



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



Psicología

Investigación en Psicología Clínica

Título

Construcción de un instrumento para medir actitudes de los padres con hijos diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

TESIS

Que para obtener el Título de Licenciado en Psicología

PRESENTA:

Luis Enrique Vidal Naranjo

Directora de Tesis:

Claudia Iveth Astudillo García

Ciudad de México, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| RESUMEN | 4 |
| CAPÍTULO UNO..... | 5 |
| TDAH: DEFINICIÓN, PREVALENCIA Y TRATAMIENTO | 5 |
| DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DEL TDAH | 5 |
| PREVALENCIA DE TDAH | 8 |
| SINTOMATOLOGÍA DEL TDAH | 11 |
| ESTUDIOS DE IMAGEN..... | 12 |
| TRATAMIENTO..... | 13 |
| TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO | 13 |
| TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO | 17 |
| CAPÍTULO DOS..... | 21 |
| FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TOMA DE DECISIONES SOBRE ALGUNA MODALIDAD DE TRATAMIENTO..... | 21 |
| ACTITUDES HACÍA TDAH | 27 |
| CAPÍTULO TRES..... | 30 |
| ACTITUDES HACIA EL TRATAMIENTO DEL TDAH..... | 30 |
| ¿QUÉ SON LAS ACTITUDES? | 30 |
| ¿CÓMO SE FORMAN LAS ACTITUDES? | 32 |
| MODELOS DE ACTITUDES..... | 33 |
| TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA (TAR)..... | 33 |
| MEDICIÓN DE LA CONDUCTA POR MEDIO DE ACTITUDES | 34 |
| FORMACIÓN DE CREENCIAS..... | 35 |
| TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA Y TDAH | 37 |
| FACTORES COGNITIVOS..... | 37 |
| FACTORES AFECTIVOS | 39 |
| CAPÍTULO CUATRO..... | 41 |
| MÉTODO..... | 41 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 41 |

| | |
|--|----|
| JUSTIFICACIÓN..... | 42 |
| OBJETIVO GENERAL..... | 43 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 43 |
| VARIABLES..... | 44 |
| POBLACIÓN Y MUESTRA..... | 44 |
| TIPOS Y DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN | 45 |
| PROCEDIMIENTO..... | 45 |
| INSTRUMENTO DE MEDICIÓN..... | 49 |
| CAPÍTULO CINCO..... | 50 |
| RESULTADOS..... | 50 |
| CAPÍTULO SEIS..... | 83 |
| DISCUSIÓN..... | 83 |
| CONCLUSIONES..... | 89 |
| IMPLICACIONES CLÍNICAS | 89 |
| REFERENCIAS..... | 91 |
| ANEXOS..... | 97 |

RESUMEN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se encuentra entre los principales problemas de salud mental que afecta a la población infantil. La falta de diagnóstico y tratamiento puede afectar su desarrollo y desempeño a lo largo del tiempo ya que éste se mantiene toda la vida. Estudios confirman la importancia de los padres en el proceso terapéutico de los niños, principalmente en el apego al tratamiento. Un mejor entendimiento de sus actitudes hacia el TDAH y el tratamiento farmacológico ayudará a mejorar el tratamiento. El objetivo de este trabajo es desarrollar un instrumento que evalúe las actitudes hacia el diagnóstico y tratamiento farmacológico de padres con hijos diagnosticados con TDAH. Se hizo una revisión de la literatura, así como entrevistas a paidopsiquiatras y a padres con hijos diagnosticados a fin de corroborar la información y adecuarla a nuestro contexto. Con la información obtenida se propusieron nueve categorías y a partir de ellas se elaboraron los ítems, mismos que se sometieron a evaluación por expertos. Finalmente se desarrolló el instrumento, mismo que se aplicó a una muestra de 50 padres. Los resultados indican que el instrumento tiene un adecuado desempeño psicométrico, se hizo un Alpha de Cronbach que obtuvo un 0.90 y una correlación entre las categorías usadas en este estudio. La investigación nos llevó a concluir que, si bien los padres llevan a sus hijos a consulta, esto no significa en todos los casos que hayan superado barreras como el estigma, la falta de conocimiento, influencias externas, etc. Es necesario conocer las actitudes de los padres y plantear intervenciones acordes a sus necesidades de atención para reforzar el tratamiento y lograr mejorías en la vida de los niños y quienes les rodean.

CAPÍTULO UNO

TDAH: DEFINICIÓN, PREVALENCIA Y TRATAMIENTO

Existen dos clasificaciones de los trastornos mentales, la primera es la Clasificación internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualmente en su onceava edición y, la segunda es el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, abreviado DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), actualmente en su quinta versión (DSM-5).

De acuerdo con la CIE-11 (2018), el TDAH está caracterizado por un patrón persistente de falta de atención y/o hiperactividad-impulsividad, con aparición en el periodo de desarrollo, típicamente a mediados de la infancia. El grado de falta de atención e hiperactividad-impulsividad debe encontrarse fuera de los límites de variación normal esperada para la edad y el nivel del funcionamiento intelectual, y este interfiere significativamente en lo académico, ocupacional o en su funcionamiento. Debe estar presente durante al menos 6 meses y debe ser observable en más de un escenario.

Por otro lado, el DSM-5 (2015), lo define como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por niveles inapropiados de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad, y a menudo persiste a edad adulta, originando deterioro del funcionamiento social, académico y ocupacional.

DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DEL TDAH

Se usará el DSM-5 Para hablar de los criterios diagnósticos de este trastorno, se encuentran en el apartado de trastornos del neurodesarrollo y se describe como:

A. un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por 1 y/o 2 siendo estos:

1. Inatención: seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas. Nota: los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones.

A continuación, se describen los síntomas de 1:

- a) Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b) Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultades para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
- c) Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d) Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia las tareas, pero se distrae rápidamente y las evade con facilidad).
- e) Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; mala gestión del tiempo; no cumple con los plazos).

- f) Con frecuencia evita, le disgustan o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos).
 - g) Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
 - h) Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.
 - i) Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas).
2. Hiperactividad e impulsividad: seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas. Nota: los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones.

A continuación, se describen los síntomas de 2:

- a) Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b) Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
- d) Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e) Con frecuencia esta “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f) Con frecuencia habla excesivamente.

- g) Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
 - h) Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera una cola).
 - i) Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otros sin esperar o recibir permiso).
- B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela; con los amigos o parientes; en otras actividades).
- D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico, o reducen la calidad de los mismos.

Es importante recordar que se percibe al TDAH como uno de los principales problemas de salud mental en niños, por ellos es necesario ampliar su estudio, a continuación, estudiaremos su prevalencia.

PREVALENCIA DE TDAH

A nivel mundial se estima una prevalencia en la infancia de un 5%, y de 2.5% en adultos, Saucedo (2014), también se menciona que estos datos pueden fluctuar dependiendo del país, del contexto, y los criterios diagnósticos utilizados. En un meta-análisis, se analizaron 102 artículos obteniendo una muestra de 171,756 sujetos de todo el mundo, concluyendo que la prevalencia total, es de 5.3%; con una tasa de niños de 6.48% y en adolescentes de 2.74%, también se estimó que la prevalencia en Norteamérica es de 6.2%, en Europa de 4.6%, en África 8.5% y Sudamérica con 11.8% (Polanczyk, et al., 2007).

En la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), se realizaron un conjunto de estudios epidemiológicos en varios países (Brasil, Chile, Puerto Rico, Irán, Reino Unido, Holanda), se encontró que la prevalencia de TDAH es variable y sus resultados oscilan entre el 1% y el 20%, con una mayor frecuencia en varones, cuya proporción varía de 1.1 a 9.1, aclarando que este rango se debe a diferencias culturales, demográficas, geográficas y metodológicas, así como la heterogeneidad de los estudios realizados.

Se realizaron varios estudios en Colombia, el primero en la ciudad de Antioquia, se encontraron prevalencias del 16.9% en niños de entre 7 y 11 años, y de 14.2% en niños de 12 y 17 años, destacando mayor frecuencia en hombres (20.9%) que en mujeres (10.1%), con una razón de prevalencia de 3.9 a 1 respectivamente. En otro estudio en la ciudad de Bogotá, con niños entre 5 y 12 años, se encontró una prevalencia de 5.7. En un estudio transversal realizado en Colombia, se hicieron entrevistas a cuidadores de niños entre los 7 y 11 años, por medio de la *Diagnostic interview Schedule For Children* (DISC-P), versión P, donde se encontró una prevalencia de 3.0%, con una distribución de sexo de 2.6% para varones y 3.3% para mujeres (Ministerio de Salud y Protección Social 2015).

Por otro lado, en la Ciudad de México, se hizo una investigación en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N Navarro”, se encontró que en 2017, un 22.8% de los pacientes de primera vez recibió el diagnóstico de TDAH (Hospital Psiquiátrico Infantil “DR. Juan N. Navarro” 2018), continuando, Saucedo (2014), tomando de base los datos obtenidos del censo de 2010 del INEGI estima que ya que en México existen aproximadamente 42.5 millones de niños y adolescentes (individuos de 0 a 19 años), debe haber al menos 1.5 millones que podrían presentar TDAH. Además de que solo un 30% de esta población asiste a atención psiquiátrica.

Lo anterior nos sirve para contextualizar y entender la problemática, se trata de uno de los trastornos con mayor prevalencia en niños a nivel mundial, y si lo analizamos un poco, es muy probable que las cifras planteadas estén en aumento, si tomamos en cuenta diversos factores:

- Culturales: es bastante conocido actualmente, hay mayor difusión por los medios de comunicación, lo que hace a padres considerar que sus hijos puedan tenerlo y por ende aumente la exigencia de exploración. (Galarza 2016).
- Aumento de profesionales: una mayor cantidad de personal capacitado para diagnosticar y brindar tratamiento implica un aumento en las personas atendidas y por tanto de personas diagnosticadas (Cortell y Ortolá 2006).
- Genéticos: podemos hablar sobre los estudios familiares, aquellos que evalúan el riesgo de padecer TDAH si han sido diagnosticados otros miembros de la familia. Los resultados de estos indican que los parientes de individuos con TDAH tienen un riesgo significativamente mayor de padecer el trastorno que los parientes de individuos con otros trastornos, implicando principalmente a los padres (Kollins 2009).

Retomando lo visto hasta el momento, consideramos que el TDAH podría tratarse de un problema de salud mental pública, por ello es importante tener muy claros tanto los criterios diagnósticos como los síntomas, ya que esto nos permitirá identificar, diagnosticar y tratar adecuadamente a los pacientes.

SINTOMATOLOGÍA DEL TDAH

Los síntomas nucleares de TDAH son: inatención, hiperactividad, e impulsividad, éstos impactan las áreas de funcionamiento de cualquiera que lo padece, afectando principalmente en lo cognitivo y por tanto en lo académico. Además, puede generar problemas en la familia, y afectar el entorno social (Vicario y Santos, 2014).

Estos autores aclaran que los síntomas clínicos varían desde simples a complejos, manifestándose diferente según la edad, el sexo, el contexto (pueden disminuir en situaciones muy organizadas y estructuradas) en el cual se encuentre quien lo presenta, las características de la propia persona y la presencia de comorbilidad.

Continuando, Vicario y Santos (2014), nos dan una breve descripción de cada síntoma:

- Inatención: dificultad para mantener la atención, tendiendo al aburrimiento pocos minutos después de iniciar una actividad, acostumbran a cambiar de actividades frecuentemente, sin embargo, pueden mantener la atención de forma automática y sin esfuerzo en tareas que le gustan. Por otro lado, la atención selectiva y consciente para realizar actividades cotidianas o adquirir nuevos aprendizajes les es muy difícil, así como prestar atención a los detalles, pues se distraen con mucha facilidad, por lo que es común que no completen actividades o que cometan errores.
- Hiperactividad: aquellos niños que parecen estar siempre en movimiento, que no pueden mantenerse quietos. Es importante considerar que su hiperactividad no suele tener un propósito bien definido, lo que los hace propensos a accidentes, es característico que hagan ruidos, además de tener un habla excesiva, por lo que se les dificulta organizar ideas.

- Impulsividad: incapacidad para controlar las acciones inmediatas o pensar antes de actuar. Tienden a responder antes de que se haya completado una pregunta, a realizar actos o comentarios sin pararse a pensar en las consecuencias, o se pueden mostrar impacientes.

Lo anterior nos sirve para definir, entender y diagnosticar este trastorno, solo nos queda analizar los estudios de imagen para tener un marco general de lo que es TDAH, estos estudios nos dan la evidencia más fuerte a nivel orgánico al mostrarnos de manera indudable lo que sucede en el cerebro de quienes lo padecen.

ESTUDIOS DE IMAGEN

Castellanos y Proal (2012), analizaron la relación entre los estudios de neuroimagen y TDAH, éstos fueron realizados inicialmente basándose en estudios de lesiones en animales y humanos, se adoptó un modelo prefrontal-estriatal de TDAH que se expandió para incluir la participación del cerebelo. Los circuitos estriatales prefrontales sustentan la función ejecutiva y la disfunción en tales procesos se ha considerado durante mucho tiempo un importante referente neuropsicológico del TDAH, este modelo ha sido apoyado y respaldado en gran medida por estudios de imágenes estructurales y funcionales.

Por otro lado, recientemente se han implementado modelos más inclusivos con resonancia magnética funcional en estado de reposo (R-FMRI), que está revelando más la arquitectura funcional del cerebro.

El motivo de incluir estos estudios es para incrementar la información sobre este trastorno, es necesario tener un marco general para comprenderlo en su totalidad y así poder plantear estudios e investigaciones acordes al mismo. A continuación, hablaremos sobre el tratamiento ya que es necesario saber cuáles son los tratamientos que tienen más sustento teórico y científico.

TRATAMIENTO

Lange, et al (2010), refiere que tanto los criterios diagnósticos del TDAH como el estudio de los síntomas nucleares se pueden considerar conocimientos recientes, por otro lado, es un trastorno que lleva estudiándose desde hace por lo menos 200 años. Siendo en 1798 el primer dato conocido registrado por Alexander Crichton. Tener esto en cuenta, nos sirve para imaginarnos que las maneras en que se ha tratado a la enfermedad han sido diversas desde sus inicios hasta la actualidad.

Para hablar del tratamiento actual se usarán las guías ya establecidas en México, éstas presentan las opciones más empleadas por profesionales de salud demostrando su aplicabilidad y confiabilidad, siendo así la guía del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (2018) y la Guía de Práctica Clínica por parte del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (2009).

La guía del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (HPIJNN), plantea que se debe desarrollar y diseñar adecuadamente un plan de tratamiento comprehensivo, multimodal e individualizado de acuerdo con las necesidades de cada paciente. Además, menciona que la psicoeducación es indispensable para todas las formas de tratamiento, sin embargo, el tratamiento farmacológico es la base fundamental en la mayoría de los casos, de modo que la decisión de brindar dicho tratamiento tendría que ser una decisión compartida entre los padres, el paciente y el médico (Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro 2018).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La guía del HPIJNN (2018), menciona que en México los fármacos aprobados por las agencias reguladoras para el tratamiento de TDAH son el metilfenidato en sus presentaciones (liberación inmediata y prolongada), la lisdexanfetamina y como segunda línea la atomoxetina.

En cuanto a la elección, esta tiene que ver con la eficacia y la duración del efecto del fármaco. El metilfenidato en diversos estudios ha demostrado reducir de manera rápida y eficaz las manifestaciones clínicas, sin embargo, su duración es de cuatro horas, necesitando de al menos tres dosis por día dificultando así la adherencia al tratamiento. Para solventar esta situación se encuentran los fármacos de acción prolongada ya que solo requiere una toma al día.

En México se cuenta con la lisdexanfetamina, con una única dosis en la mañana lo que lo hace una opción viable (Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro 2018). En la guía vienen establecidos los tratamientos recomendados acorde a la edad escolar de cada paciente, mismos que se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Resumen del capítulo tratamiento farmacológico de la guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

| Guía clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro 2018) | | |
|--|---|--|
| Edad escolar | Tratamiento | Notas importantes |
| Preescolar | Metilfenidato de liberación inmediata y la atomoxetina. 2.5 mg/día y gradualmente incrementarla en caso de ser necesaria cada dos o tres semanas. La dosis recomendada es de 2.5 a 7.5 mg/día en 3 tomas. | No se recomienda como primera opción de manejo, a menos que no se consigan resultados con otros tratamientos tales como Intervenciones psicoeducativas, modificaciones conductuales y ambientales. |

| Guía clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro 2018) | | |
|--|--|--|
| Escolares | <p>Metilfenidato de acción prolongada 0.5 a 1 mg/día.</p> <p>La lisdexanfetamina no se ajusta por kilogramo de peso y se recomienda una dosis por la mañana de 30 mg/d independientemente de la edad o peso y aumentar 20 mg de forma gradual cada 2 a 4 semanas.</p> <p>Como segunda línea de tratamiento Atomoxetina de 1.2 a 1.5 mg/kg/día.</p> | <p>En caso de ineffectividad y/o efectos colaterales que no permita el uso de estimulantes la atomoxetina es el medicamento recomendado.</p> <p>Antes de cambiar medicamento es necesario que el médico revalore el diagnóstico y los posibles trastornos asociados.</p> |

Descripción de los medicamentos recomendados por el HPIJNN para tratar a pacientes diagnosticados con TDAH desglosados con base a los años escolares, se incluyen recomendaciones en torno a cada medicamento.

Por otro lado, la guía de práctica clínica (2009), nos da una serie de evidencias y recomendaciones con respecto al tratamiento farmacológico para el TDAH, mismos que son sintetizados en la tabla 2.

Tabla 2. Listado de evidencias y recomendaciones propuestas en el capítulo tratamiento farmacológico por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en salud.

| Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (2009) | |
|---|--|
| Efectos secundarios (disminución de apetito, insomnio, irritabilidad, cefalea); los beneficios son mejoría académica, en las relaciones personales, familiares y sociales. | El tratamiento farmacológico debe ser más prudente en circunstancias especiales, como enfermedades coexistentes, por el posible incremento de riesgo de problemas médicos. |
| La decisión de tratamiento en preescolares debe de considerar la valoración específica del desarrollo y diagnóstico, neurodesarrollo de la atención y factores étnicos. | Cuando el tratamiento farmacológico es considerado conveniente, se recomiendan: metilfenidato, atomoxetina y dexanfetamina. |
| La continuación de la prescripción y el monitoreo del tratamiento farmacológico | En preescolares no se recomienda el uso de metilfenidato, pero si persisten los síntomas o la disfunción por problema de |

| Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (2009) | |
|---|---|
| puede realizarse por médicos de atención primaria. | atención debe iniciarse metilfenidato de acción prolongada. |
| Antes de iniciar el tratamiento farmacológico debe realizarse: <ul style="list-style-type: none"> • Valoración física completa. • Electrocardiograma (EEG) • Valorar riesgo potencial de abuso del medicamento o su desviación (el fármaco se da a otros sin prescripción). | La decisión respecto al medicamento debe basarse con respecto a: <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de condiciones comórbidas. • Efectos adversos de cada medicamento. • Potencial de abuso de este. • Preferencias tanto del niño como de padres y cuidadores. |
| El metilfenidato es eficaz para reducir los síntomas centrales de TDAH; Atomoxetina tiene moderado efecto benéfico en el tratamiento de TDAH. | Al inicio y durante el tratamiento farmacológico se deben monitorizar los efectos secundarios, junto con la valoración clínica y las escalas correspondientes. |
| Si se utiliza metilfenidato en niños mayores de 6 años y adolescentes, el tratamiento debe empezar a dosis bajas de liberación inmediata de 0.3 a 1.0 mg/kg/dosis (no exceder 60 mg) o liberación prolongada. | El tratamiento con dexanfetamina en niños y adolescentes debe comenzar con dosis bajas de 0.2-0.4 mg/Kg/dosis. |
| Para el tratamiento farmacológico en niños o adolescentes considerar: <ul style="list-style-type: none"> • Metilfenidato para TDAH sin comorbilidad significativa; Metilfenidato para TDAH con trastorno de conducta. • Metilfenidato o atomoxetina cuando están presente tics, trastorno de ansiedad, abuso de estimulantes o riesgo de diversión con estimulantes. • Atomoxetina es recomendada si el metilfenidato fue inefectivo a dosis máxima, o el paciente es intolerante a poca o moderada dosis. | |

Resumen de todas las recomendaciones proporcionadas por el CENETEC en torno al tratamiento farmacológico para pacientes diagnosticados con TDAH haciendo énfasis en el tratamiento a niños y adolescentes, se describen las recomendaciones con base a edad cronológica, edad escolar y tipo de fármaco más utilizado con base en los dos criterios anteriores, además de recomendaciones extra basándose en los efectos de los medicamentos.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Dentro de la guía del HPIJNN, se menciona que el tratamiento combinado de psicofármacos con intervenciones psicosociales o multimodal ha demostrado obtener los mayores beneficios, los diversos tipos de intervenciones serán descritos en la tabla 3.

