, Organización Mundial de la Salud. IESM-OMS Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el instrumento de evaluación para sistemas de salud mental de la organización mundial de la salud. México. 2011. Disponible en:
http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/iesm_oms.pdf
29. Servicios de investigación y análisis. División de política social. La salud mental en México. Gobierno de la república. 2005. Disponible en :
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
30. Kahveci R, Meads C. Is primary care evidence-based in Turkey? A cross-sectional survey of 375 primary care physicians. *J Evid Based Med* 2009; 242-251.
31. Al Omari M, Khader Y, Jadallah K, Dauod AS, Al-shdifat AA. Awareness, attitude and practice of evidence-based medicine among primary health care doctors in Jordan. *J Eval Clin Pract* 2009; 15: 1131-1136.

ANEXOS

Anexo I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito: Le solicito tomar parte en un estudio de investigación para evaluar el nivel de conocimientos y creencias sobre el TDAH en médicos de los tres niveles de atención que atienden a niños y adolescentes.

Procedimientos y duración: Los procedimientos que se realicen tendrán tan solo propósitos de investigación. Si acepta participar en este estudio, se le pedirá que conteste la Cédula de Captura de Datos sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (C.A.S.O.ADH), versión Profesionales de la Salud I, la cual se trata de un cuestionario autoaplicable por 60 preguntas; todos los reactivos son de opción múltiple.

Los datos proporcionados como su nombre, edad, lugar de trabajo y el resultado de la cedula de datos se anotaran en hojas preparadas para tal fin y su manejo será completamente confidencial.

El investigador a cargo de este protocolo de estudio y con acceso a estos datos, podría obtener un beneficio académico. No existen planes para dar compensación alguna a usted a partir de estos estudios.

Riesgos e incomodidades: El riesgo de participar en este estudio incluye el inconveniente de la duración de la aplicación de la cedula, por lo que se considera de riesgo mínimo.

Beneficios potenciales: Es posible que este estudio nos lleve a contribuir a la identificación de debilidades y fortalezas del proceso actual de diagnostico y tratamiento de este padecimiento. No se le garantiza que obtenga algún beneficio por participar en este estudio.

Derecho a retirarse del estudio: La participación en este estudio es voluntaria. Usted puede rehusarse a estar en el estudio o retirarse en cualquier momento.

En caso de lesión: Debido al tipo y a las características del estudio no se prevé que usted pueda salir lesionado.

Confidencialidad: Su identidad permanecerá confidencial. Si surgen publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto, su identidad permanecerá confidencial. La información de identificación será asegurada en la oficina del proyecto y tan solo el Dr. Adrian Novelo Del Valle tendrá acceso a ella. Esto significa que su nombre, edad, o cualquier otra información que pueda identificarlo no será brindada a otra persona sin su consentimiento por escrito. La clave que relaciona su código de información de su identidad será asegurada en la oficina de investigación de este lugar.

Si tiene alguna pregunta, siéntase libre de hacerla. Si más tarde tiene preguntas adicionales que puedan estar relacionado con este estudio, el Dr. Adrian Novelo Del Valle puede ser localizado en horas de trabajo en el celular 044 5521077421 o por vía e-mail en la dirección: noveloadrian@hotmail.com

Se le proporcionará una copia de esta forma para que pueda guardarla.

SU FIRMA INDICA QUE USTED HA DECIDIDO FORMAR PARTE DE ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACION Y QUE HA LEIDO Y COMPRENDIDO LA INFORMACION ANTERIOR Y QUE SE LE HA EXPLICADO.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL TESTIGO 1

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FIRMA DEL TESTIGO 2

VERSIÓN PROFESIONALES DE SALUD I

INTRODUCCIÓN

La presente encuesta tiene como objetivo recoger las opiniones de los médicos sobre el manejo clínico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

La información de esta encuesta será manejada confidencialmente y no se conocerá ningún aspecto de ella a título individual. Los resultados sólo serán divulgados como una opinión en conjunto de todos los participantes. Con el fin de dar retroalimentación sobre la encuesta se enviará por correo electrónico un resumen con los resultados a cada uno de los participantes.