Tabla 3. Resumen del capítulo Tratamiento Psicosocial de la guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

| Guía clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro 2018) | | |
|--|--|---|
| Intervención | Objetivo | Finalidad |
| Psicoeducación | <ul style="list-style-type: none">• Capacitar al paciente y la familia acerca del diagnóstico, evaluación, uso de estudios paraclínicos, así como el impacto del trastorno, evolución y estrategias para funcionar óptimamente.• Explicar las opciones de tratamiento a detalle, incluyendo los riesgos y beneficios de cada uno. | <ul style="list-style-type: none">• Es la primera estrategia una vez realizado el diagnóstico.• Incrementar el conocimiento sobre el trastorno, mejorar el apego terapéutico, generar estrategias de afrontamiento y prevención de comorbilidades. |
| Intervenciones conductuales. | Incluyen aplicación reflexiva de recompensas, consecuencias, costo de respuesta, economía de fichas, manejo ambiental, cambio de estilo de vida (dieta, ejercicio, sueño). | Establecer rutinas consistentes, reforzar hábitos constantemente hasta volverlos automáticos. Administración de reforzadores. Establecer objetivos adaptados a las necesidades del niño/adolescente. |

| Guía clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro 2018) | | |
|--|--|--|
| Intervenciones sociales. | Entrenamiento en habilidades sociales, manejo de la ira, recreación supervisada y entrenamiento para padres. | Alentar la realización de actividades en las que el paciente sea hábil y le generen mayores recursos. Enseñar modos de comportarse efectivamente en el medio y con aquellos que le rodean. |
| Intervenciones escolares | Optimizar la atención minimizando las distracciones. | Enfatizar sobre los aspectos positivos que ayuden a reforzar hábitos de trabajo y conducta, y contribuyan fortalecer la autoestima y el estado emocional del menor. Fortalecer habilidades sociales. |
| Monitorización | Cuestionarios, tablas, agendas, reportes diarios, exámenes. | Ayuda al paciente a ver objetivamente su progreso y al clínico a valorar el manejo y las áreas de oportunidad. |

Descripción de todos los tipos de intervención recomendados para tratar pacientes diagnosticados con TDAH sin el uso de medicamentos, se desglosan los objetivos y lo que se pretende lograr en cada tipo de terapia.

Retomando nuevamente la guía de práctica clínica (2009), de igual forma nos da una serie de evidencias y recomendaciones a tomar en cuenta con respecto al tratamiento de TDAH, mismas que se resume en la tabla 4.

Tabla 4. Listado de evidencias y recomendaciones propuestas en el capítulo tratamiento no farmacológico por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en salud.

| Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (2009) | |
|--|---|
| El entrenamiento a padres es efectivo para disminuir los síntomas de TDAH y trastornos de conducta. | Se recomiendan los programas grupales de entrenamiento y educación a padres y cuidadores de niños con TDAH para el manejo y tratamiento de trastornos de conducta. |
| <p>Los programas individuales y grupales de entrenamiento y educación a padres y cuidadores deben tener como base:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar estructurado y tener un plan de estudios que informe los principios de la teoría del aprendizaje social. • Incluir estrategias de interacciones. • Ofrecer un suficiente número de sesiones de 8-12 para maximizar las ventajas para los participantes. • Permitir a los padres identificar sus propios objetivos de crianza de los hijos. • Incorporar el juego de roles. • Incorporar terapeutas en habilidades sociales que supervisen. • Adherirse a un programa de desarrollo de destrezas manuales y emplear todos materiales necesarios para garantizar la ejecución del programa en todas las áreas donde se relaciona el niño. | |
| En los programas individuales de entrenamiento deben participar tanto los padres como los cuidadores del niño. | Los resultados sugieren que los niños con TDAH pueden beneficiarse si sus padres se informan con material escrito y técnicas para manejo de conducta. |
| Las intervenciones psicológicas en el TDAH favorecen el funcionamiento cotidiano del niño o del joven y las relaciones familiares y entre iguales al mejorar su comportamiento. | Las intervenciones grupales para escolares en entrenamiento de habilidades sociales y terapia cognitivo conductual son benéficas cuando paralelas a las sesiones grupales de los padres. |
| Las terapias psicológicas favorecen el desarrollo de estrategias de afrontamiento para el manejo de la conducta disruptiva en menores con TDAH. Las intervenciones para los padres están diseñadas para ayudarlos en el desarrollo de estrategias óptimas para hacer frente al difícil comportamiento o comorbilidad en TDAH. | Los efectos de la terapia psicológica pueden permanecer tiempo después de que se suspenda el medicamento. Por ello las intervenciones psicológicas se han considerado como alternativas para prolongar los efectos del fármaco. |

Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (2009)

| | |
|--|--|
| Las metas deben dirigirse a desarrollar habilidades sociales con los pares, solución de problemas, autocontrol habilidades para escuchar y expresar sentimientos. Utilizar elementos claves del aprendizaje. | Los padres desempeñan un rol único y muy importante en el manejo del TDAH porque guían a sus hijos en diferentes áreas de su vida, trazan metas a largo plazo para el éxito de sus hijos, para una a década adaptación social. |
|--|--|

Resumen de las recomendaciones proporcionadas por el CENETEC en torno al tratamiento no farmacológico para pacientes diagnosticados con TDAH, se describen las recomendaciones con base al tipo de terapia, así como sus beneficios.

CAPÍTULO DOS

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TOMA DE DECISIONES SOBRE ALGUNA MODALIDAD DE TRATAMIENTO

Con lo visto hasta ahora, es posible considerar en primer lugar que existe este trastorno, gracias a los estudios de neuroimagen y por la cantidad de información existente, también podemos contextualizar su problemática con base en las prevalencias, y consultando las guías, se sabe que existen tratamientos aprobados y con sustento teórico y práctico. Sin embargo, a pesar de las fuertes evidencias y datos que respaldan tanto al trastorno como a su tratamiento, siguen existiendo barreras que dificultan llevar a cabo un adecuado tratamiento acorde a las guías.

Pueden ir desde aspectos personales (creencias, experiencias, percepciones, el conocimiento que tengan, etc.), sociales (estigma, medios de comunicación, opiniones y sugerencias de terceros, etc.), y otro tipo de barreras como disponibilidad del medicamento, costos, administración, etc. Por ello es necesario conocer todos los factores que influyen en estas decisiones. El tratamiento depende en gran medida de los padres, son quienes tienen la última palabra al momento de brindar o no cualquier tratamiento, lo que es lógico teniendo en cuenta que quienes son diagnosticados son menores de edad.

Ejemplos de esto los hallamos al analizar el trabajo de los siguientes autores:

- Firestone (1982): realizando un estudio a un año con una muestra de 68 varones y 8 mujeres, se encontró que el 20% había descontinuado la medicación al cuarto mes y el 44% al décimo mes.
- Swanson (2003): revisó 7 estudios que tratan el tema del incumplimiento al tratamiento, encontrando tasas de incumplimiento al tratamiento

farmacológico de entre el 20 y 65%, el estudio más grande tuvo una muestra de 76 niños con edades que van de los seis a los nueve años de edad, 26% de los padres rechazó el tratamiento farmacológico al inicio del estudio y un 80% de los que aceptaron el tratamiento lo seguían usando al cuarto mes, pero al décimo mes 56% lo habían reducido.

- Rodillo (2015): Reportó que el 48% de los niños descontinuaron el tratamiento en una muestra de 71, destacando la edad como un factor importante, a mayor edad es más probable que se descuide la medicación.

Tomando estos datos podemos darnos una idea de esta problemática, si sumamos las muestras de estos estudios, tendremos un total de 215 y si tomamos los porcentajes mencionados en éstos (20,44,20,65,26,56) tendremos una media de 38.5, obteniendo 83 como resultado, lo que nos dice que aproximadamente de 215 niños 83 descontinuaron el tratamiento en algún momento dentro de un plazo de no mayor a tres años. Si bien los niños reciben el tratamiento, los padres deciden suspender el mismo al cabo de un tiempo, es por ellos que a continuación se revisarán estudios que hablen sobre esto.

Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando las bases de datos electrónicas PubMed, Scielo, Redalyc y Cochrane, donde se utilizaron los siguientes términos y palabras clave: trastorno por déficit de atención con hiperactividad o TDAH, padres, toma de decisiones, factores que influyen en la toma de decisiones, decisión, comportamiento de elección, actitudes, creencias, conocimientos, niños, tratamiento, medicación.

De esta revisión se seleccionaron los artículos que se consideraron más relevantes por las siguientes características: 1) estudios cualitativos (grupos focales, entrevistas individuales o grupales), 2) enfoque en el tratamiento farmacológico, 3) realizados con padres o tutores legales.

Ahmed, et al. (2013), realizaron un metaanálisis, localizaron once artículos y se encontró que confrontar el diagnóstico, las influencias externas, la aprehensión sobre el tratamiento farmacológico y la experiencia con el sistema sanitario son los factores que influyen en la toma de decisiones, por lo que cada punto será explicado a continuación:

a) Confrontar el diagnóstico:

Aceptar o negar el diagnóstico, los padres se muestran escépticos a la existencia del trastorno, situación que puede llevar a desacuerdos entre ellos o demás miembros de familia. Se debe a la dificultad de ver a su hijo como portador de una enfermedad estigmatizante, generando una visión negativa y dificultando la aceptación del tratamiento.

b) Influencias externas:

Los medios de comunicación tienden a mostrar los peores casos de TDAH (situaciones que terminan en cárcel, adicciones, muertes, etc.), además de dar acusaciones tanto al medicamento “su prescripción es excesiva”, como a los efectos secundarios “efecto zombi” y sus “propiedades adictivas”. Éstos buscan evocar sentimientos de culpa en los padres por iniciar el tratamiento farmacológico, viéndolo como una salida fácil para familias reacias a invertir tiempo y esfuerzo en abordar las conductas problemáticas de los niños.

Los padres pueden observar en sus hijos impedimentos en el rendimiento académico en comparación a sus pares, llegan a recibir comentarios de terceros por el inadecuado comportamiento de sus hijos. En la escuela les suelen promover o “forzar” el medicar a sus hijos. Los abuelos suelen mostrarse más propensos a rechazar la medicación y atribuir la condición a una crianza deficiente. Algunos padres confiaron en figuras religiosas, y otros buscaron información de algún miembro de la familia con profesión médica.

c) Aprehensión sobre el tratamiento farmacológico:

Preocupación por los efectos adversos de los medicamentos a corto y largo plazo, la posibilidad de una adicción o un problema de abuso de drogas, el desarrollo de conductas delictivas, además del estigma relacionado con éstos. Los efectos secundarios incluyen al llamado efecto “zombi”, retraso en el crecimiento, daño hepático, miedo a que su hijo luzca drogado y que la medicación modifique la personalidad del niño. En consulta fueron reportados dolores de estómago, disminución del apetito, pérdida de peso y trastornos del sueño.

d) Experiencias con el sistema sanitario:

Desconfianza en los procedimientos diagnósticos, al ser en su mayoría cuestionarios cortos o listas de verificación, no encontrándose satisfechos con este tipo de evaluaciones. Las decisiones de los padres se vieron influenciadas por malas interacciones con los profesionales de la salud, sintiendo que no son escuchados, generando desconfianza hacia la evaluación y del consejo del profesional de salud.

En otro estudio, Leslie, et al. (2007), entrevistó a padres de 28 familias, nueve euroamericanas, cinco africanas, siete hispanoamericanas, seis mexicanoamericanos de habla inglesa y una africana caribeña. Los factores que se consideraron relevantes en este estudio fueron: edad, sexo, seguro médico, transporte, disponibilidad de los proveedores, también se tomó en cuenta el costo del medicamento. El foco de la entrevista fue la trayectoria en el uso de medicamentos. Se encontró lo siguiente:

- Modelos explicativos: dos posibles explicaciones, por causas médicas (es una enfermedad y tiene que tratarse), y en función de aspectos conductuales (el niño no es como el médico cree que es). Si aceptan el primer punto son

más propensos a aceptar el tratamiento farmacológico, si están más inclinados al segundo punto, es más probable que los padres no estén conformes con el medicamento.

- Influencia de redes externas: familia, amigos, líderes religiosos, medios de comunicación, profesores, e instancias de salud influyen bastante en la decisión de los padres, alentando o desaprobando el uso de medicamentos.
- Factores relacionados con la necesidad del uso del medicamento: aumento en la disfuncionalidad, insuficiencia de otro tipo de tratamientos, casos donde los síntomas fueron en aumento impulsando así la búsqueda de atención.
- Interacciones continuas y positivas de las familias con el sistema médico: este tipo de experiencias potencian el iniciar y mantener el medicamento.

Por último, DosReis y Myers (2008), encontró los siguientes factores que obtuvieron mayor asociación con la elección de tratamiento:

Lo que escucharon de familiares y amigos sobre los efectos adversos de los medicamentos y el impacto que tienen las redes sociales en la definición del problema, la evaluación del tratamiento y el uso del servicio.

Lo descrito es de utilidad para entender que si se quiere estudiar la toma de decisiones de los padres con respecto al TDAH, es necesario ver que dicha elección forma parte de todo un proceso, el cual da comienzo una vez que los hijos comienzan a interactuar con sus pares tal como lo puntualizan Rodríguez y Parales (2017), encontraron que los padres no son conscientes de que sus hijos tienen algún problema hasta el momento en que comienzan a tomar clases.

En resumen, cuando a los padres se les dice que su hijo podría tener TDAH y piden valoración por algún experto, inicia el proceso para que el niño reciba o no la atención, comenzando por confrontar el diagnóstico, los padres pueden llegar a sentirse abrumados y confundidos ante esta situación y es probable que no se tengan conocimientos previos.

Ya confrontado el diagnóstico, el siguiente paso sería buscar o no atención entendiéndose como una conducta; la toma de decisiones de los padres se da con base en las percepciones y creencias que tienen sobre el tratamiento y diagnóstico de TDAH en sus hijos. Por tanto, podemos considerar a estos como los que determinan a la toma de decisiones. Sin embargo, las creencias y percepciones de los padres se van a encontrar influenciadas por factores externos (medios de comunicación, escuela, familiares y amigos, etc.) e internos (experiencias con el sistema sanitario, estigma, conocimientos, creencias, etc.).

Continuando, Coletti, et al. (2012), utilizando grupos focales y la teoría unificada del cambio de comportamiento (análisis de las entrevistas), realizó cinco grupos con 27 padres, donde se encontraron los siguientes resultados:

- Se identificaron influencias sociales, cognitivas y afectivas en la toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Se comprobó cómo las expectativas de los padres con respecto a las ventajas y desventajas de usar tratamiento farmacológico influyen en la toma de decisiones.
- Evidencia que avala como la respuesta afectiva de los padres influye en la toma de decisiones.
- Pudo verse la importancia que tiene el sentido de autoeficacia de los padres al criar un niño con TDAH y seguir las recomendaciones de su tratamiento.

- Existe un impacto al manejar a un niño con TDAH en la autoimagen de los padres.
- Influencia de normas sociales y presiones sociales en la toma de decisiones.

El estudio recién presentado, es de utilidad para unificar los hallazgos descritos, se confirma cómo es que la percepción y creencias se encuentran influenciados por los factores descritos anteriormente y estos a su vez, van a repercutir en la toma de decisiones que hagan los padres respecto al tratamiento de sus hijos.

ACTITUDES HACÍA TDAH

Solomon (2008), definió a las actitudes como una evaluación general perdurable de la gente, objetos, u otros temas. Es la predisposición a evaluar un objeto o producto de forma positiva o negativa, cada uno nosotros formamos actitudes hacia algún objeto de la actitud y esto con frecuencia determina como actuamos conforme a dicho objeto. Además, agrega que cualquier cosa hacia la que uno tenga una actitud, eso es el objeto de la actitud.

Taylor y Antshel (2019), examinó las variables asociadas con las actitudes de los padres que buscan tratamiento, las conductas de búsqueda de información y la relación entre estas actitudes y los comportamientos en 87 padres estadounidenses que no buscan tratamiento y cuyos hijos tenían síntomas elevados de TDAH. Los resultados mostraron que las actitudes hacia el tratamiento del TDAH se asocian con el conocimiento, ideas erróneas sobre el TDAH, el estigma y la satisfacción con los proveedores de servicios.

Los factores que propician la búsqueda y mantenimiento de tratamiento son el reconocimiento de los síntomas y la satisfacción con proveedores de servicios, los factores relacionados con actitudes positivas hacia el tratamiento son bajos niveles de estigma, experiencias positivas con proveedores de servicios y el conocimiento de los padres.

Las actitudes negativas hacia el TDAH y los tratamientos asociados son barreras para el acceso al tratamiento, la mala interpretación del TDAH se asoció con preocupación hacia el tratamiento, y el estigma se encuentra asociado con baja auto percepción y relaciones deficientes entre paciente y médico; por otro lado, los padres con una mayor autoeficacia pueden presentar mayor resistencia a los efectos negativos del estigma.

En otro estudio, Harpur, et al. (2008), investigó las actitudes respecto a los medicamentos utilizados para el tratamiento de niños diagnosticados con TDAH y sus padres, usando subescalas obtenidas de estudios cualitativos previos desarrollaron el instrumento *The Southampton ADHD Medication Behaviour and Attitudes Scale*, para medir la no adherencia. Se encontraron las siguientes categorías: costos percibidos de tomar medicamentos, flexibilidad, resistencia, beneficios percibidos de tomar medicamentos, estigma del niño, estigma de los padres e inconsistencia paterna.

En resumen, los factores que modifican las decisiones de los padres son: influencias externas, experiencias con el sistema médico, el sentido de autoeficacia de los padres, el estigma, el grado de conocimientos, la necesidad del uso del medicamento, el afecto y tener en mente otros tipos de tratamientos, la evaluación de costos y beneficios.

Todo esto ayuda a conformar las creencias de los padres, la toma de decisiones de los padres se da con base en las creencias que tienen sobre el tratamiento y el diagnóstico, por lo que consideramos a éstos como los factores determinantes en la toma de decisiones.

Continuando, Fishbein y Ajzen (1975), encontraron que al tener una creencia sobre cualquier aspecto discriminable del mundo estamos formando de manera simultánea una actitud hacia ese objeto, por tanto las creencias que tengan los padres acerca del TDAH van a conformar sus actitudes hacia a éste y finalmente se esperaría que al identificar sus actitudes se puedan predecir sus conductas de tratamiento, es por ello que optamos por el estudio de las actitudes, como se verá en el siguiente capítulo con más detalle.

CAPÍTULO TRES

ACTITUDES HACIA EL TRATAMIENTO DEL TDAH

¿QUÉ SON LAS ACTITUDES?

Morales, et al. (2007) encontró que las actitudes son relevantes para el estudio de la conducta social y explica sus funciones por medio de los siguientes puntos:

- Sirven para adquirir nuevos conocimientos, las personas reciben información del mundo con base a dimensiones evaluativas.
- Son indispensables al momento de buscar, procesar y responder a información tanto del entorno como de uno mismo.
- Guardan estrecha relación con nuestra conducta, influyen en la manera en que piensan y actúan las personas.
- Son un referente social, por medio de ellas las personas replican valores, normas y las preferencias que rigen los grupos a los que pertenecen.

En un metaanálisis Arnau y Montané (2010), encontraron que “las actitudes son predisposiciones para actuar de una determinada manera a partir de respuestas que podrían ser de carácter afectivo, cognitivo y conductual, siendo estos tres elementos, interrelacionados los que configuran la actitud”. Continuando, Morales, et al. (2007), señaló que las actitudes son evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas, que reciben la denominación de objetos de actitud.

Zanna y Rempel (1998 citado en Herzog, 2017), definen a éstas con base en tres puntos. 1) son una evaluación psicológica o juicio personal positivo o negativo respecto a un objeto, 2) son un conjunto de creencias que mantenemos en relación con algún objeto, 3) es posible proporcionarles un valor subjetivo a partir de una escala de valores. Fishbein y Ajzen (1975), señalaron que la actitud puede verse como una dimensión evaluativa con respecto a algún objeto, acción o evento, la cual representa el sentimiento general de agrado o desagrado de una persona hacia algún objeto del estímulo. Cada creencia vincula el objeto con algún atributo; la actitud de la persona hacia algún objeto es una función de sus evaluaciones de estos atributos (bueno, malo, peligroso, saludable, etc.).

Allport (1935, citado en Jain,2014) , encontró que una actitud no es pasiva, ejerce una influencia dinámica sobre el comportamiento. Una actitud es un estado de preparación, organizada a través de la experiencia, ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con las que está relacionada; es una tendencia a responder a algún objeto o situación.

Jain (2014), encontró que las actitudes se adquieren a través del aprendizaje a lo largo del tiempo y están influenciados por la personalidad y el grupo del individuo. A su vez, Ajzen y Fishbein (1997), encontraron que las actitudes se mantienen con respecto a algún aspecto del mundo del individuo y a la forma en que un sujeto reacciona a su entorno sería la actitud. Eagly y Chaiken (1993 citado en Jain 2014), concluyeron que cada individuo tiene algún tipo de actitud pero, al ser un fenómeno psicológico, las actitudes son atributos subjetivos y personales.

Por objeto de actitud, nos referimos a prácticamente cualquier cosa imaginable, objetos materiales, personas, situaciones o ideas. Pueden llegar a ser muy concretos, por ejemplo, acoso sexual a mujeres, un partido político, o pueden ser muy abstractos, como el amor, la igualdad o la justicia Morales (2007).

En conclusión, las actitudes son la manera en que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad, pueden ser positivas o negativas, dichos juicios están conformados por creencias, conocimientos previos o la experiencia y son la predisposición de un sujeto a actuar de determinada forma hacia el objeto de la actitud conforme al valor que se le ha atribuido, sin embargo, la conducta del sujeto puede verse influida por aspectos o normas sociales.

¿CÓMO SE FORMAN LAS ACTITUDES?

Fishbein y Ajzen (1975), identificaron los siguientes elementos:

- Formamos creencias descriptivas e inferenciales sobre los objetos del entorno, éstas representan toda la información que se tiene de los objetos, y son la base informativa para la actitud.
- Un sujeto tiene creencias previas sobre el objeto en cuestión.
- Experiencias futuras pueden llevar a la formación de nuevas creencias descriptivas e inferenciales sobre el objeto.
- En el momento en que se evalúan actitudes, el sujeto tendrá información considerable sobre el objeto de la actitud. Dado que esta información determinará su actitud, puede decirse que la formación de actitudes no se puede entender cuando se ignora su base informativa.
- Los efectos de las creencias dependen del contexto donde se presenten.
- Las actitudes están determinadas por la información de la persona sobre el objeto de estímulo.

Estos puntos sirven como referencia mostrándonos lo que hay que tener en cuenta al estudiar la formación de una actitud.

MODELOS DE ACTITUDES

TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA (TAR)

Rodríguez (2007), señaló que este modelo es uno de los más completos al estudiar la probabilidad de la intención hacia la conducta que relaciona la actitud con las creencias del individuo, es un predictor en el que puede estimarse la intención de la conducta directamente mediante una escala de probabilidad. Ortiz (2014), encontró que la teoría contempla al determinante personal (actitudes) y la influencia social (norma subjetiva). Este modelo considera la influencia que ejercen grupos de referencia o las presiones sociales en la decisión conductual.

Para entender la teoría, hay que explicar algunos de los conceptos que manejan Fishbein y Ajzen (1975; 1980 citado en Rodríguez, 2007) ya que fueron los autores de la teoría y serán explicados a continuación:

- Creencia normativa: la influencia de individuos o grupos específicos, el grupo piensa que debería o no realizarse la conducta que el sujeto está evaluando.
- Creencias conductuales: dirigen la conducta y pertenecen a los individuos.
- Norma subjetiva: personas o grupos que son cercanos o de gran importancia para el sujeto.

La norma subjetiva y la creencia normativa pueden ejercer la presión para ejecutar o no una conducta independientemente de la intención del sujeto de llevar o no una acción. Esta es una teoría general de la conducta humana que trata la relación entre creencias, actitudes, intenciones y comportamiento.

La intención, la voluntad y el razonamiento son quienes guían generalmente la mayoría de las acciones de los individuos Fishbein y Ajzen (1975). Estos autores parten de la idea de que los seres humanos son esencialmente racionales y esta cualidad les permite hacer uso de la información disponible para realizar una acción Fishbein y Ajzen (1975). Fishbein y Ajzen (1980 citado en Rodríguez, 2007), encontraron que la intención de una persona para llevar a cabo o no una conducta es el determinante inmediato de una acción. De esta forma la teoría se relaciona con la predicción y el entendimiento de los factores que llevan a formar y cambiar las intenciones conductuales. Respecto a la intención, Fishbein y Ajzen (1975), concluyeron que se da en función de dos determinantes básicos. Una evaluación personal (actitud hacia la conducta), y, una evaluación social (norma subjetiva).

El estudio de las actitudes por medio de la Teoría de Acción Razonada nos sirve para comprender y explicar la relación que existe entre lo que los padres piensan, lo que ven o escuchan en su entorno y sus experiencias, todos estos factores son los que conforman las actitudes de los padres y estas a su vez tienen una estrecha relación en la toma de decisiones de los padres, ya que nos encontramos con tasas de incumplimiento al tratamiento de entre 20-65%, conocer y trabajar con las actitudes de los padres de hijos con TDAH es una forma de aumentar el apego al tratamiento como veremos a continuación.

MEDICIÓN DE LA CONDUCTA POR MEDIO DE ACTITUDES

Ya que es de nuestro interés implementar la TAR para medir las actitudes de los padres, es importante investigar la información proporcionada por Fishbein y Ajzen (1980 citado en Rodríguez, 2007), ellos encontraron los siguientes puntos para la medición conductual:

1. Objeto respecto a donde está dirigida.
2. Contexto o lugar en el cual se realiza.
3. Tiempo en el que ocurre.

Continuando, Solomon (2008), describió una serie de puntos a tomar en cuenta si nuestro objetivo es medir actitudes por medio de la TAR.

- El modelo se desarrolló para manejar una conducta real.
- Algunos resultados están más allá del control de las personas: no pueden medirse actitudes de situaciones en las que los sujetos no se sienten capaces de controlar.
- El comportamiento es intencional: una actitud puede modificarse ya sea por eventos adversos, adquirir nuevos conocimientos, etc.
- Es importante adecuar el nivel de especificidad entre la actitud y la intención conductual: a menudo las medidas de las actitudes no corresponden con el comportamiento que se supone deben predecir.
- Entre más largo sea el tiempo entre la medición de la actitud y la conducta que se evalúa, más débil será la relación.
- Las actitudes que se forman por experiencia directa y personal con un objeto de la actitud son más fuertes y predicen mejor el comportamiento que aquellas que se forman indirectamente.

FORMACIÓN DE CREENCIAS

Es necesario definir qué son las creencias, dado que son el elemento principal para la formación de actitudes. Fishbein y Ajzen (1975), definieron a las creencias como la unión entre dos aspectos determinados del mundo de un individuo, esto tiene el propósito de comprender al mundo, y de darle una explicación. Además, plantearon tres tipos de creencias:

1. Creencias descriptivas: se obtienen de la observación directa de un objeto dado por el individuo.
2. Creencias inferenciales: son resultado de la interacción que mantiene el individuo, otorgando atributos el objeto de la actitud (inteligencia, estado de ánimo, etc.), la persona puede recurrir a relaciones aprendidas previamente (los medicamentos son para gente enferma) o recurrir al pensamiento lógico. Tienen su origen en las creencias descriptivas realizadas con antelación y se basan en relaciones probabilísticas (prejuicios y razonamiento lógico).
3. Creencias informativas: adquisición de creencias por medio de la información obtenida por otros acerca de un objeto (medios de comunicación, opiniones de terceros, etc.).

Se puede decir que la actitud de una persona hacia un objeto está relacionada a la fuerza de sus creencias que unen el objeto a varios atributos, multiplicados por sus evaluaciones de esos atributos. Ballester y Asensio (2001), encontraron que la conducta humana se puede predecir atendiendo a factores psicológicos y sociales, los factores psicológicos son vistos como afectivos (emociones) y cognitivos (creencias), o factores sociales (normas sociales). Por lo que concluyen que todos estos elementos en conjunto influyen en facilitar o inhibir la manifestación de una conducta (Ballester y Asensio, 2001).

Basándose en la explicación recién proporcionada, se analizarán cada uno de estos componentes en relación con el TDAH.

TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA Y TDAH

FACTORES COGNITIVOS

Johnston (2005), encontró que las creencias de los padres predicen sus opciones de tratamiento, los padres cuyos hijos estaban actualmente medicados tenían fuertes creencias en la medicación, y al examinar las relaciones entre las creencias, actitudes y experiencias con diferentes tratamientos para el TDAH destacaron las siguientes categorías (Johnston et al. 2005):

- Creencias en el tratamiento no farmacológico: escuela para padres, establecimiento de reglas y consecuencias claras.
- Creencias en la medicación: “la medicación es un tratamiento seguro”, “no dudaría en medicar a mi hijo si un médico me lo recomienda”.
- Creencias en otros tipos de tratamientos: “las dietas especiales a menudo son útiles para tratar el TDAH”, “la terapia de vitaminas es útil para tratar el TDAH”.

Formación de creencias: los padres tienden a buscar información en internet, generando así una de tres tipos de creencias. 1) el trastorno es de origen neurológico y genético 2) el TDAH se debe a errores cometidos durante la crianza culpándose, 3) es una enfermedad inventada. Rodríguez y Parales (2017), lo que hace necesario tener en cuenta la información y tipo de datos que los padres manejan, ya que en estos basan sus creencias, si están más expuestos a información que niegue o descalifique al trastorno, es más probable que los padres no crean en éste o que no acepten el diagnóstico.

Por otro lado, estos autores son muy claros al puntualizar que los padres no son simples receptores, también buscan activamente información, con la intención de confirmar sus creencias Rodríguez y Parales (2017).

A continuación, se mostrarán las principales creencias de los padres encontradas en la literatura consultada.

- Los padres tienden a diferenciar entre enfermedades físicas y trastornos mentales, justificando el uso de medicamentos solo en las primeras, mientras que en los trastornos mentales se rechaza la medicación Rodríguez y Parales (2017).
- Los padres creen que el medicamento volverá zombis a sus hijos, además de sentirse preocupados porque sus hijos serán estigmatizados a causa del mismo Ahmed, et al. (2013).
- Los padres tienen la creencia de que la medicación puede ser una respuesta excesiva al problema, especialmente en población infantil, ya que perciben a ésta como altamente vulnerable, prefiriendo así cualquier otra opción de tratamiento Leslie (2007).
- Se cree que el medicamento, es adictivo, debilita los procesos cognitivos, es inadecuado para los problemas de conducta; también que tiene el potencial de conducir a los niños al abuso de drogas (situación que se agrava cuando los padres conocen o conviven con consumidores de drogas). En otras palabras, los efectos secundarios que los padres creen como reales son los que causan el rechazo a la medicación Ahmed, et al. (2013b), Leslie (2007).
- Los padres creen que otros enfoques como el manejo del comportamiento es un tratamiento más aceptable que el farmacológico y por ello este debe probarse en primera instancia Johnston, et al. (2005).

Otro elemento de importancia es la experiencia. Pudo encontrarse que los padres son susceptibles a cambiar sus creencias una vez que han experimentado por cuenta propia los efectos del medicamento. En la mayoría de los casos se encontró

que los padres una vez que les dieron el medicamento a sus hijos, creían que mejoraba la calidad de vida de éstos Ghosh, et al (2016).

FACTORES AFECTIVOS

Se refiere a situaciones donde las emociones o sentimientos de los padres hacia sus hijos, tienden a repercutir en el tratamiento o influenciado en sus decisiones.

A continuación, se mostrarán los principales hallazgos encontrados en la revisión bibliográfica.

- En la mayoría de los casos, los padres se sienten culpables, ya sea por la condición de sus hijos o por los síntomas relacionados con la enfermedad. Los padres pueden creer que el comportamiento de sus hijos es resultado de una falta de disciplina por parte de ellos (Coletti, et al. 2012, Ahmed, et al. 2013, Rodríguez y Parales 2007, Leslie 2007).
- Los padres se encuentran emocional agotados debido a sus responsabilidades de crianza al tener un niño con TDAH (Ahmed, et al. 2013, Coletti, et al. 2012).
- Los padres afirman no haber sido capaces de establecer reglas o límites claros en del proceso de educación de sus hijos, lo que los hace sentir incapaces de asumir adecuadamente su función paterna Rodríguez y Parales (2007).
- Los padres tienen sentimientos negativos hacia los medicamentos para el TDAH, por la cobertura negativa de los medios de comunicación Ahmed, et al. (2013).

Monzón, et al. (2016), entrevistaron a un psiquiatra quien refiere que en general los padres llegan con bastantes dudas al inicio del tratamiento, a pesar de tratarlas, éstos continúan acudiendo a consulta con elevados niveles de angustia y sentimientos de culpabilidad en muchos casos. Pensando en su falta de conocimientos, fracaso o incapacidad en el cuidado de sus hijos.

Coletti, et al. (2012), encontraron que la excitación emocional causada por la preocupación de sus hijos contrasta con los temores hacia los medicamentos. Esto distorsiona la información objetiva; un padre extrapoló los informes del riesgo suicida de los medicamentos antidepresivos a los riesgos del tratamiento para el TDAH, por lo que temía que el medicamento pudiera poner a su hijo en riesgo de autolesionarse.

Al revisar lo investigado por Rodríguez y Parales (2017), Ahmed, et al. (2013), se concluye que los padres tienden a identificar características positivas que les hacen considerar que sus hijos pueden reivindicarse o justificarse, por tanto, los padres no ven la conducta de su hijo como una enfermedad, y aunque los hijos se comporten mal, a menudo intentan justificar estas conductas. Esto puede deberse a que los padres llegan a sentirse abrumados con el diagnóstico, de modo que justifican sus comportamientos, con la finalidad de mantener la identidad “no enferma” de su hijo, llegando a utilizar frases como “los niños son niños”.

CAPÍTULO CUATRO

MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tratamiento farmacológico y el psicológico, tal como lo describen las guías clínicas son la mejor forma de atender este trastorno, por lo que la mejor alternativa es la búsqueda de métodos que permitan tener un mejor apego a estos tratamientos. Se confirma que hay una elevada prevalencia de niños que no continúan con el tratamiento farmacológico, este trabajo propone mejorar el apego mediante el conocimiento de las actitudes de los padres, ya que están directamente relacionados al tratamiento; a pesar de esto, sigue haciendo falta más investigación sobre la importancia e implicación que tienen los padres en el proceso terapéutico, ya que la información que habla de esto en el país es muy escasa.

Cabe aclarar que existen pocos estudios que vinculen directamente actitudes y TDAH en padres, y menos en México, por lo que se hace necesario incrementar el cuerpo de conocimientos. En concreto, durante la búsqueda de información no pudieron encontrarse instrumentos que vinculen las actitudes de los padres hacia el tratamiento farmacológico y diagnóstico para el TDAH, por lo que se considera a este trabajo como la primera propuesta de un instrumento que incluya ambas características.

En el país pudieron encontrarse pocos instrumentos, y de estos, en su mayoría no miden actitudes de manera adecuada, terminan midiendo otras características como grado de conocimientos, de los instrumentos empleados en otros países, pudieron encontrarse dos tipos de estudios, los que miden actitudes y TDAH por medio de un instrumento diseñado; y los que estudian las relaciones entre actitudes de los padres y TDAH, pero lo realizan adaptando otros instrumentos o escalas que

no fueron diseñados específicamente con este propósito. Lo que deja en claro la necesidad de tener un instrumento específico para estudiar las actitudes de los padres hacia el diagnóstico y el tratamiento farmacológico para el Trastorno por Déficit Atención e Hiperactividad.

JUSTIFICACIÓN

La atención, tratamiento y apego en niños están estrechamente relacionados con los padres, que los niños reciban o no el tratamiento depende casi en su totalidad de ellos, por estos motivos se considera a este trabajo de utilidad, el diseño de esta herramienta de evaluación tiene como objetivo mejorar el apego al tratamiento en niños con TDAH en las instituciones donde se aplique, esto es de interés ya que en la actualidad la proporción de niños que dejan el tratamiento a medias es mayor que quienes lo continúan.

Es importante generar herramientas que permitan al personal médico atender de la mejor manera posible las necesidades de padres y cuidadores, este instrumento tiene la utilidad de servir como un predictor de la conducta de los padres hacia el tratamiento y el diagnóstico, al emplearlo el personal médico podría determinar si es necesario hacer algún tipo de intervención extra (ej. psicoeducación sobre el medicamento) para la necesidad específica del cuidador y con esto mejorar tanto el proceso de tratamiento como el apego al mismo.

Se ha subrayado que un mejor entendimiento de las creencias y conocimientos de los padres de niños con TDAH ayudará a mejorar los mecanismos de comunicación, atención y colaboración entre los elementos participantes en el tratamiento de éste y reducirá el tiempo entre la identificación y su inicio, por lo que este estudio servirá para mejorar estas circunstancias al conocer sus actitudes.

El propósito de este instrumento es que sea utilizado en instancias de salud mental como tamizaje para que los profesionales puedan dirigir sus intervenciones basándose en las necesidades de atención de cada paciente, aplicando un instrumento de rápida aplicación y evaluación.

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un instrumento que evalúe las actitudes hacia el diagnóstico y tratamiento farmacológico en padres con hijos diagnosticados con TDAH.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar una revisión bibliográfica para identificar factores relacionados a las actitudes sobre el tratamiento farmacológico de padres de niños con TDAH.
- Definir dimensiones de las actitudes hacia el tratamiento farmacológico, a través de la revisión bibliográfica y de las reportadas por especialistas y padres de niños con TDAH.
- Construcción de ítems a través de la información obtenida en los pasos anteriores, teniendo en cuenta los datos recabados durante la construcción de ítems y sobre cómo se estructuran para medir actitudes.
- Realizar un piloteo de los ítems en padres que asisten a consulta en el CECOSAM Iztapalapa
- Análisis psicométricos del instrumento.