Nombre: _____
Femenino: _____ Masculino: _____
Edad: _____
Fecha: _____
Año de término de la licenciatura o especialidad: _____
Correo electrónico: _____
Lugar de trabajo: _____ Nivel de atención: 1° __ 2° __ 3° __

1 er Nivel: Si usted trabaja en un centro de Atención primaria,
2 do Nivel: Si usted trabaja en un hospital general ,y/o CECOSAM
3 er Nivel: Si usted trabaja en un Hospital de especialidades, y/o HPIJNN.

Instrucciones: Por favor marque con una cruz, lo que se le indica:

1. Indique cual es su profesión

Psiquiatra	_____	Neurólogo	_____
Psiquiatra Infantil	_____	Neuropediatra	_____
Medico general	_____	Medico familiar	_____
Pediatra	_____	Otros _____, Cuál	_____

1A. ¿Usted brinda atención a niños y adolescentes?

- a. Si
- b. No

2. ¿Cuenta con experiencia en el manejo del TDAH?

- a. Sí ¿cuánto tiempo? _____ años.
- b. No

3. ¿Usted está familiarizado con el TDAH?

- a. Sí
- b. No

4. ¿Usted piensa que ésta enfermedad es? (puede usted marcar más de una respuesta)

- a. Un mito
- b. Una moda
- c. Un problema de crianza
- d. Un invento de los laboratorios
- e. Una enfermedad neurológica
- f. Una enfermedad neuropsiquiátrica
- g. Una enfermedad con alta carga genética

5. En caso del Tratamiento farmacológico, ¿cuál considera usted es el tratamiento de elección para los pacientes con TDAH sin comorbilidad?
- Anfetaminas
 - Metilfenidato
 - Atomoxetina
 - Neurolépticos
 - Antiepilépticos (Valproato, Carbamacepina, etc.)
 - Otros
 - No utilizo generalmente medicamentos ya que me apoyo en un médico
 - No utilizo generalmente medicamentos, sólo utilizo tratamiento psicológico o pedagógico

6. En el momento que usted prescribe un medicamento, de los factores abajo enunciados, cruce cuales influyen en su decisión y ordénelos jerárquicamente poniendo un 1 al de mayor peso y así sucesivamente:

Número.

- ___ ___ Artículos científicos distribuidos por las empresas farmacéuticas
 ___ ___ Artículos científicos que se encuentran en los niveles más altos
 ___ ___ La Información obtenida en congresos científicos pagados por la industria farmacéutica
 ___ ___ La Información obtenida en congresos científicos de simposios sin apoyo

7. ¿Qué porcentaje del TOTAL de pacientes que usted atiende en 1 MES tiene TDAH? (Estos pueden ser; aquellos que llegaron con el diagnóstico o que Usted los halla diagnosticado)

_____ %

8. Por favor, distribuya el total de PACIENTES CON TDAH que Usted atiende en 1 MES según el género:

Femenino _____% Masculino _____%

9. Por favor, distribuya el total de PACIENTES CON TDAH que Usted atiende en 1 MES, en los siguientes grupos:

Preescolares	Menores de 5.9 años	_____ %
Escolares	Entre 6 y 11 años	_____ %
Adolescentes	Entre 12 y 17 años	_____ %
Adultos	Mayores de 18 años	_____ %
Total		100 %

10. ¿Qué porcentaje de sus pacientes que acuden a la escuela, son enviados por recomendación del maestro o psicólogo del colegio del paciente para evaluación del TDAH?

_____ %

11. ¿Cuáles son las 3 principales razones por las que acuden los pacientes con TDAH a su consulta? (Por favor enumere sólo 3, considerando que 1 es la primera razón, y 3 la tercera, de menor peso)

___ Por problemas en el rendimiento académico (dificultades de aprendizaje)

___ Por problemas en la conducta escolar (disciplina escolar)

___ Por problemas en la Casa (desobediente, no sigue instrucciones, peleador, etc.)

___ Por otras razones, Cuáles? _____

Para las siguientes preguntas señale con una "X" alguna de las casillas del número del 0 al 100:

En Ningún Paciente	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	En todos los pacientes
---------------------------	---	-------------------------------