VARIABLES

Actitudes

- Definición conceptual: Arnau y Montané, (2010) definen a estas como predisposiciones para actuar de una determinada manera a partir de respuestas que podrían ser de carácter afectivo, cognitivo y conductual, siendo estos tres elementos, interrelacionados, los que configuran la actitud.
- Definición operacional: serán medidas con base en las respuestas obtenidas con el instrumento, éstas serán agrupadas acorde a la dimensión que mide (actitudes hacia el diagnóstico, actitudes hacia el tratamiento).

Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel máximo de estudios, ¿usted o su pareja fueron diagnosticados con TDAH en algún momento de su vida?, edad del niño, tiempo de diagnóstico del niño.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: padres de hijos con diagnóstico de TDAH.

Muestra: para el piloteo del instrumento, se realizó un muestreo aleatorio constituido por padres que asisten al Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) Iztapalapa, y se presentaron con algún hijo con diagnóstico de TDAH o que estuviera recibiendo tratamiento para el mismo.

Criterios de inclusión:

- 1) Un padre o tutor legal: debe ser el principal responsable en los cuidados del niño, sin importar sexo, edad o nivel socioeconómico.
- 2) Tener al menos un hijo diagnosticado con TDAH, cuyo diagnóstico provenga de un psiquiatra, psicólogo o profesional de salud certificado o con especialidad en atención de niños.

- 3) Que acepte a participar en la investigación firmando el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Algún padre o tutor legal que se encuentre bajo una condición intelectual o del desarrollo que le impida responder al instrumento de manera objetiva, dicha condición deber ser evidente y bajo el criterio del aplicador.

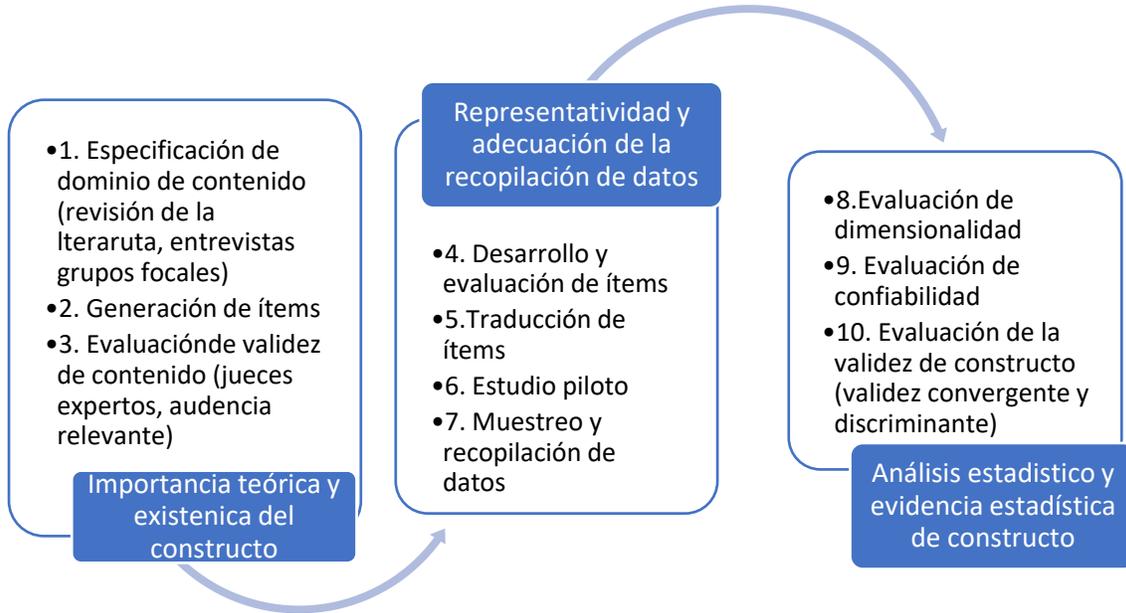
TIPOS Y DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación de corte transversal de tipo instrumental, tiene como función principal desarrollar y pilotear el instrumento propuesto, así como caracterizar los datos obtenidos dentro de la investigación, pues solo se describirán las actitudes adquiridas con respecto al tratamiento y el diagnóstico de TDAH.

PROCEDIMIENTO

Se utilizó como base el procedimiento de diez pasos para el desarrollo de escalas de Slavec, et al. (2012), se consideró este modelo, porque los autores estudiaron y analizaron previamente otros procedimientos y procesos de construcción de instrumentos para desarrollar uno que contenga todo lo aprendido por ellos. Estos autores dividen los diez pasos agrupándolos en tres fases: 1) importancia teórica y existencia del constructo, 2) representatividad y adecuación de la recolección de datos, 3) análisis y evidencia estadísticos del constructo.

Tabla 5. Muestra de los diez pasos (y sus fases) para el desarrollo de escalas de Slavec, et al. (2012).



Listado de cada uno de los pasos del modelo propuesto por Slavec, et al. (2012), cada uno de los pasos (enumerados de 1 a 10) forma parte de su respectiva fase (los cuadros en azul).

Fase 1. Importancia teórica y existencia del constructo.

1. Especificación del dominio de contenido: definir que se va a medir, de qué se trata el nuevo constructo, lo que debe incluir y lo que debe excluir. Evaluar los límites del instrumento y explicar en qué se diferencia de otros.

Se hizo la revisión bibliográfica, Se estudiaron los tratamientos existentes y se eligió al tratamiento farmacológico, se investigaron las causas y variables que influyen en la toma de decisiones, para luego estudiar las actitudes de los padres hacia el diagnóstico y el tratamiento farmacológico.

2. Generación del grupo de elementos: escribir los ítems, el investigador genera una gran cantidad de elementos para su inclusión en la escala. Se puede generar una lista inicial de elementos a partir de la revisión bibliográfica, estudiando otras escalas y crear elementos con base en entrevistas o grupos focales.

Se realizó una lista de posibles reactivos. Partiendo de la información consultada, se encontraron los factores que fueron usados; se revisaron otras escalas e instrumentos, retomando los ítems de relevancia. Para complementar y regionalizar la información, se realizaron entrevistas a seis Paidopsiquiatras pertenecientes a los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP).

Se hicieron grupos focales (entrevista semiestructurada) con padres que cumplieron los requisitos de inclusión, las preguntas tomaron de referencia la información obtenida hasta ese momento, fue audio-grabada, transcrita y se analizó su contenido por medio del método llamado análisis de contenido. Por último, se retomó toda la información y se generó la lista de posibles ítems.

3. Evaluación de validación de contenido: el grado en que los elementos del constructo son relevantes y representativos del mismo. Se deben incluir expertos que se encarguen de darle validez al instrumento por medio de formatos de respuesta, y revisando los comentarios de los jueces dirigidos a la representatividad, claridad y redacción de los ítems.

Se elaboró un formato con el que nuestros expertos calificaron cada uno de los ítems, (ver Anexo I), se contó con la participación de paidopsiquiatras, psiquiatras y psicólogos especializados en la atención de niños. Cabe mencionar que se les dio el criterio de expertos debido a su experiencia profesional (más de un año), cada uno de ellos ha atendido, diagnosticado y tratado tanto a niños con TDAH como a sus familiares.

Los expertos revisaron y calificaron cada uno de los ítems propuestos, se evaluaron las respuestas y comentarios, con lo que se hicieron los ajustes necesarios.

Fase 2. Representatividad y adecuación de la recopilación de datos.

4. Desarrollo y evaluación del cuestionario: estudio piloto, el instrumento debe aplicarse con una muestra equiparable a la muestra estudio.

Se diseñó el instrumento piloto (ver Anexo III), mismo que consistió en dos etapas, la primera para recopilar datos generales de los padres, y la segunda que incluye los ítems.

5. Estudio Piloto: esto se realiza con una muestra de la población objetivo aproximadamente entre 30-50 sujetos. Este estudio tiene dos propósitos, un investigador prueba el cuestionario con el fin de identificar posibles problemas, además de obtener un pre resultado de la confiabilidad del instrumento, permitiendo examinar sus límites y comparar sus resultados con los de otras escalas.

Se hizo la prueba piloto con 50 sujetos que cubrieron los criterios de inclusión y exclusión, se tomó nota para realizar ajustes y de las opiniones o sugerencias que tuvieron los sujetos.

Fase 3. Análisis estadístico y evidencia estadística del constructo.

6. Evaluación de la dimensionalidad: correlación entre ítems, la homogeneidad indica si los ítems de la escala evalúan un solo factor. Una medida que se considera unidimensional tiene una sola faceta o dimensión, lo que significa que sus elementos subyacen en un solo factor, mientras que una medida multidimensional tiene múltiples facetas o dimensiones y sus elementos aprovechan más de un factor. La unidimensionalidad de una escala puede

evaluarse mediante correlaciones que deben estar en el rango de 0.15 y 0.50 y agruparse estrechamente alrededor del valor medio.

Se calificó de manera individual cada uno de los instrumentos, se calificaron y contaron las respuestas de cada sujeto, agrupando y comparando los resultados; se evaluaron las semejanzas de las respuestas, se realizó una correlación de Pearson y un Alpha de Cronbach. Los datos fueron registrados en el programa Microsoft Excel 2016 y los datos se transfirieron al software estadístico STATA versión 14 donde se hicieron los análisis estadísticos.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Se realizó una escala tipo Likert por su sencilla aplicación y evaluación. Consiste en una serie de afirmaciones relacionadas con el objeto de actitud, se pide a la persona expresar su grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones. Morales, et al. (2007), proponen las siguientes puntuaciones: totalmente de acuerdo (+2), de acuerdo (+1), neutro (0), en desacuerdo (-1) y totalmente en desacuerdo (-2), los resultados se evalúan y la puntuación final refleja la actitud del sujeto, a continuación, se muestra un ejemplo proporcionado por los mismos autores.

Tabla 5. Ejemplo de un ítem de una Escala de Likert para medir actitudes hacia las plantas de energía nuclear Morales, et al. (2007).

| Creo que las plantas de energía nuclear son uno de los grandes peligros de las sociedades industriales. | Respuesta |
|---|-----------|
| +2 Completamente de acuerdo | |
| +1 De acuerdo | |
| 0 neutro | |
| -1 En desacuerdo | |
| -2 Totalmente en desacuerdo | |

CAPÍTULO CINCO

RESULTADOS

Fase 1. Importancia teórica y existencia del constructo.

1) Especificación del dominio de contenido: se realizó la búsqueda de la literatura, se analizó dicha información y con ello se hizo una lista de dimensiones que permitió establecer las categorías utilizadas, que se verán a continuación.

A. Categorías reportadas en la revisión bibliográfica.

| Autor (es) | Categorías |
|-----------------------|---|
| Ahmed, et al. (2013) | <ol style="list-style-type: none">1. Confrontar el diagnóstico.2. Influencias externas.3. Aprehensión sobre el tratamiento farmacológico.4. Experiencia con el sistema sanitario |
| Harpur (2008) | <ol style="list-style-type: none">1. Costos percibidos de tomar medicamentos.2. Flexibilidad.3. Resistencia.4. Beneficios percibidos de tomar medicamentos.5. Estigma del niño.6. Estigma de los padres.7. Inconsistencia paterna. |
| Johnston (2005) | <ol style="list-style-type: none">1. Creencias en el tratamiento no farmacológico.2. Creencias en la medicación.3. Creencias en otros tipos de tratamientos (dieta, vitaminas. |
| Leslie, et al. (2007) | <ol style="list-style-type: none">1. Dar una explicación biomédica al tratamiento del TDAH.2. Influencia de redes externas.3. Necesidad del uso del medicamento.4. Insuficiencia de otro tipo de tratamientos no farmacológicos.5. Interacciones continuas y positivas con el sistema médico. |

| Autor (es) | Categorías |
|------------------------|--|
| Taylor (2019) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento. 2. Ideas erróneas sobre el TDAH. 3. Susceptibilidad al estigma. 4. Satisfacción con los proveedores de servicios. |
| Coletti, et al. (2012) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Expectativas respecto a las ventajas y desventajas de usar tratamiento farmacológico. 2. Respuestas emocionales de los padres. 3. Sentido de autoeficacia al criar un niño con TDAH y seguir las recomendaciones de su tratamiento. 4. Impacto de manejar a un niño con TDAH en la autoimagen (de los padres). 5. normas sociales y presiones sociales. |
| Ghosh, et al. (2016) | <ol style="list-style-type: none"> 1. TDAH es visto como un impedimento para lograr el éxito. 2. El diagnóstico es visto como un alivio. 3. La responsabilidad de ser normal y encajar con las expectativas de la sociedad. |
| DosReis (2008) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lo que escucharon de familiares y amigos sobre los efectos adversos de los medicamentos y el impacto que tienen las redes sociales en la definición del problema 2. La evaluación del tratamiento. 3. Uso del servicio. |

B. Categorías identificadas.

Para sintetizar la información, se analizaron las dimensiones conservando solo las necesarias, como se verá a continuación:

| Autor (es) | Categorías consideradas |
|---|--------------------------------|
| DosReis (2008) Ahmed, et al. (2013) Leslie (2007) Coletti et al., (2012) Ghosh, et al. (2016) | Influencias externas. |

| Autor (es) | Categorías consideradas |
|---|---|
| Ahmed, et al. (2013) Leslie (2007) Taylor (2019) | Experiencias con el sistema médico. |
| Ahmed, et al. (2013) Coletti et al., (2012) Harpur (2008) | Costos y Beneficios percibidos de usar tratamiento farmacológico. |
| Harpur (2008) | Estigma. |

A continuación, se definirán las categorías elegidas:

- **Influencias externas:**

Los padres necesitan del entorno social, convivir con otros es fundamental para la conformación de creencias. Las actitudes de los padres se encuentran determinadas por experiencias en el hogar, escuela, centros de salud, instituciones religiosas y culturales.

- **Experiencias con el sistema médico:**

Las opiniones de los profesionales influyen directamente en la decisión de los padres sobre proporcionar o no el medicamento, además las experiencias que tienen los padres son de utilidad durante el proceso terapéutico, buenas experiencias propician el apego y malas experiencias propician dejar la atención.

- **Costos y beneficios percibidos de usar el tratamiento farmacológico:**

El factor económico, creencias, miedo a los efectos secundarios a corto y largo plazo, otras comorbilidades, tiempo de traslado, el grado de disfunción.

- **Estigma:**

Medios de información (internet, televisión, revistas, etc.) desmeritan y culpan a los padres por hacer uso del medicamento, además de poner en duda al trastorno y su tratamiento. En general se tiene una alta estigma a la salud mental, la psiquiatría y

sus tratamientos, por lo que los padres tienden a evitarlos; existe una marcada estigma al TDAH es común que los padres se vean abrumados por comentarios de terceros en contra del diagnóstico y del medicamento.

2) Generación del grupo de elementos.

A. Identificación de reactivos de otras escalas.

Se buscaron instrumentos y escalas que midan (1. actitudes hacia el tratamiento farmacológico y 2. actitudes hacia el diagnóstico), se encontraron algunos instrumentos (Palacios et al. 2011), Ferrin et al. 2012), Vázquez 2018, Muñoz(2012), Berger et al. 2008, Harpur et al. 2008, Bekle 2004). También se identificaron en otros instrumentos referentes para la elaboración de escalas, (Vázquez 2018; Muñoz 2012; Berger et al. 2008).

Se identificó un referente teórico para la creación de ítems Ferrin et al. (2012), además se encontraron un par de instrumentos bien definidos que miden actitudes, uno enfocado en conocimientos y actitudes en profesores, y otro dirigido a las actitudes de los padres con respecto al medicamento para el TDAH (Harpur 2008 y Bekle 2004). De estos instrumentos se recopilaron los siguientes ítems.

| AUTOR | ÍTEMS CONTEMPLADOS |
|----------------------|--|
| (Bekle 2004) | El TDAH puede ser causado por malas prácticas de crianza. |
| | Los niños con TDAH nacen con vulnerabilidades biológicas hacia la falta de atención y el escaso autocontrol. |
| | El TDAH es un trastorno médico que solo se puede tratar con medicamentos. |
| | Si se prescribe medicación, las intervenciones educativas son innecesarias. |
| | Los niños con TDAH tienen un alto riesgo de convertirse en delincuentes cuando son adolescentes. |
| | El TDAH resulta de una vida familiar caótica y disfuncional. |
| (Harpur et al. 2008) | Otros niños se burlan de mi hijo porque toma pastillas para el TDAH |
| | Las pastillas para el TDAH impiden que mi hijo haga lo que quiere hacer. |
| | Estoy seguro de que las píldoras para el TDAH son adecuadas para mi hijo. |

| AUTOR | ÍTEMS CONTEMPLADOS |
|-------|---|
| | Me preocupa que otros niños molesten a mi hijo porque toma pastillas para el TDAH. |
| | El hecho de que mi hijo tome pastillas para el TDAH a veces me hace preguntarme si soy un buen padre. |
| | Las pastillas para el TDAH le quitan la personalidad a mi hijo. |
| | A veces me preocupa que darles píldoras para el TDAH a los niños no es correcto. |
| | Las pastillas para el TDAH hacen que mi hijo se “aturda” o “espacie” |
| | Las pastillas para el TDAH me ayudan a controlar el comportamiento de mi hijo. |
| | Para mí es importante que las píldoras para el TDAH me ayuden a controlar a mi hijo. |
| | Otros niños no quieren ser amigos de mi hijo porque toma pastillas para el TDAH. |
| | Me preocupa que la gente piense que soy un mal padre porque mi hijo toma pastillas para el TDAH. |
| | Estoy preocupado por los efectos negativos que las píldoras para el TDAH tienen en mi hijo. |
| | Mi hijo siente que tomar píldoras para el TDAH lo diferencia de otros niños. |
| | Las pastillas para el TDAH ayudan a mi hijo a mejorar en la escuela. |
| | Las píldoras ayudan a mi hijo a llevarse mejor con su familia. |
| | Es importante para mí que las píldoras para el TDAH ayuden a mi hijo a seguir adelante en la vida. |
| | Otros niños piensan que mi hijo está loco porque toma píldoras para el TDAH. |
| | Las píldoras para el TDAH tienen un efecto negativo en mi hijo. |
| | Me sentiría avergonzado si la gente sabe que mi hijo toma pastillas para el TDAH. |
| | Las píldoras ayudan a mi hijo de lleve mejor con sus amigos. |

B. Entrevistas a especialistas

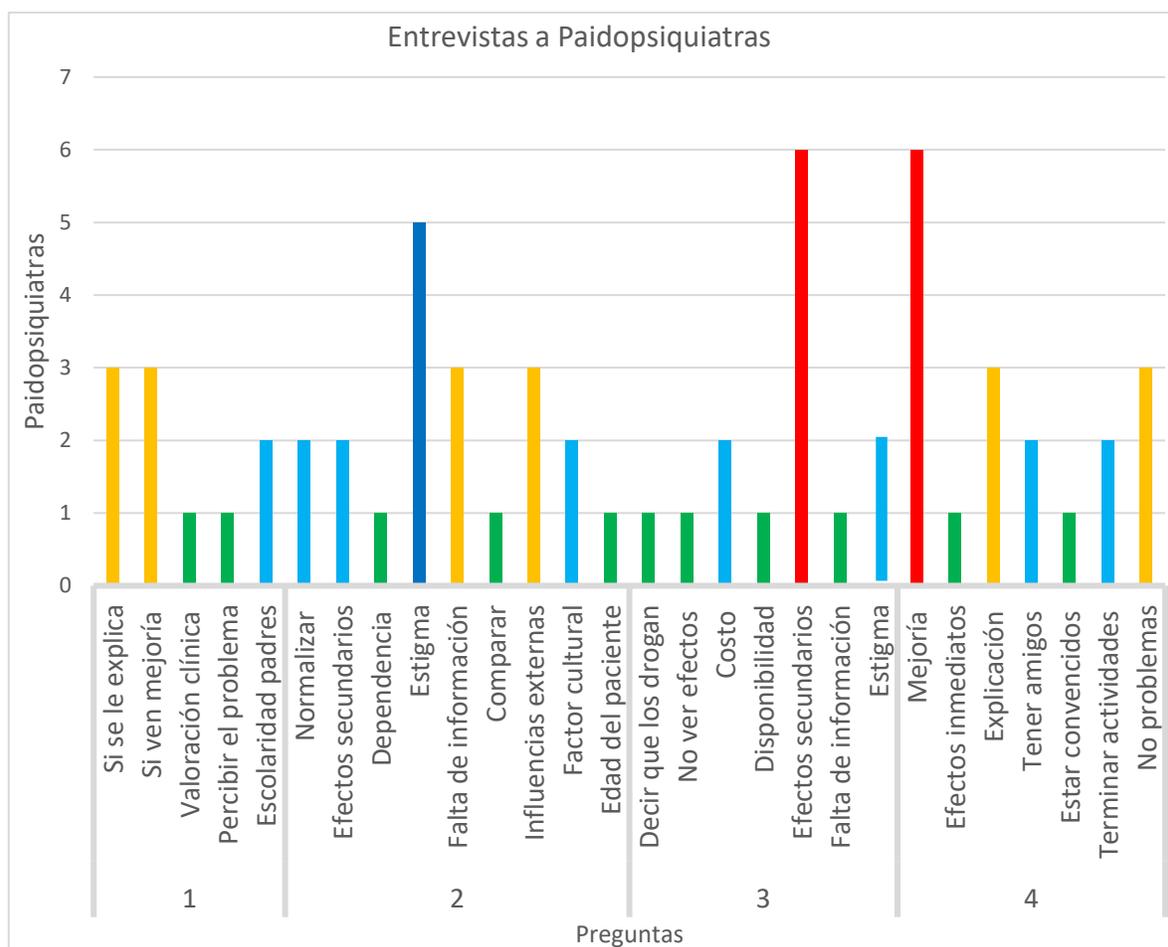
se realizaron seis entrevistas semiestructuradas a seis psiquiatras con la intención de adecuar la información e ítems a nuestro contexto. A continuación, se muestran los resultados de dichas entrevistas:

| Pregunta | Respuesta |
|--|--|
| 1. ¿Cuáles consideraría que son los factores que más influyen en la aceptación del diagnóstico de TDAH por parte de los padres? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Si se les explica en que consiste el diagnóstico, que es TDAH. 2. Si ven mejoría con las intervenciones. 3. Si es que se les dio información adecuada y tienen conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento. 4. Recibir una valoración clínica adecuada. 5. Los padres perciban el problema. 6. Escolaridad de los padres. |
| 2. ¿Cuáles consideraría que son los factores que más influyen en la no aceptación del diagnóstico de TDAH por parte de los padres? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Normalizar su comportamiento, que piensen que no tienen ninguna enfermedad. 2. El temor a los efectos secundarios 3. Temor a la dependencia del medicamento. 4. Estigma. 5. Comparar el comportamiento de los hijos con el de los padres “a su edad yo era así”, esto puede contribuir a que no acepten el diagnóstico. 6. Falta de información. 7. Influencia de maestros u otros profesionales, que no crean en el diagnóstico. 8. Factor cultural. 9. Edad del paciente. |
| 3. ¿Cuáles consideraría que son los factores que más influyen en la no aceptación del tratamiento farmacológico de TDAH por parte de los padres? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Que digan que los drogan. 2. Que vean o no los efectos del fármaco. 3. El costo elevado de los fármacos. 4. Que no siempre están disponibles los medicamentos (son poco accesibles). 5. Efectos adversos como no dormir, no comer, no crecer, dolores de cabeza. 6. Falta de información. 7. Estigma |

| Pregunta | Respuesta |
|---|--|
| 4. ¿Cuáles consideraría que son los factores que más influyen en la aceptación del tratamiento farmacológico de TDAH por parte de los padres? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Si ven mejoría en su conducta, en la escuela, y en sus actividades diarias. 2. Tienen amigos. 3. Que se convenzan del diagnóstico. 4. Ya termina actividades. 5. Si los padres no tienen más problemas (tareas, casa, relacionarse). 6. Efectos del medicamento son inmediatos. 7. Si se les brinda una buena explicación acerca del medicamento. |

Una vez concluida la recolección de datos se continuó con el análisis de la información, por lo que se propuso implementar una gráfica con la finalidad de representar las respuestas de cada sujeto, además de poder buscar tendencias y así poder determinar aquellas consideraciones que serían de utilidad para la construcción del instrumento (Gráfica 1).

Grafica 1. Frecuencia de las respuestas reportadas por paidopsiquiatras en la entrevista realizada.



Las respuestas de las preguntas realizadas a seis paidopsiquiatras como se mostraron en la tabla anterior. En la parte inferior de la gráfica pueden apreciarse las respuestas dadas por cada uno de los paidos, éstas se encuentran ordenadas por el número de pregunta al cual se refieren, mientras que en la parte de la izquierda se hace referencia a la cantidad de paidopsiquiatras así es posible tener una idea clara sobre los tópicos en que las respuestas coinciden en cada pregunta realizada.

Los resultados mostraron que los factores de mayor importancia para que los padres acepten el tratamiento según los psiquiatras son, si se les explica de manera adecuada el trastorno y si ven mejoría en sus niños, si no ven problemas en sus hijos mientras durante la medicación. Los factores que más influyen en no aceptar el tratamiento son, el estigma, la falta de información y las influencias externas.

Ya que el instrumento está dirigido a padres es importante ver como se ajusta la información obtenida a la población objetivo, se realizó un grupo focal con padres.

C. Grupos focales con Padres

El grupo focal estuvo compuesto por dos padres, dos madres y una abuela quien es el tutor legal. La duración de la entrevista fue de 1:35:28 (ver anexo electrónico). La entrevista tuvo lugar en el CECOSAM Iztapalapa donde los participantes llevan a consulta sus hijos con diagnóstico de TDAH y reciben tratamiento farmacológico.

Los objetivos principales fueron la contextualización de la información encontrada y conocer las experiencias de los padres, ya que no podemos estudiar las actitudes sin conocer lo que los padres piensan y sienten en relación al TDAH y el medicamento, el tener un hijo con este trastorno, sus experiencias con el sistema médico, etc.

Los temas vistos durante la entrevista fueron: 1) evidenciar el trastorno 2) diagnóstico 3) confrontar el diagnóstico 4) proceso terapéutico 5) relaciones sociales 6) tratamiento farmacológico.

A continuación, se mostrarán los puntos más relevantes de la entrevista una vez realizado el análisis, se usó la técnica de análisis de contenido, transcribiendo la entrevista y analizando el contenido de la misma.

1. Evidenciar el trastorno: los padres describieron situaciones de su vida en las que comenzaron a notar problemas en sus hijos.

Como lo indica la literatura, los padres notaron diferencias en el comportamiento de sus hijos o se encontraron con dificultades al momento de la crianza, pero no lo consideraron un problema hasta la edad escolar. Los padres refieren que llegaron a comparar a sus hijos con sus pares y a cuestionarse el porqué de las diferencias,

pero sin considerarlo un problema, hasta el momento en que sus hijos se vieron envueltos en problemas. Este tipo de situaciones orilla a los padres a considerar que hay algo malo con sus hijos, ya sea que lo vean por cuenta propia o porque se los recalquen, esto nos permite considerar este punto como el comienzo de todo el proceso.

2. Diagnóstico: Se explora la historia de diagnóstico de los padres

Al igual que la información consultada dos padres fueron notificados en la escuela, una madre recibió el diagnóstico de TDAH por un psicólogo privado, un padre recibió de parte de un médico general, y una madre se vio en la necesidad de buscar atención médica y después psiquiátrica debido a una serie de problemáticas que tuvo con su hijo.

3. Confrontar el diagnóstico: los padres describieron todo el proceso llevado a cabo para aceptar o no el diagnóstico de sus hijos.

Lo primero que hicieron los padres en todos los casos fue buscar en internet, después de que se les dio el diagnóstico a sus hijos, al igual que en la información consultada, sin embargo, los padres acuden a consulta con mucho estigma. El estigma es una de las principales barreras por las que los padres suelen estar en contra del diagnóstico y/o del tratamiento, los padres mostraron un remarcado estigma hacia la psiquiatría, el TDAH y el medicamento.

Una madre expresó que consideraba que su hija no tenía TDAH, más bien su comportamiento se debía a que por ser la más pequeña se le consintió y sobreprotegió de más. Por tanto, era una niña sin límites y no con TDAH. Otra refirió que en ocasiones si cree en el diagnóstico y en otras no, debido a que al recibir el diagnóstico pensó que su hijo tendría “cierta limitante”, situación que no le deja

aceptar del todo el trastorno, en general los padres refirieron que en un inicio se encontraban inconformes cuando se les dijo que sus hijos tenían TDAH.

Una madre expresó su inconformidad con la palabra “trastorno”, otra al ser referida de la escuela al hospital psiquiátrico infantil mencionó su temor a la palabra “psiquiátrico”, una madre refirió que ella tomaba ansiolíticos y que no le causaban ningún efecto, por lo que no le veía el caso a medicar a su hijo ya que para ella no servía el medicamento psiquiátrico.

Todas estas circunstancias hacen que los padres tengan constantemente sentimientos de angustia y de culpa. Refieren que por momentos pueden lidiar con la condición de sus hijos y en ocasiones les vienen preguntas del tipo ¿Por qué? ¿Qué hice yo? También hay que tener en cuenta las influencias externas, una madre hizo énfasis en su poca seguridad para aceptar el diagnóstico de su hija, por un lado, en la escuela le dicen que no creen que tenga TDAH, por otro lado, un psicólogo privado le dijo que tampoco creía que su hija tuviese TDAH, por lo que le cuesta trabajo aceptar el diagnóstico.

Lo anterior nos sirve para comprender que si bien los padres llevan a sus hijos a consulta como se les sugiere, también es cierto que llegan a consulta presentando un fuerte estigma hacia el medicamento y el diagnóstico, además de tener fuertes sentimientos de culpa y angustia, y si a todo esto le sumamos las experiencias negativas en las que se ven envueltos es claro notar porque en la mayoría de los casos los padres se muestren en contra de toda clase de proceso terapéutico.

Por otro lado, es importante contemplar el efecto que tienen las influencias positivas. Los padres refieren haber recibido apoyo de parte los trabajadores sociales, psicólogos, etc., mismos que les proporcionaron pláticas, videos, folletos, consejos e información para que comprendieran el trastorno, la importancia del medicamento farmacológico y las intervenciones psicosociales, etc. Todo esto ayudo a los padres

a modificar sus impresiones acerca del tratamiento y del diagnóstico y que se decidieran a seguir el tratamiento en sus hijos.

4. Proceso terapéutico: los padres hablaron sobre todas sus experiencias una vez que ingresaron a la clínica de salud mental, y en consulta.

Los padres perciben cambios positivos en sus hijos, cambios en la escuela, en casa, y en su conducta, por lo que consideran que es viable el tratamiento. Por otro lado, una madre refirió que en la clínica tuvo una mala experiencia con una de las psicólogas que le atendió “fue bastante grosera conmigo”, lo que puede verse como una barrera.

5. Relaciones sociales: Los padres describen como han sido sus interacciones y las de sus hijos con terceros antes y después de haber recibido el diagnóstico.

En general los padres mencionaron los inconvenientes en los que se vieron inmiscuidos por el comportamiento de sus hijos., una madre fue expulsada de la iglesia a la que asistía por la conducta de su hijo, otro padre mencionó los problemas de su hijo por la forma en que interacciona con sus compañeros, todos tuvieron inconvenientes con los profesores, ya sea por falta de atención o por su comportamiento.

El estigma es un factor importante, una madre mencionó que ella sintió miedo de lo que pudieran decir o pensar sus familiares acerca del TDAH de su hija por lo que optó por ocultar el tema hasta pasados seis meses. Los padres se encontraron en situaciones en las que se les criticó y culpó por la conducta de sus hijos, una madre refirió que se ha encontrado con gente que le dice comentarios del tipo “soy una mamá blandengue”, “es así porque no he sabido darle sus buenas nalgadas”, “ese niño es así porque no he sabido educarle”.

6. Tratamiento farmacológico: se describen las opiniones de los padres con respecto al medicamento.

En general los padres se encontraron en desacuerdo con el medicamento en un inicio, dos revelaron suspender el tratamiento en algún punto de todo el proceso. Esta situación está relacionada con las creencias de los padres, una madre refiere tener miedo respecto al medicamento, refiriendo que “si lo necesita, le va a sanar, pero si no lo necesita, le va a afectar”, este miedo está relacionado con su negativa a aceptar el diagnóstico de su hija constantemente se pregunta acerca del medicamento “¿se lo doy? ¿no se lo doy”. Un padre habló sobre su constante preocupación hacia el posible efecto adictivo del medicamento, una madre refirió le da miedo pensar “hay tengo un hijo loco, no, yo no voy a decir que tengo un hijo loco”.

Los padres hablaron de costos y beneficios percibidos del medicamento. Como beneficios, los padres percibieron cambios positivos en sus hijos una vez que les dieron el medicamento, confirmando la efectividad de éste, una madre refiere que el medicamento fue su salvación ya que por primera vez consiguió que su hijo le tomara la mano para cruzar la calle.

Como costos refirieron lo difícil que resulta en ocasiones tanto conseguir el medicamento como las existencias de éste, además de los costos que tenían estos y el traslado que tenían que hacer al momento de conseguirlos.

Se puede decir que tal como se vio en la literatura, la toma de decisiones de los padres se ve afectada principalmente, por las creencias que ellos tengan, sin embargo, estas creencias se ven afectadas por otras variables como el estigma, influencias externas tanto positivas como negativas, y los costos y beneficios percibidos hacía el medicamento.

D. Categorías propuestas.

Se definieron las siguientes categorías tomando en cuenta tanto la información obtenida en la búsqueda bibliográfica, y de los datos obtenidos en las entrevistas desarrolladas.

A continuación, se muestran las categorías junto con sus definiciones:

| Categorías para usar |
|--|
| Creencias positivas hacia el diagnóstico de TDAH. |
| Creencias negativas hacia el diagnóstico de TDAH. |
| Creencias positivas al tratamiento farmacológico de TDAH. |
| Creencias negativas al tratamiento farmacológico de TDAH. |
| Influencias externas positivas hacia el tratamiento farmacológico o diagnóstico. |
| Influencias externas negativas hacia el tratamiento farmacológico o diagnóstico. |
| Estigma del TDAH. |
| Costos percibidos de usar tratamiento farmacológico. |
| Beneficios percibidos de usar tratamiento farmacológico. |

1. Creencias positivas hacia el diagnóstico de TDAH: cualquier idea, percepción, conocimiento o atributo positivo que los padres tengan acerca del diagnóstico de TDAH.
2. Creencias negativas hacia el diagnóstico de TDAH: cualquier idea, percepción, conocimiento o atributo negativo que los padres tengan acerca del diagnóstico de TDAH.
3. Creencias positivas al tratamiento farmacológico de TDAH: cualquier idea, percepción, conocimiento o atributo positivo que los padres tengan acerca del tratamiento farmacológico para el TDAH.

4. Creencias negativas al tratamiento farmacológico de TDAH: cualquier idea, percepción, conocimiento o atributo negativo que los padres tengan acerca del tratamiento farmacológico para el TDAH.
5. Influencias externas positivas hacia el tratamiento del TDAH: comentarios, opiniones, y/o peticiones ajenas al propio individuo que puedan alentar las decisiones que tengan los padres o tutores hacia la decisión sobre administrar el tratamiento farmacológico en sus hijos.
6. Influencias externas negativas hacia el tratamiento farmacológico o diagnóstico: comentarios, opiniones, y/o peticiones ajenas al propio individuo que puedan alentar las decisiones que tengan los padres o tutores hacia la decisión sobre no administrar el tratamiento farmacológico en sus hijos.
7. Estigma del TDAH: refleja el estereotipo desacreditador que deriva de asociaciones falsamente asumidas hacia al padre o al hijo que se encuentra bajo tratamiento de TDAH.
8. Costos percibidos de usar el tratamiento farmacológico: las consideraciones negativas que tengan padres y/o tutores para no administrar el medicamento como pueden ser efectos secundarios del mismo, costos, disponibilidad y dosis u horarios de aplicación.
9. Beneficios de usar el tratamiento farmacológico: la percepción que tengan los padres y/o tutores en respecto a que el medicamento resultará beneficioso en relación con aspectos sociales, conductuales, y el rendimiento académico a su hijo.

E. Redacción de reactivos.

Con las categorías ya establecidas y definidas, se propuso una lista de posibles reactivos, teniendo en cuenta lo aprendido en la revisión bibliográfica, la revisión de otros instrumentos y las entrevistas realizadas tanto a especialistas como a los padres.

Como la literatura propone que para medir adecuadamente una actitud basta con cinco reactivos, se propuso un total de diez reactivos por categoría (a excepción de creencias negativas hacia el tratamiento farmacológico que tuvo once) llegando a un total de 91 reactivos que serán sometidos a revisión en el siguiente paso.

3) Evaluación de validación de contenido.

A. Validación por expertos.

Para la validación por expertos, se elaboró un formato de evaluación en el que éstos pudiesen calificar cada uno de los ítems (ver anexo 1), se les consideró expertos debido a que en su práctica profesional han trabajado y atendido con niños con TDAH, entre los que se encontraban psiquiatras, psicólogos con especialidad en la atención de niños.

Se procedió a la calificación de cada uno de los formatos, colocando toda la información en una base de datos y por medio de sumatorias por categoría, se eliminaron aquellos que recibieron las puntuaciones más bajas y se mantuvieron aquellos con las puntuaciones más elevadas, mismos que se cotejaron tomando en cuenta los parámetros ya establecidos (claridad, complejidad, representatividad de la categoría), las observaciones de expertos y nuestras consideraciones.

A continuación, se presenta una serie de tablas donde vienen los ítems propuestos por categoría, además de las calificaciones dadas por los expertos y sugerencias, donde también se muestran los cambios realizados a los ítems.