APROXIMADAMENTE....	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
¿En cuántos pacientes realiza Usted el diagnóstico de TDAH sólo por medio de la historia clínica (información recogida del paciente y al menos alguno de los padres)?											
¿En cuántos pacientes considera Usted que la información de los profesores, es indispensable para el diagnóstico de TDAH?											
¿En cuántos pacientes realiza Usted un electroencefalograma (EEG) para la evaluación y el diagnóstico del TDAH?											
¿En cuántos pacientes realiza Usted algún estudio de Neuroimagen como TAC y/o una RMN para la evaluación y el diagnóstico del TDAH?											
¿En cuántos pacientes solicita Usted un Hemograma o Biometría Hemática y/o unas pruebas de Tiroides, para evaluación o diagnóstico del TDAH?											
¿En cuántos pacientes utiliza Usted alguna escala psicométrica de síntomas o severidad, para apoyar el diagnóstico y/o el seguimiento del paciente con TDAH?											

Para las siguientes preguntas señale con una “X” alguna de las casillas del número del 1 al 9 donde 1 es completamente en desacuerdo y 9 es completamente de acuerdo:

Completamente en Desacuerdo	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Completamente de Acuerdo
--	--------------------------	-------------------------------------

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA
¿Está de acuerdo con que la comorbilidad TDAH + Trastorno Disocial de la Conducta debería considerarse como un SUBTIPO adicional en las futuras clasificaciones del DSM?										
¿Está de acuerdo que el TDAH es una enfermedad que no se cura y que solamente se controla?										
¿Está de acuerdo que el TDAH es una enfermedad que continua en la vida adulta? (debiéndose la supuesta remisión a un defecto de los criterios diagnósticos actuales)										
En su práctica clínica, ¿las mujeres con TDAH suelen ser llevadas al consultorio sólo cuando la sintomatología relacionada con este trastorno es GRAVE?										

Para las siguientes preguntas señale con una "X" alguna de las casillas del número del 0 al 100:

En ningún paciente	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	En todos los pacientes
---------------------------	---	-------------------------------

APROXIMADAMENTE	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
¿En su práctica clínica, en cuántos pacientes puede aplicar el criterio de edad de inicio de los síntomas de TDAH antes de los 7 años (propuesto por el DSM-IV-TR)?											
¿En su práctica clínica, cuántos pacientes reúnen los criterios diagnósticos del TDAH y sin presentar aparentemente disfunción o deterioro en su vida diaria?											
¿En su práctica clínica cuantas mujeres con problemas en el control de impulsos serían más bien pacientes con TDAH?											

Para las siguientes preguntas señale con una "X" alguna de las casillas del número del 1 al 9:

Completamente en Desacuerdo	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Completamente de Acuerdo
--	--------------------------	-------------------------------------

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA
¿Está de acuerdo con que el tratamiento farmacológico continuado y a largo plazo con metilfenidato, previene el uso y abuso de sustancias psicoactivas?										
¿Está de acuerdo con que el tratamiento farmacológico continuado y a largo plazo con cualquier agente (diferente del metilfenidato), previene el uso y abuso de sustancias psicoactivas?										

COMBINACIONES FARMACOLÓGICAS

Para las siguientes preguntas señale con una "X" algún número del 0 al 100:

En Ningún Paciente	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	En todos los pacientes
---------------------------	---	-------------------------------

¿En cuántos pacientes con TDAH (en todos los grupos de edad) Usted indica ...	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
... un proceso psicoeducativo antes de iniciar con el tratamiento farmacológico indicado?											
... combinación de 2 tratamientos farmacológicos?											
... combinación de 3 tratamientos farmacológicos?											
... Un estabilizador de Ánimo o antiepiléptico como Ácido Valproico o Carbamazepina?											
... la suspensión del fármaco al cabo de un año de tratamiento con buena respuesta?											

12. En los pacientes escolares con TDAH que tienen buena respuesta con el medicamento en los primeros 6 meses, ¿durante cuánto tiempo en PROMEDIO continuaría Usted el tratamiento farmacológico?