1. Creencias positivas al diagnóstico de TDAH Resultado de las evaluaciones por expertos

| Ítems propuestos | Calif. | Comentarios | Cam-bios | Aprob. O elim. |
|---|--------|--|----------|----------------|
| 1. El TDAH es como cualquier enfermedad que requiere un tratamiento adecuado. | 10 | Es un trastorno | NO | Aprob. |
| 2. Que mi hijo(a) tenga TDAH no significa que no pueda tener un buen futuro. | 3 | Hay una doble negación | NO | Elim. |
| 3. La vida de mi hijo(a) será más fácil si recibe el apoyo adecuado. | 6 | Cambiar por mejorar la calidad de vida | NO | Aprob. |
| 4. El tener TDAH no significa que mi hijo(a) tenga una discapacidad o retraso mental. | 5 | Ninguno | NO | Elim. |
| 5. Mi hijo(a) con TDAH tiene las mismas capacidades y oportunidades que un niño sin TDAH. | 3 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 6. Si le doy el apoyo necesario, mi hijo(a) con TDAH puede alcanzar sus metas y tener un buen desempeño en cualquier cosa que él(ella) se proponga. | 7 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 7. No soy culpable por el TDAH de mi hijo(a). | 3 | ¿Genéticamente? ¿Crianza? | NO | Elim. |
| 8. El que mi hijo(a) tenga TDAH no tendría que dificultar mi papel de padre(madre). | 2 | Confuso/ si lo dificulta | NO | Elim. |
| 9. El TDAH es una enfermedad que con el tratamiento adecuado le permitiría tener un buen desempeño. | 6 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 10. El tener TDAH no es lo peor que le pueda pasar a mi hijo(a). | 2 | Ninguno | NO | Elim. |

2. Creencias negativas al diagnóstico de TDAH Resultado de las evaluaciones por expertos

| Ítems propuestos | Calif. | Comentarios | Cam-bios | Aprob. O elim. |
|---|--------|--|----------|----------------|
| 1. El TDAH puede ser causado por una mala crianza de los padres. | 6 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 2. Un(a) niño(a) con TDAH tiene mayor riesgo de convertirse en delincuente. | 4 | Ninguno | NO | Elim. |
| 3. Un(a) niño(a) desarrolla TDAH por vivir en una familia caótica y disfuncional. | 5 | ¿creencia acerca de la familia o del TDAH? | NO | Elim. |
| 4. El TDAH es una enfermedad inventada, creada por las farmacéuticas. | 7 | Ninguno | NO | Aprob. |

| | | | | |
|---|---------------|----------------------------|-----------------|-----------------------|
| 5. El TDAH significa que mi hijo(a) tiene una enfermedad mental grave. | 5 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 6. Si el TDAH no se cura, no tiene caso que atienda a mi hijo(a). | 6 | Ninguno | NO | Elim. |
| 7. El TDAH no existe, solo hace falta disciplina. | 7 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 8. No acepto la idea de que mi hijo(a) tenga TDAH. Yo era igual a su edad. | 6 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 9. No le pueden diagnosticar a mi hijo(a) en un solo día una enfermedad que no tenía. | 4 | Ninguno | NO | Elim. |
| 10. Yo críe a mi hijo(a), y no había tenido ningún problema, y de repente me dicen que tiene TDAH. No lo creo. | 1 | Ninguno | NO | Elim. |
| 3. Creencias positivas al tratamiento farmacológico de TDAH Resultado de las evaluaciones por expertos | | | | |
| Ítems propuestos | Calif. | Comentarios | Cam-bios | Aprob. O elim. |
| 1. El TDAH es una enfermedad que, con el tratamiento adecuado, puede permitir a mi hijo(a) tener una buena calidad de vida. | 9 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 2. Creo que el medicamento para TDAH ayudará a mi hijo(a). | 8 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 3. Creo que el medicamento es necesario para que mi hijo(a) le vaya mejor en la escuela. | 6 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 4. Si los médicos me recomiendan el tratamiento farmacológico, significa que este es bueno para mi hijo(a). | 2 | Ninguno | NO | Elim. |
| 5. Estoy dispuesto a darle a mi hijo(a) el medicamento para el TDAH. | 9 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 6. Es importante para mí que el medicamento para TDAH le ayude a irle mejor en la vida. | 5 | Mejorar su calidad de vida | NO | Elim. |
| 7. Para mí es importante que mi hijo(a) tenga un buen desarrollo, por eso le daré el medicamento. | 3 | Ninguno | NO | Elim. |
| 8. Si se recomienda el tratamiento farmacológico para el TDAH, debe significar que es lo más adecuado para mi hijo(a). | 5 | Ninguno | NO | Elim. |
| 9. Si mi hijo(a) necesita el medicamento, no veo por qué negárselo. | 6 | Ninguno | NO | Elim. |

| | | | | |
|---|---|---------|----|--------|
| 10. Creo que el medicamento para el TDAH es la mejor alternativa para mi hijo(a). | 4 | Ninguno | NO | Aprob. |
|---|---|---------|----|--------|

4. Creencias negativas al tratamiento farmacológico TDAH Resultado de las evaluaciones por expertos

| Ítems propuestos | Calif. | Comentarios | Cambios | Aprob. O elim. |
|--|--------|-----------------------------------|--|----------------|
| 1. El TDAH es una enfermedad que no requiere medicación. | 6 | No todo TDAH requiere medicamento | No | Elim. |
| 2. Usaré el medicamento para el TDAH como último recurso, después de probar otras opciones. | 7 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 3. El medicamento hará que mi hijo(a) pierda su personalidad. | 5 | Ninguno | Se cambio "pierda su personalidad" por deje de ser el (ella) mismo (a) | Aprob. |
| 4. El medicamento para el TDAH impedirá que mi hijo(a) haga lo que le gusta hacer. | 2 | Ninguno | NO | Elim. |
| 5. El hecho de que mi hijo(a) tome medicamento para el TDAH hace que me cuestione si soy un buen padre(madre). | 4 | Ninguno | NO | Elim. |
| 6. El medicamento tendrá a mi hijo(a) ido o atarantado. | 7 | Cambiar "atarantado" | Se cambio "ido o atarantado" por confuso o aturdido | Aprob. |
| 7. Darle medicamento para TDAH a mi hijo(a) no está bien. | 1 | Ninguno | NO | Elim. |
| 8. Me preocupan los efectos secundarios del medicamento para TDAH. | 10 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 9. Si le doy el medicamento para TDAH a mi hijo(a), terminará siendo un drogadicto. | 7 | Cambiar "drogadicto" | Se cambio el ítem por el medicamento para TDAH generará dependencia o adicción a mi hijo (a) | Aprob. |

| | | | | |
|--|---|---------|----|-------|
| 10. Si le doy el medicamento para TDAH a mi hijo(a), este terminara siendo un zombi. | 0 | Ninguno | NO | Elim. |
| 11. Puedo suspender el medicamento para el TDAH los fines de semana y días festivos. | 3 | Ninguno | NO | Elim. |

5. Costos percibidos del tratamiento farmacológico Resultado de las evaluaciones por expertos

| Ítems propuestos | Calif. | Comentarios | Cambios | Aprob. O elim. |
|--|--------|--|--------------------------------------|----------------|
| 1. El medicamento para TDAH es muy caro y no voy a poder comprarlo. | 9 | Explorar lo que saben del medicamento | NO | Aprob. |
| 2. Es muy complicado conseguir el medicamento para el TDAH. | 6 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 3. No seré capaz de administrar bien el medicamento a mi hijo(a). | 1 | Ninguno | NO | Elim. |
| 4. Olvidaré los días, horarios y dosis del medicamento para el TDAH. | 5 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 5. Va a ser muy cansado tener que ir a la clínica por más medicamento. | 4 | Ninguno | NO | Elim. |
| 6. Los efectos secundarios del medicamento tendrán más peso que sus beneficios. | 7 | Ninguno | "tendrán más peso" por serán mayores | Aprob. |
| 7. Darle el medicamento a mi hijo(a) alterará mi rutina diaria. | 3 | Ninguno | NO | Elim. |
| 8. No solo tengo que gastar en el medicamento, también en el traslado, además de otros gastos que se den en el camino. | 6 | Me parece que no tienen relación directa | NO | Elim. |
| 9. Es un fastidio tener que ir a consulta para atender la enfermedad de mi hijo(a). | 3 | Ninguno | NO | Elim. |
| 10. Es difícil faltar al trabajo para ir a consulta de mi hijo(a). | 9 | Ninguno | NO | Aprob. |

6. Beneficios percibidos de usar el tratamiento farmacológico Resultado de las evaluaciones por expertos

| Ítems propuestos | Calif. | Comentarios | Cambios | Aprob. O elim. |
|--|--------|-------------|---------|----------------|
| 1. El medicamento ayudará a mi hijo(a) a concentrarse mejor en la escuela. | 11 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 2. El tratamiento para TDAH me ayudará a la crianza de mi hijo(a). | 6 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 3. Las pastillas para el TDAH ayudarán a mi hijo(a) a estar mejor con la familia. | 5 | Ninguno | NO | Elim. |
| 4. El tratamiento para TDAH resultará beneficioso para mi hijo(a). | 8 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 5. El medicamento ayudará a mi hijo(a) a desarrollarse mejor en todas las áreas de su vida. | 5 | Ninguno | NO | Elim. |
| 6. El medicamento servirá para que mi hijo(a) reciba menos llamadas de atención de los profesores. | 5 | Ninguno | NO | Elim. |
| 7. El medicamento servirá para que mi hijo(a) conviva mejor con sus compañeros y demás familiares. | 7 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 8. El tratamiento le permitirá poner más atención y concentrarse mejor en la casa y la escuela. | 7 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 9. El tratamiento le hará más fácil sacar buenas calificaciones en la escuela. | 4 | Ninguno | NO | Elim. |
| 10. La convivencia familiar mejorará al darle el tratamiento para el TDAH. | 5 | Ninguno | NO | Elim. |

7. Estigma del TDAH Resultado de las evaluaciones por expertos

| Ítems propuestos | Calif. | Comentarios | Cambios | Aprob. O elim. |
|---|--------|-------------|---------|----------------|
| 1. Otros niños creerán que mi hijo(a) está loco si toma medicamento para el TDAH. | 8 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 2. Me preocupa que molesten a mi hijo(a) porque tome medicamento para el TDAH. | 4 | Ninguno | NO | Elim. |

| | | | | |
|---|----|---------|----|--------|
| 3. Otros niños no van a querer ser amigos de mi hijo(a) porque toma medicamentos para TDAH. | 3 | Ninguno | NO | Elim. |
| 4. Otras personas pensarán que soy un mal padre/madre por darle medicamento para TDAH a mi hijo(a). | 5 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 5. La gente me va a juzgar por darle a mi hijo(a) el medicamento para el TDAH. | 3 | Ninguno | NO | Elim. |
| 6. La gente va a tratar diferente a mi hijo(a) si se enteran de que tiene TDAH. | 9 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 7. Voy a ser objeto de críticas y comentarios negativos si llevo a mi hijo(a) al psiquiatra. | 8 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 8. Los profesores van a tratar diferente a mi hijo(a) por tener TDAH. | 10 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 9. Algunos familiares se van a alejar de nosotros por tener un hijo(a) con TDAH. | 3 | Ninguno | NO | Elim. |
| 10. Un niño con TDAH siempre tendrá problemas académicos. | 4 | Ninguno | NO | Elim. |

8. Influencias externas positivas hacia el tratamiento de TDAH Resultado de las evaluaciones por expertos

| Ítems propuestos | Calif. | Comentarios | Cambios | Aprob. O elim. |
|--|--------|-------------|---------|----------------|
| 1. En la escuela me dicen que es bueno que lleve a mi hijo(a) a que reciba el tratamiento para el TDAH. | 10 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 2. Mi familia apoya la idea de que lleve a mi hijo(a) a consulta con los psiquiatras. | 6 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 3. Los profesores apoyan la idea de que mi hijo(a) reciba tratamiento para TDAH. | 7 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 4. Quien se encarga conmigo de la crianza de mi hijo(a) está de acuerdo con mis decisiones sobre su tratamiento. | 5 | Ninguno | NO | Elim. |
| 5. Soy consciente de que los psiquiatras, médicos y todos los profesionales de salud que atienden a mi hijo(a), tienen la intención de apoyarme, resolverán mis dudas y me apoyarán. | 6 | Ninguno | NO | Aprob. |

| | | | | |
|--|---|---------|----|--------|
| 6. Creo que el personal que atiende a mi hijo(a) está capacitado para tratar el TDAH. | 6 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 7. A mi hijo(a) le gusta ir a consulta para tratar el TDAH. | 3 | Ninguno | NO | Elim. |
| 8. Quién atiende a mi hijo por su TDAH me inspira confianza. | 7 | Ninguno | NO | Elim. |
| 9. Tengo todas las facilidades para dar continuidad al tratamiento de mi hijo(a). | 2 | Ninguno | NO | Elim. |
| 10. Trato de buscar información confiable en internet sobre la enfermedad de mi hijo(a). | 5 | Ninguno | NO | Elim. |

9. Influencias externas negativas hacia el tratamiento de TDAH Resultado de las evaluaciones por expertos

| Ítems propuestos | Calif. | Comentarios | Cam-bios | Aprob. O elim. |
|--|--------|-------------|----------|----------------|
| 1. Mi familia dice que mi hijo(a) no necesita el medicamento, que solo hace falta reglas y límites claros en casa. | 8 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 2. Mi hijo(a) piensa que al tomar medicamento para TDAH va a ser diferente de los demás niños. | 7 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 3. Me he enterado que psiquiatras, médicos y demás profesionales que atienden a niños con TDAH solo buscan ganar dinero. | 2 | Ninguno | NO | Elim. |
| 4. Los profesores dicen que mi hijo(a) no tiene TDAH, que solo es falta de límites y reglas. | 7 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 5. En la escuela me dicen que no creen que mi hijo(a) tiene TDAH, dudan del diagnóstico. | 4 | Ninguno | NO | Elim. |
| 6. Los abuelos de mi hijo(a) creen que el TDAH no existe, que solo lo consiento mucho. | 6 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 7. Mis amigos no creen que mi hijo(a) tenga TDAH, piensan que solo es por edad que se comporta así. | 4 | Ninguno | NO | Elim. |

| | | | | |
|--|---|---------|----|--------|
| 8. En internet dicen que los niños con TDAH se vuelven delincuentes. | 4 | Ninguno | NO | Elim. |
| 9. Mis amigos o conocidos me han dicho que el TDAH no existe. | 5 | Ninguno | NO | Aprob. |
| 10. He leído que el TDAH lo diagnostican sin suficientes pruebas. | 4 | Ninguno | NO | Elim. |

Se muestran los ítems propuestos por categoría (numerados a la izquierda), la calificación que se muestra es la sumatoria de las veces que se puntuó ese ítem, enseguida vienen los comentarios que se hicieron con cada uno, también se muestra si se modificó o no el ítem y finalmente si fueron incluidos o no para la realización del instrumento.

A continuación, se muestran los resultados de la calificación de todos los ítems.

| Ítems propuestos | Categoría que mide |
|--|--|
| 1. Si le doy el apoyo necesario, mi hijo (a) con TDAH puede alcanzar sus metas y tener un buen desempeño en cualquier cosa que él (ella) se proponga | Creencias positivas al diagnóstico de TDAH |
| 2. El TDAH es una enfermedad que con el tratamiento adecuado le permitiría tener un buen desempeño | Creencias positivas al diagnóstico de TDAH |
| 3. La vida de mi hijo(a) será más fácil si recibe el apoyo adecuado | Creencias positivas al diagnóstico de TDAH |
| 4. Voy a ser objeto de críticas y comentarios negativos si llevo a mi hijo (a) con el psiquiatra | Estigma del TDAH |
| 5. Otros niños creerán que mi hijo (a) está loco si toma medicamento para el TDAH | Estigma del TDAH |
| 6. No acepto la idea de que mi hijo(a) tenga TDAH | Creencias negativas al diagnóstico de TDAH |
| 7. El TDAH es una enfermedad inventada, creada por las farmacéuticas | Creencias negativas al diagnóstico de TDAH |
| 8. Mi hijo(a) con TDAH tiene las mismas capacidades y oportunidades que un niño sin TDAH | Creencias positivas al diagnóstico de TDAH |
| 9. La gente va a tratar diferente a mi hijo (a) si se enteran de que tiene TDAH | Estigma del TDAH |
| 10. Los profesores van a tratar diferente a mi hijo (a) por tener el TDAH | Estigma del TDAH |
| 11. El TDAH no existe, solo hace falta disciplina | Creencias negativas al diagnóstico de TDAH |
| 12. Otras personas pensarán que soy un mal padre/madre por darle medicamento para TDAH a mi hijo (a) | Estigma del TDAH |
| 13. El TDAH es como cualquier enfermedad que requiere un tratamiento adecuado | Creencias positivas al diagnóstico de TDAH |
| 14. El TDAH puede ser causado por una mala crianza de los padres | Creencias negativas al diagnóstico de TDAH |

| Ítems propuestos | Categoría que mide |
|---|--|
| 15. El TDAH significa que mi hijo (a) tiene una enfermedad mental grave | Creencias negativas al diagnóstico de TDAH |
| 16. Me preocupan los efectos secundarios del medicamento para TDAH | Creencias negativas al tratamiento farmacológico |
| 17. El tratamiento para TDAH resultará beneficioso para mi hijo (a) | Beneficios percibidos de usar el tratamiento farmacológico |
| 18. Creo que el medicamento para el TDAH es la mejor alternativa para mi hijo (a) | Creencias positivas al tratamiento farmacológico |
| 19. Los efectos secundarios del medicamento para TDAH serán mayores que sus beneficios | Costos percibidos de usar el tratamiento farmacológico |
| 20. El medicamento hará que mi hijo (a) deje de ser él (ella) mismo (a) | Creencias negativas al tratamiento farmacológico |
| 21. El medicamento servirá para que mi hijo (a) conviva mejor con sus compañeros y demás familiares | Beneficios percibidos de usar el tratamiento farmacológico |
| 22. Es muy complicado conseguir el medicamento para el TDAH | Costos percibidos de usar el tratamiento farmacológico |
| 23. El medicamento para TDAH es muy caro y no voy a poder comprarlo | Costos percibidos de usar el tratamiento farmacológico |
| 24. Creo que el medicamento para el TDAH ayudará a mi hijo (a) | Creencias positivas al tratamiento farmacológico |
| 25. El medicamento para TDAH generará dependencia o adicción a mi hijo (a) | Creencias negativas al tratamiento farmacológico |
| 26. Estoy dispuesto a darle a mi hijo (a) el medicamento para el TDAH | Creencias positivas al tratamiento farmacológico |
| 27. Con el tratamiento adecuado, mi hijo (a) con TDAH puede tener una buena calidad de vida | Creencias positivas al tratamiento farmacológico |

| Ítems propuestos | Categoría que mide |
|---|---|
| 28. El medicamento ayudará a mi hijo (a) a concentrarse mejor en la escuela | Beneficios percibidos de usar el tratamiento farmacológico |
| 29. Creo que el medicamento es necesario para que mi hijo (a) le vaya mejor en la escuela | Creencias positivas al tratamiento farmacológico |
| 30. El tratamiento para TDAH me ayudará a la crianza de mi hijo (a) | Beneficios percibidos de usar el tratamiento farmacológico |
| 31. Olvidaré los días, horarios y dosis del medicamento | Costos percibidos de usar el tratamiento farmacológico |
| 32. El tratamiento le permitirá poner más atención y concentrarse mejor en la casa y en la escuela | Beneficios percibidos de usar el tratamiento farmacológico |
| 33. Es difícil faltar al trabajo para ir a la consulta de mi hijo (a) | Costos percibidos de usar el tratamiento farmacológico |
| 34. El medicamento tendrá a mi hijo (a) confuso o aturdido | Creencias negativas al tratamiento farmacológico |
| 35. Usaré el medicamento para el TDAH como último recurso, después de probar otras opciones | Creencias negativas al tratamiento farmacológico |
| 36. Los profesores apoyan la idea de que mi hijo (a) reciba tratamiento para TDAH | Influencias externas positivas hacia el tratamiento de TDAH |
| 37. Los abuelos de mi hijo (a) creen que el TDAH no existe, que solo lo consiento mucho | Influencias externas negativas hacia el tratamiento de TDAH |
| 38. Mi familia apoya la idea de que lleve a mi hijo (a) a consulta con los psiquiatras | Influencias externas positivas hacia el tratamiento de TDAH |
| 39. Mi familia dice que mi hijo (a) no necesita el medicamento, que solo hace falta reglas y límites claros en casa | Influencias externas negativas hacia el tratamiento de TDAH |

| Ítems propuestos | Categoría que mide |
|--|---|
| 40. Mis amigos o conocidos me han dicho que el TDAH no existe | Influencias externas negativas hacia el tratamiento de TDAH |
| 41. Creo que el personal que atiende a mi hijo (a) está capacitado para tratar el TDAH | Influencias externas positivas hacia el tratamiento de TDAH |
| 42. Los profesores dicen que mi hijo (a) no tiene TDAH, que solo es falta de límites y reglas | Influencias externas negativas hacia el tratamiento de TDAH |
| 43. Mi hijo (a) piensa que al tomar medicamento para TDAH va a ser diferente de los demás niños | Influencias externas negativas hacia el tratamiento de TDAH |
| 44. Soy consciente de que los psiquiatras, médicos y todos los profesionales de salud que atienden a mi hijo (a), tienen la intención de apoyarme y resolverán mis dudas | Influencias externas positivas hacia el tratamiento de TDAH |
| 45. En la escuela me dicen que es bueno que lleve a mi hijo (a) a consulta con los psiquiatras | Influencias externas positivas hacia el tratamiento de TDAH |

Fase 2. Representatividad y adecuación de la recopilación de datos.

4) Desarrollo y evaluación del cuestionario.

El instrumento está diseñado de tal forma que puedan evaluarse las actitudes del sujeto acorde a los siguientes campos. 1) actitudes hacia el diagnóstico de TDAH, 2) actitudes hacia el tratamiento farmacológico de TDAH y 3) influencias externas del sujeto, cada uno de estos campos se encuentra determinado por categorías que nos permiten evaluar de manera precisa los determinantes de la conducta de los participantes.

A continuación, se mostrarán los campos con sus respectivas categorías.

| Campo | Categorías | Definición |
|--|---|--|
| Actitudes hacia el diagnóstico de TDAH | Creencias positivas hacia el diagnóstico de TDAH | Cualquier idea, percepción, conocimiento o atributo positivo que se tenga respecto al diagnóstico de TDAH |
| | Creencias negativas hacia el diagnóstico de TDAH | Cualquier idea, percepción, conocimiento o atributo negativo que se tenga respecto al diagnóstico de TDAH |
| | Estigma del TDAH | Refleja el estereotipo desacreditador que deriva de asociaciones falsamente asumidas hacia el padre o al hijo con TDAH |
| Actitudes hacia el tratamiento farmacológico para TDAH | Creencias positivas al tratamiento farmacológico | Cualquier idea, percepción, conocimiento o atributo positivo que se tenga respecto al tratamiento farmacológico para TDAH |
| | Creencias negativas al tratamiento farmacológico | Cualquier idea, percepción, conocimiento o atributo negativo que se tenga respecto al tratamiento farmacológico para TDAH |
| | Costos percibidos de usar el tratamiento farmacológico | Las consideraciones negativas que tengan los padres para no administrar el medicamento, como pueden ser efectos secundarios, costos, disponibilidad, dosis u horarios de aplicación. |
| | Beneficios percibidos de usar el tratamiento farmacológico | La percepción que tengan los padres respecto a que el medicamento resultará beneficioso en relación a aspectos sociales, conductuales y en el rendimiento académico de su hijo (a) |
| Influencias externas | Influencias externas positivas hacia el tratamiento de TDAH | Comentarios, opiniones, y/o peticiones ajenas al propio individuo que pueden alentar las decisiones que tengan los padres o tutores hacia la decisión sobre administrar el tratamiento farmacológico en sus hijos |
| | Influencias externas negativas hacia el tratamiento de TDAH | Comentarios, opiniones, y/o peticiones ajenas al propio individuo que pueden alentar las decisiones que tengan los padres o tutores hacia la decisión sobre no administrar el tratamiento farmacológico en sus hijos |

Es importante mencionar que para asegurar la confiabilidad del instrumento además de poder reducir en la medida de lo posible los sesgos, se aleatorizaron cada uno de los ítems pertenecientes a cada campo y categoría, por tanto, para hacer la evaluación de las actitudes del sujeto, es necesario tener en consideración que ítems pertenecen a cada campo, para lo que se diseñó la siguiente tabla.

| Campo | Ítems totales | Categoría | Ítems por categoría |
|--|----------------------|---|----------------------------|
| Actitudes hacia el diagnóstico | 1-15 | Creencias positivas al diagnóstico de TDAH | 1,2,3,8,13 |
| | | Creencias negativas al diagnóstico de TDAH | 6,7,11,14,15 |
| | | Estigma del TDAH | 4,5,9,10,12 |
| Actitudes hacia el tratamiento farmacológico | 16-35 | Creencias positivas al tratamiento farmacológico | 18,24,26,27,29 |
| | | Creencias negativas al tratamiento farmacológico | 16,20,25,34,35 |
| | | Costos percibidos de usar el tratamiento farmacológico | 19,22,23,31,33 |
| | | Beneficios percibidos de usar el tratamiento farmacológico | 17,21,28,30,32 |
| Influencias externas | 36-45 | Influencias externas positivas hacia el tratamiento de TDAH | 36,38,41,44,45 |
| | | Influencias externas negativas hacia el tratamiento de TDAH | 37,39,40,42,43 |

Calificación

Para la evaluación del instrumento en primer lugar, es necesario tener en cuenta que existen ítems positivos y negativos, entendido esto solo hay que sumar las puntuaciones obtenidas por el sujeto para determinar su actitud con base a cada campo, las puntuaciones son las siguientes:

- Ítems positivos puntúan de la siguiente manera: totalmente de acuerdo 5, de acuerdo 4, indiferente 3, en desacuerdo 2, totalmente en desacuerdo 1

- Ítems negativos puntúan de la siguiente manera: totalmente de acuerdo 1, de acuerdo 2, indiferente, 3 en desacuerdo 4, totalmente en desacuerdo 5

Para obtener la actitud del sujeto evaluado, solo hay que identificar la respuesta a cada ítem y colocar en la casilla de calificación el puntaje que corresponde a este acorde al protocolo diseñado para que cualquiera pueda calificarlo (ver anexo 2), una vez hecho esto, se suman los puntajes para obtener el total de la actitud del sujeto. Finalmente se busca la puntuación total en la tabla de puntuaciones para determinar la actitud del sujeto. Es necesario aclarar que las puntuaciones fueron obtenidas tomando como base el valor máximo que un sujeto podría obtener al contestar la encuesta y dividiendo dicha puntuación en los tres campos para hacer el estimado de las puntuaciones, de manera que sirvan para hacer estimaciones.

| Campo | Puntuaciones | | |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|
| Actitudes hacia el diagnóstico de TDAH | 0-25 actitud baja | 26-50 actitud media | 51-75 actitud alta |
| Actitudes hacia el tratamiento farmacológico | 0-33 actitud baja | 34-66 actitud media | 67-100 actitud alta |
| Influencias externas | 0-16 actitud baja | 17-32 actitud media | 33-50 actitud alta |

5) Rendimiento del estudio piloto.

Tal como se dijo en el procedimiento, el instrumento propuesto como una versión piloto (ver anexo 3) fue aplicado a una muestra de 50 padres o tutores que cumplieron con nuestros criterios de inclusión, todos ellos asisten al CECOSAM Iztapalapa.

Como es una prueba piloto se les pidió a los participantes que dieran sus opiniones al momento de terminar de responder el instrumento, también se les dijo que cualquier duda o inconveniente con el instrumento o con alguno de los ítems podían mencionarlo, esto con la finalidad de considerar cualquier retroalimentación.

Sin embargo, al momento de la calificación de los instrumentos, se perdieron tres instrumentos, dos por falta de respuestas contestadas y uno por ser contestado de manera errónea por lo que, para la evaluación de los resultados de éstos, sólo fue posible considerar 47 instrumentos.

1) Evaluación de la dimensionalidad.

A. Análisis estadístico.

A continuación, se muestran los datos demográficos en forma descriptiva.

Tabla 6. Características sociodemográficas de los participantes.

| Variable | n (%) |
|---------------------------------|--------------|
| Estado civil | |
| Soltera | 14 (30) % |
| Casada/unión libre | 31(66) % |
| otro | 2 (4) % |
| Escolaridad | |
| Primaria o menos | 3(6) % |
| Secundaria completa | 19 (40) % |
| Bachillerato o equivalente | 19(40) % |
| Licenciatura | 5(11) % |
| TDAH por parte del padre | 1(2) % |

Los datos sociodemográficos de todos los participantes se muestran en la siguiente tabla.

El instrumento mostró un aceptable desempeño psicométrico, se realizó un Alpha de Cronbach en donde se obtuvo una puntuación de 0.90 lo que nos indica que existe consistencia interna entre las variables.

También se correlacionaron las calificaciones obtenidas durante el piloteo con las categorías propuestas, las categorías que más destacan son:

- Estigma correlaciono un 0.45 con las creencias negativas hacia el diagnóstico.
- Creencias negativas hacia el tratamiento farmacológico correlaciono un 0.75 con las creencias negativas hacia el diagnóstico y 0.48 con el estigma.
- Costos percibidos de usar el tratamiento farmacológico correlaciono un 0.62 con creencias negativas hacia el diagnóstico y estigma un 0.47.
- Influencias externas positivas correlaciono un 0.54 con las creencias hacia el tratamiento farmacológico.
- Influencias externas negativas correlaciono un 0.50 con creencias negativas hacia el diagnóstico, un 0.59 con estigma, 0.79 con creencias negativas hacia el tratamiento farmacológico, y 0.52 con costos percibidos de usar el tratamiento farmacológico.

También se encontraron otras categorías cuyas correlaciones salen de lo esperado tomando en cuenta la información recabada y estudiada, categorías como las creencias positivas hacia el tratamiento farmacológico que correlacionaron en 0.50 con las creencias negativas hacia el diagnóstico y las creencias negativas hacia el tratamiento farmacológico correlacionaron en 0.53 con las creencias positivas hacia el tratamiento farmacológico.

Esto nos indica que hay diversas correlaciones entre nuestras categorías, al emparejar los resultados de cada sujeto con cada una de las categorías, se mostraron correlaciones significativas entre los resultados y las categorías tal como se verá en la siguiente tabla7.

Tabla 7. Correlación por factores.

| Variabes | posdiag | negdiag | Estig | postx | negtx | costo | benef |
|---|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Creencias positivas hacia el diagnóstico de TDAH | 1.0000 | | | | | | |
| Creencias negativas hacia el diagnóstico de TDAH | -0.0702 0.6709 | 1.0000 | | | | | |
| Estigma del TDAH | -0.1786 0.2518 | 0.4511 0.0035 | 1.0000 | | | | |
| Creencias positivas al tratamiento farmacológico | 0.1371 0.3807 | 0.5091 0.0008 | 0.3088 0.0414 | 1.0000 | | | |
| Creencias negativas hacia el tratamiento farmacológico | -0.1133 0.4865 | 0.7531 0.0000 | 0.4893 0.0014 | 0.5326 0.0004 | 1.0000 | | |
| Costos percibidos de usar el tratamiento farmacológico | -0.0942 0.5631 | 0.6206 0.0000 | 0.4337 0.0046 | 0.3398 0.0297 | 0.6119 0.0000 | 1.0000 | |
| Beneficios de usar el tratamiento farmacológico | 0.2555 0.0983 | 0.3038 0.0600 | 0.1438 0.3575 | 0.7806 0.0000 | 0.3789 0.0174 | 0.3539 0.0232 | 1.0000 |
| Influencias externas positivas | 0.1784 0.2467 | 0.1259 0.4390 | 0.1460 0.3385 | 0.5403 0.0002 | 0.1049 0.5194 | 0.0716 0.6562 | 0.4429 0.0026 |
| Influencias externas negativas | -0.1516 0.3380 | 0.5001 0.0012 | 0.5947 0.0000 | 0.4020 0.0075 | 0.7961 0.0000 | 0.5227 0.0005 | 0.2262 0.1498 |

Se muestran las correlaciones obtenidas en este estudio, se puede ver que variables correlacionan de manera positiva entre sí y cuales correlacionen negativamente entre sí. Las variables que se muestran del lado superior derecho son abreviaciones de las variables encontradas en la columna de la izquierda.

CAPÍTULO SEIS

DISCUSIÓN

Se describe al TDAH como la enfermedad mental más frecuente en población infantil. Se ha identificado una prevalencia mundial aproximada del 5.3%, se han estudiado sus criterios diagnósticos sirviéndonos del DSM-5 y la CIE-11, estudiamos su sintomatología, siendo los centrales inatención, hiperactividad, e impulsividad, se estudió su tratamiento, concluyendo que los mejores hasta la fecha son el tratamiento farmacológico y las intervenciones psicosociales.

El enfoque de estudio del TDAH en su mayoría se ha centrado en el estudio fisiológico y/o biológico de quienes lo padecen. En este trabajo ha sido objeto de estudio la importancia e implicación que tienen los padres y/o cuidadores en el tratamiento de los niños, principalmente para el apego farmacológico, los estudios muestran la importancia que tienen los padres.

Este estudio aporta nuevos datos al conocimiento actual del proceso terapéutico del TDAH tomando un enfoque cualitativo y evidenciando la importancia que tiene la toma de decisiones de los padres, incluyendo la investigación de las actitudes y vinculándola con el estudio de los factores que influyen en la toma de decisiones de los padres.

Se propone una manera objetiva de estudiar y medir las actitudes de los padres con respecto a dos dimensiones 1) tratamiento farmacológico y 2) diagnóstico de TDAH, actualmente no existe ningún instrumento de características similares. La comparación con otros instrumentos y escalas ha sido difícil debido a la escasez de éstos, la falta de validación y confiabilidad de algunos.

Los hallazgos realizados en este estudio podrían ser comparados con algunos de los instrumentos analizados, sin embargo, hay que tener en cuenta que algunos de ellos, no fueron hechos en el país, tampoco existen adaptaciones de éstos a la población mexicana, también existe el caso de escalas que más bien eran adaptaciones de otras hechas para estudiar el TDAH.

Otro punto que considerar es la población, algunos de los instrumentos contemplados usaban otras poblaciones (profesores, estudiantes, médicos u otros profesionales de salud), mientras que otros carecían de sustento teórico para medir lo que pretendían dejando de lado la medición de actitudes. Por lo que se puede concluir que no existe a la fecha un instrumento que mida actitudes con base en las dos dimensiones propuestas en población mexicana sumando un aporte en la investigación de TDAH. A continuación, se proporcionarán los resultados principales, discutiendo su relevancia en el contexto de la literatura científica actual.

Descripción de la influencia que tienen ciertos factores en la toma de decisiones de los padres

Los resultados obtenidos en este estudio indican que el estigma, las creencias tanto positivas como negativas de los padres, además de las influencias externas son los factores que más influencia ejercen en la toma de decisiones de los padres. Este resultado va acorde a la literatura consultada que muestra cómo los padres llegan a consulta a la clínica de salud mental en la mayoría de los casos con una fuerte resistencia llegando incluso a negar el diagnóstico Ahmed, et al. (2013).

Harpur, et al. (2008), obtuvo resultados similares, identificando componentes como costos percibidos de tomar medicamentos, flexibilidad, resistencia, beneficios percibidos de tomar medicamentos, estigma infantil, estigma parental, reportando correlaciones significativas pequeñas, y moderadas entre la mayoría de las

puntuaciones de los factores; los costos percibidos se correlacionaron positivamente con la resistencia y el estigma de padres e hijos correlacionaron negativamente con los beneficios percibidos.

Las similitudes en los resultados pueden ser en primer lugar a que ambos instrumentos evalúan actitudes, en segundo lugar, la muestra en ambos estudios son padres, lo que puede indicarnos que no hay muchas diferencias contextuales en lo que respecta a las actitudes de los padres acerca del TDAH.

Sin embargo, nuestro estudio tiene dos categorías bien definidas (actitudes hacia el tratamiento farmacológico y actitudes hacia el diagnóstico de TDAH) de las que se pueden obtener puntuaciones específicas para cada una, lo que nos provee de un predictor de la conducta más específico puesto que arroja que tan a favor o en contra se encuentra el sujeto con la categoría que se pretende medir.

Descripción de la importancia que tiene la relación entre actitudes y predicción de conducta

Una de nuestras preocupaciones al momento de diseñar un instrumento para medir actitudes fue cómo ser capaces de medir adecuadamente las actitudes sin medir otras variables. Partiendo de la base de que las actitudes tienen tres componentes (afectivo, cognitivo y conductual), se excluyó el contener ítems que tuvieran que ver únicamente con el conocimiento del TDAH o del medicamento. No se incluyen preguntas que evalúen el grado de conocimientos de los padres.

La razón de hacer esto la podemos encontrar en los estudios de Palacios, et al. (2011), en su investigación, revisa actitudes, conocimientos y creencias. Al revisar sus aportes en actitudes, son muy pocos, ya que el foco de su investigación termino enfocándose en las creencias y conocimientos del TDAH, más que en las actitudes.

Para evitar esa problemática, se tomó en cuenta la información estudiada de actitudes (las actitudes son valoraciones tanto positivas como negativas hacia un tema específico, y al momento de redactar ítems que miden actitudes estos deben ser afirmaciones u oraciones que incluyan acciones que influyan o afecten a la persona que está leyendo).

Limitantes del instrumento

Partiendo de que se utiliza el formato de escala tipo Likert, hay que tener claro que existe la probabilidad de sesgos, las principales críticas en este tipo de escalas son la deseabilidad social (los participantes contesten totalmente de acuerdo a todos los ítems positivos y totalmente en desacuerdo en los ítems negativos), haciendo un simple ejercicio de lectura más que de valoración de lo que consideran más acorde o en contra, y el abuso de la opción de indiferente (esto pudo verse en algunos de los participantes).

Durante la aplicación algunos padres refirieron no sentirse identificados con algunas de las situaciones planteadas y que se les estaban presentando escenarios que no han vivido, por lo que se sentían incapaces de contestar esos reactivos; situación que puede explicar las correlaciones que salen de lo esperado como las creencias positivas y negativas hacia el tratamiento farmacológico, y las creencias positivas hacia el tratamiento farmacológico y las creencias negativas hacia diagnóstico.

Es posible que hubiera algún tipo de confusión al momento de responder las preguntas del cuestionario por parte de quienes respondieron el piloto o que tenga que ver con la heterogeneidad de estas categorías, las correlaciones son entre un ítem con carga positiva con una con carga negativa (como si se tratase de variables mediadoras).

También hay que considerar que la mayoría de las correlaciones obtuvieron resultados por debajo del 0.45 lo que también complica el rigor estadístico, podría explicarse debido a la limitada muestra que se tuvo hacen falta más datos para tener correlaciones más elevadas, sin embargo, hay que recordar que nuestro se centra más en la validez de constructo y de expertos.

Complicaciones durante el estudio Piloto

- A la mayoría de los padres se les tuvo que hacer énfasis en que el apartado de datos personales era sobre ellos, no sobre sus hijos.

Es posible que se deba a que están acostumbrados a que se les cuestione acerca de sus hijos, la tendencia de los estudios es estar dirigidos a los pacientes más que a padres y/o cuidadores. Para solventar esto se propone agregar una leyenda que especifique que los datos generales son del padre, madre o tutor.

- La redacción de algunos ítems: específicamente en el 2 (el TDAH es como cualquier enfermedad que con el tratamiento adecuado le permitiría tener un buen desempeño) algunos padres expresaron que ellos sabían que el TDAH es un trastorno no una enfermedad.