- _____ De 7 a 12 meses
- _____ De 12 meses a 36 meses
- _____ De 3 a 5 años
- _____ A largo plazo y de manera indefinida

Para las siguientes preguntas señale con una "X" algún número del 1 al 9:

Completamente en Desacuerdo	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Completamente de Acuerdo
--	--------------------------	-------------------------------------

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA
¿Está Usted de acuerdo con los períodos "sin medicación" durante LOS FINES DE SEMANA?										
¿Está Usted de acuerdo con los períodos "sin medicación" en las vacaciones (al FINAL DEL AÑO ESCOLAR)?										
¿Está Usted de acuerdo con que los períodos "sin medicación" durante el FIN DE SEMANA deben ser únicamente para los pacientes con TDAH con predominio de INATENCIÓN?										

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Anexo III. Carta aprobación Comité Investigación.

Comisión Nacional de Institutos de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Perinatal
Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".



SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

Oficio: D6C1793/0812
Asunto: Aprobación
México, D.F., a 5 de Junio de 2012.

DR. ADRIAN IVAN NOBLE O DEL VALLE
PRESENTE


Por este medio le informamos que el proyecto de investigación titulado "Nivel de conocimientos y creencias sobre el TDAH en médicos de los 2 niveles de atención que atienden a niños y adolescentes", registrado en esta División de Investigación como proyecto derivado de protocolo "Capacitaciones y talleres en los padres, los maestros y en los profesionales de la salud que atienden niños, adolescentes y adultos con TDAH" con la clave 83.02081112, como trabajo de tesis para obtener la Diplomación en la Especialidad de "Psicología Infantil y de la Adolescencia" ha sido **APROBADO**.

Se notifican las siguientes exigencias que adquiere en calidad de tesis:

- Entregar una copia del presente a sus tutores, así como a la División de enfermería.
- Entregar el primer informe semestral del desarrollo del estudio durante la primera semana del mes de junio del año en sujeción con firma de sus tutores, así como de los productos derivados (presentaciones en congresos, etc.) así como su formato de registro de puntos de la investigación.
- Entregar dos ejemplares de producto final de la tesis, uno para el área de investigación y otro como archivo para la biblioteca del hospital incluyendo los sellos de la biblioteca de la INAM y del HP IJNN.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo

ATENTAMENTE


Dra. Eleana Márquez Castaño
Presidenta del Comité de Investigación

Cep. Registro de productividad del HP IJNN
ACTIVO.

Anexo IV. Carta aprobación Comité Ética

Comisión de Investigación de Hospitales Nacionales de Salud y Hospitales de Alto Especialidad
Centro de Atención Psiquiátrica
Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Trujillo"
MEXICO

OF. CE/51/290709

Asunto: Dictamen de aprobación

SECRETARÍA DE SALUD

México, D. F. 29 de julio del 2009

DRA. ROSA ELENA ULLOA FLORES
INVESTIGADOR PRINCIPAL DEL PROYECTO

Comunico a usted que el Comité de Ética en Investigación, ha revisado el protocolo de investigación donde usted aparece como investigadora principal y cuyo título es:



"Conocimientos y creencias en los padres, los maestros, y en los profesionales de salud que atienden niños, adolescentes y adultos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)."

El Comité de Ética en Investigación decide dar al protocolo el carácter de **aprobado**.

Tengo a bien recordarle que debe cumplir con la obligación de notificar a este comité sobre todo evento que modifique las condiciones éticas del proyecto, de comunicar el inicio del reclutamiento y la finalización del estudio, y de entregar un informe final por escrito.

Los compromisos con el hospital incluyen la *imprescindible devolución de los resultados* a los adolescentes, a los padres o tutores y a los trabajadores del hospital, que participan en el protocolo como sujetos de estudio.

Atentamente,



**SERVICIOS DE ATENCION
PSIQUIATRICA
HOSPITAL PSIQUIATRICO
INFANTIL
DR. JUAN N. TRUJILLO
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN**

C. a. p. Comisión de Investigación del Hospital
Asesor del Comité de Ética en Investigación del Hospital.

Av. San Buenaventura No. 86 Col. Belisario Domínguez Del Tlalpan C.P. 14080 México D.F.
Tel/Fax 55 73 91 81