Este es un punto interesante, la muestra piloto fue de padres que ya se encuentran en tratamiento, se puede decir que ya poseen algún conocimiento del TDAH, se optó por la palabra enfermedad en primer lugar por la consideración de que el instrumento pudiese ser aplicado no solo a población que ya asiste a alguna clínica de salud mental, si no que pudiese aplicarse a todo tipo de población. A pesar de esto parece prudente modificar la palabra enfermedad por trastorno.

- El alcance de algunos ítems: específicamente en el ítem 40 (mis amigos o conocidos me han dicho que el TDAH no existe) algunos padres expresaron que esta situación no aplica ya que por lo general no hablaron de la condición de sus hijos con nadie ni de la familia o de los amigos.

Esto puede estar relacionado con lo descrito anteriormente acerca del estigma que se tiene tanto a la psiquiatría como a las enfermedades mentales.

Limitaciones

La principal limitación de este estudio es la imposibilidad de generalizar el instrumento, la muestra se limitó a solo un centro de salud mental, los resultados en este estudio no pueden considerarse válidos en la población general o en otros pacientes con TDAH, este instrumento requiere una muestra más grande (este estudio contó con una muestra de 47 padres). Hay que tener en cuenta que el foco de este estudio es la validez interna y de constructo, por lo que esta limitante sería más en calidad del propio instrumento que de este trabajo como tal. Se sugiere realizar un nuevo estudio para darle este tipo de validez con una muestra más grande y tomando en cuenta las modificaciones ya planteadas.

Otra limitante fue la incapacidad que se encontró de poder hacer una diferenciación entre las actitudes de padres que tienen largo tiempo llevando a sus hijos a consulta, con aquellos que tienen poco tiempo de haber recibido tanto el diagnóstico como la receta del medicamento, creemos que sería interesante un estudio que tome estos puntos en cuenta.

CONCLUSIONES

- 1) El estudio de las actitudes es una buena alternativa para tener un predictor de la intención conductual de un sujeto, pero no significa que un sujeto se comporte tal como indiquen sus actitudes.
- 2) Que los padres lleven a consulta a sus hijos no significa en todos los casos que hayan superado barreras como el estigma y las creencias negativas hacia el diagnóstico o el medicamento.
- 3) El estigma se relaciona con la no aceptación del diagnóstico.
- 4) El instrumento propuesto en este trabajo parece medir adecuadamente las actitudes con base a las categorías planteadas lo que permite evaluar cada una de ellas.
- 5) Es necesario conocer las actitudes de los padres para así poder plantear intervenciones especializadas acorde a sus necesidades terapéuticas y así poder aumentar el apego al tratamiento.

IMPLICACIONES CLÍNICAS

El interés de esta tesis parte de mi experiencia haciendo prácticas profesionales en una clínica de salud mental; la revisión de expedientes ha despertado mi interés tanto en el trastorno como en su proceso terapéutico, esto debido a que en la mayoría de los expedientes que tuve la oportunidad de revisar me encontré con niños diagnosticados con TDAH y al mismo tiempo con un gran porcentaje de deserción de estos por parte de los pacientes.

Es necesario destacar la implicación clínica de este trabajo, para ello se ha elaborado una serie de recomendaciones basadas en el resultado de este estudio, que pretenden ayudar a psiquiatras, psicólogos, y demás trabajadores a seguir mejorando su práctica profesional y conseguir la mejor experiencia posible para sus pacientes.

Recomendaciones

1. Valorar el nivel de ansiedad de los padres, lo encontrado en la literatura y en este trabajo, es que en su mayoría los padres llegan a una clínica de salud mental con altos niveles de ansiedad, preocupación, miedo, etc. Hay que tener esto en cuenta al momento de realizar el primer acercamiento con los padres.
2. El paciente debe saber que es el TDAH, como es que se detectó en su hijo, sus síntomas centrales, cuál es el panorama de su hijo una vez que es diagnosticado, explicar en qué consiste tanto el tratamiento psicosocial como el farmacológico, explicarle los beneficios del medicamento y sus posibles efectos adversos, y permitirles a los padres expresar y aclarar cualquier duda e inconveniente que tengan. Mejorar el conocimiento de los padres y reducir el estigma es fundamental. El estigma es uno de los principales factores que influyen en la toma de decisiones de los padres.
3. Identificar si los padres están de acuerdo o no con el tratamiento farmacológico. Individualizar el tratamiento es importante para mejorar la experiencia con el sistema médico, en los casos en los que los padres prefieran que el paciente tome la mínima medicación posible debemos valorar cuales son los motivos de esta decisión, plantearnos la posibilidad de brindar psicoeducación o alguna alternativa que permita mejorar la condición del paciente.

4. Plantearse la posibilidad de destinar un par de minutos en cada consulta para tratar cualquier inconformidad de los padres, durante la aplicación del instrumento fue claro ver que algunos padres se encontraban bajo ciertas circunstancias que les causaban malestar (otros familiares que no aceptaban el diagnóstico, etc.), sin embargo no las habían expresado aún incluso teniendo ya un tiempo asistiendo a consulta, permitir un espacio para aclarar este tipo de situaciones puede resultar en una mejor experiencia terapéutica y por ende en un mejor apego al tratamiento.
5. Debemos asegurarnos de que el paciente tiene plena confianza en seguir las indicaciones psiquiátricas además de preguntar sistemáticamente que aspectos les preocupan y resolverlos.
6. Conseguiremos que los padres estén muy satisfechos si no han experimentado ansiedad.
7. Es necesario incluir algún programa de intervención, se sugiere la implementación de grupos psicoeducativos basándose en estas categorías a modo de que los participantes puedan resolver sus necesidades.

REFERENCIAS

Ahmed, Rana, Kirsten J. McCaffery, and Parisa Aslani. 2013. "Factors Influencing Parental Decision Making About Stimulant Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder." *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 23(3):163–78. doi: 10.1089/cap.2012.0087.

Ajzen, Icek, and Martin Fishbein. 1997. "Attitude-Behavior Relations: A Theoretical Analysis and Review of Empirical Research." *Psychological Bulletin* 84(5):888–918. doi: 10.1007/s11614-012-0060-4.

Arnau Sabatés, Laura, and Josep Montané Capdevila. 2010. "Aportaciones Sobre La Relación Conceptual Entre Actitud y Competencia, Desde La Teoría Del Cambio de Actitudes." *Electronic Journal of Research in Education Psychology* 8(3):21. doi: 10.25115/ejrep.v8i22.1416.

Association, American Psychiatric. 2015. *DSM-5*. Vol. 96.

Ballester, Amparo Carpi, and Alicia Brea Asensio. 2001. "La Predicción de La Conducta a Través de Los Constructos Que Integran La Teoría de Acción Planeada." *Revista Electrónica de Motivación y Emoción* 4(7).

Bekle, Bruna. 2004. "Knowledge and Attitudes about Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Comparison between Practicing Teachers and Undergraduate Education Students." *Journal of Attention Disorders* 7(3):151–61. doi: 10.1177/108705470400700303.

Castellanos, F. Xavie., and Erika Proal. 2012. "Large-Scale Brain Systems in ADHD: Beyond the Prefrontal- Striatal Model." *Trends Cognitive Science* 16(1):17–26. doi: 10.1016/j.tics.2011.11.007.Large-Scale.

Coletti, Daniel J., Elizabeth Pappadopoulos, Nikki J. Katsiotas, Alison Berest, Peter S. Jensen, and Vivian Kafantaris. 2012. "Parent Perspectives on the Decision to Initiate Medication Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder." *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 22(3):226–37. doi: 10.1089/cap.2011.0090.

Cortell, Maria, and Carmel Ortolá. 2006. "TDAH:¿ Moda o Nuevo Problema?" *Información Psi* (88):55–70.

DosReis, Susan, and Mary Anne Myers. 2008. "Parental Attitudes and Involvement in Psychopharmacological Treatment for ADHD: A Conceptual Model." *International Review of Psychiatry* 20(2):135–41. doi: 10.1080/09540260801933084.

Ferrin, Maite, Miguel Ruiz-Veguilla, Maria Blanc-Betes, Samaa El Abd, Teresa Lax-Pericall, Maxine Sinclair, and Eric Taylor. 2012. "Evaluation of Attitudes towards Treatment in Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)." *European Child and Adolescent Psychiatry* 21(7):387–401. doi: 10.1007/s00787-012-0277-6.

Firestone, Philip. 1982. "Factors Associated with Children's." 52(September 1980).

Fishbein, Martin, and Icek Ajzen. 1975. "Attitude Formation_ch6." *Belief, Attitude, Intention, and Behavior, An Introduction to Theory and Research* 216–87.

Galarza, Carlos Ramos. 2016. "La Cara Oculta Del TDAH." *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 6(1):226–53. doi: 10.1049/iet-its.2015.0135.

Garcia, Juan Manuek Saucedo. 2014. "Trastorno Por Déficit de Atención Con Hiperactividad: Un Problema de Salud Pública." *Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM* 57(5):14–19.

Ghosh, Manonita, Colleen Fisher, David B. Preen, and C. D. Arc. J. Holman. 2016. "It Has to Be Fixed: A Qualitative Inquiry into Perceived ADHD Behaviour among Affected Individuals and Parents in Western Australia." *BMC Health Services Research* 16(1):1–12. doi: 10.1186/s12913-016-1399-1.

Ghulherme Polanczyk, M.D. Lima, Maurício Silva De, D. Ph, Bernardo Lessa Horta, D. Ph, Joseph Biederman, Luis Augusto Rohde, and D. Ph. 2007. "The Worldwide Prevalence of ADHD: A SYSTEMATIC REVIEW AND METAREGRESSION ANALYSIS." *AJM J PSYCHIATRY* 6(June):942–48. doi: 10.1109/ICASSP.2014.6853824.

Harpur, Ruth Ann, Margaret Thompson, David Daley, Howard Abikoff, and Edmund J. S. Sonuga-Barke. 2008. "The Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medication-

Related Attitudes of Patients and Their Parents.” *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 18(5):461–73. doi: 10.1089/cap.2008.023.

Hernández Ortiz, Iván, Ruth Josefina Alcánta Hernández, and Arlen Cerón Islas. 2014. “Aplicación Del Modelo de Atributos Múltiples de Fishbein En La Industria Restaurantera.” *Universidad Autónoma Del Estado de Hidalgo* 15(1):35–51.

Herzog, Sergio. 2017. “Experimental Analysis of Attitudes: The Factorial-Survey Approach.” *Open Journal of Social Sciences* 05(01):126–56. doi: 10.4236/jss.2017.51011.

Hidalgo Vicario, M. I., and L. Sánchez Santos. 2014. “Trastorno Por Déficit de Atención e Hiperactividad. Manifestaciones Clínicas y Evolución. Diagnóstico Desde La Evidencia Científica.” Pp. 609–23 in *Pediatría Integral*. Vol. 18, edited by Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención primaria. *Pediatría Integral*.

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. 2018. *GUÍA CLÍNICA Trastorno Por Déficit de Atención e Hiperactividad*.

Hospital Psiquiátrico Infantil “DR. Juan N. Navarro.” 2018. “Guía Clínica Trastorno Por Déficit de Atención e Hiperactividad.” 31.

Itai, Berger, Dor Talia, Nevo Yoram, and Goldzweig Gil. 2008. “Attitudes Toward Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Treatment: Parents’ and Children’s Perspectives.” *Journal of Child Neurology* 23(9):1036–42. doi: 10.1038/npp.2009.39.

Jain, Vishal. 2014. “3D Model Of Attitude.” *International Journal of Advanced Research in Management and Social Sciences* 3(3):1–12. doi: 10.1006/Imot.1997.0991.

Johnston, Charlotte, C. Seipp, P. Hommersen, B. Hoza, and S. Fine. 2005. "Treatment Choices and Experiences in Attention Deficit and Hyperactivity Disorder: Relations to Parents' Beliefs and Attributions." *Child: Care, Health and Development* 31(6):669–77. doi: 10.1111/j.1365-2214.2005.00555.x.

Kollins, Scott H. 2009. "Genética, Neurobiología y Neurofarmacología Del Trastorno Por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)." *Revista de Toxicomanías* (55):19–28.

De la Rosa Muñoz, Leisy Ramona. 2012. "Conocimientos y Creencias Sobre Tdah de Una Muestra de Maestros de Escuelas Públicas y Privadas de La Ciudad de Santo Domingo, Octubre 2011-Rebrero 2012." Universidad Nacional Autónoma de México.

Lange, Klaus W., Susanne Reichl, Katharina M. Lange, Lara Tucha, and Oliver Tucha. 2010. "The History of Attention Deficit Hyperactivity Disorder." *ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorders* 2:241–55. doi: 10.1007/s12402-010-0045-8.

Leslie, Laurel K., Dena Plemmons, Amy R. Monn, and Lawrence A. Palinkas. 2007. "Investigating ADHD Treatment Trajectories: Listening to Families' Stories about Medication Use." *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 28(3):179–88. doi: 10.1097/DBP.0b013e3180324d9a.

Lilia, Vázquez del Águila. 2018. "Taller Para Padres de Familia Que Tienen Hijos Con Tdah En La Primaria Del Colegio Fernando de Alva Ixtlixóchitl."

Ministerio de Salud y Protección Social. 2015. *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Vol. Tomo I.

Monzón Díaz, Josué, M. Elisa de Castro Peraza, Adrián de Vega de Castro, M. Isabel Ezama Gonzalo, Lorenzo Rocha Nieves, and Aurea García Marrero. 2016.

“Construyendo El TDAH Con ‘Sus’ Voces.” *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 5(3):407–13. doi: 10.7775/rac.es.v84.i5.8711.

Morales, Miguel C. Moya. 2007. *Psicología Social 3a Edición*. 3rd ed. edited by MC Graw Hill. España.

Palacios-cruz, Lino, Francisco De Peña, Andrés Valderrama, Rodrigo Patiño, Silvia Pamela, and Rosa Elena Ulloa. 2011. “Conocimientos, Creencias y Actitudes En Padres Mexicanos Acerca Del Trastorno Por Déficit de Atención Con Hiperactividad (TDAH).” *Salud Mental* 34(2):149–55.

Palacios Cruz, Lino, Francisco De la Valderrama, and Andrés Patiño. 2011. “Conocimientos, Creencias y Actitudes En Padres Mexicanos Acerca Del Trastorno Por Déficit de Atención Con Hiperactividad (TDAH).” *Salud Mental* 34(2):149–55.

Rodillo, B. Eliana. 2015. “Trastorno Por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) En Adolescentes.” *Revista Médica Clínica Las Condes* 26(1):52–59. doi: 10.1016/j.rmclc.2015.02.005.

Rodríguez, Luís Reyes. 2007. “La Teoría De La Acción Razonada: Implicaciones Para El Estudio de Las Emociones.” *Investigación Educativa Duranguense* (7):66–77.

Sauceda Garcia, Juan Manuel. 2014. “Trastorno Por Déficit de Atención Con Hiperactividad: Un Problema de Salud Pública.” *Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM* 57(5):14–19.

Secretaría de Salud, Consejo de Salubrida. 2009. “Guía de Práctica Clínica (GPC) Diagnóstico y Tratamiento En El Trastorno Por Déficit de Atención e Hiperactividad En Niños y Adolescentes En Atención Primaria y Especializada En Atención Primaria y Especializada.” *Secretaria de Salud*.

Slavec, Alenka, Mateja Drnovšek, and Mateja Drnovšek. 2012. "A Perspective on Scale Development in Entrepreneurship Research." *Economic and Business Review* 14(1):39–62.

Solomon, Michael. 2008. *Comportamiento Del Consumidor*. séptima ed. México.

Swanson, James. 2003. "Compliance with Stimulants for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder." *CNS Drugs* 17(2):117–31. doi: 10.2165/00023210-200317020-00004.

Taylor, Lea E. 2019. "Factors Associated with Parental Treatment Attitudes and Information-Seeking Behaviors for Childhood ADHD." *Journal of Attention Disorders* 00(0):1–11. doi: 10.1177/1087054718821734.

Vargas Rodríguez, Ángela María, and Carlos José Parales Quenza. 2017. "La Construcción Social de La Hiperactividad." *Revista Colombiana de Psicología* 26(2):245–62.

World Health Organization. 2018. "Los Trastornos Mentales, de Comportamiento o Del Desarrollo Neurológico." Pp. 399–404 in *CIE-11*. Vol. 91.

ANEXOS

ANEXO I Formato de evaluación para validez por expertos

ANEXO II Formato de calificación de los ítems del instrumento de actitudes

ANEXO III Instrumento para medir actitudes de los padres con hijos Diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Anexo I Formato de evaluación para validez por expertos



Universidad Nacional
Autónoma de México
Facultad de Estudios
Superiores Zaragoza



CONSENTIMIENTO INFORMADO:

La presente investigación es conducida por un alumno de la FES-Zaragoza UNAM, quien elabora su proyecto de tesis titulado “Construcción de un instrumento para medir actitudes de los padres con hijos diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)”.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá evaluar y seleccionar una serie de reactivos.

Su participación es voluntaria, y la información que se recoja será confidencial y anónima.

Si tiene alguna duda sobre la investigación puede preguntar. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento.

Agradecemos su participación.

Firma del Participante

INSTRUCCIONES:

A continuación, se le mostrará una serie de dimensiones que consideramos evalúan las actitudes de los padres con respecto al tratamiento para el TDAH de sus hijos. Se describe la definición de cada una de ellas y se representa una serie de reactivos que consideramos podrían representar esa dimensión.

Por favor lea cada reactivo y evalúe su claridad, complejidad y qué tanto representa la dimensión propuesta, poniendo una **X** en aquella opción que mejor describa su opinión. Por último, seleccione **cinco** reactivos que consideré miden mejor la dimensión propuesta. Ejemplo:

1. Razones para comprar gomitas de panditas (definición): Cualquier atributo, característica, creencia o criterio que puedan considerar los sujetos al momento de elegir comprar o no gomitas de panditas.

| Reactivo | Claridad | | Complejidad | | Representatividad de la categoría | | | Ítem seleccionado |
|---|----------|----|-------------|----|-----------------------------------|------|----|-------------------|
| | Si | No | Si | No | Clara | Algo | No | |
| Las compraría porque son baratas | X | | | X | X | | | X |
| Me gusta que sean coloridas | X | | | X | X | | | X |
| Me gustan sus niveles de cera de carnauba | | X | X | | | X | | |

Si tiene algún comentario sobre el reactivo, puede ponerlo en la casilla correspondiente. ¡muchas gracias por su participación!

2. Creencias negativas al diagnóstico de TDAH: Cualquier idea, percepción, conocimiento o atributo negativo que los padres tengan acerca del diagnóstico de TDAH.

| Reactivo | Claridad | | Complejidad | | Representatividad de la categoría | | | Ítem seleccionado | Observaciones |
|--|----------|----|-------------|----|-----------------------------------|------|----|-------------------|---------------|
| | Si | No | Si | No | Clara | Algo | No | | |
| 1. El TDAH puede ser causado por una mala crianza de los padres. | | | | | | | | | |
| 2. Un(a) niño(a) con TDAH tiene mayor riesgo de convertirse en delincuente. | | | | | | | | | |
| 3. Un(a) niño(a) desarrolla TDAH por vivir en una familia caótica y disfuncional. | | | | | | | | | |
| 4. El TDAH es una enfermedad inventada, creada por las farmacéuticas. | | | | | | | | | |
| 5. El TDAH significa que mi hijo(a) tiene una enfermedad mental grave. | | | | | | | | | |
| 6. Si el TDAH no se cura, no tiene caso que atienda a mi hijo(a). | | | | | | | | | |
| 7. El TDAH no existe, solo hace falta disciplina. | | | | | | | | | |
| 8. No acepto la idea de que mi hijo(a) tenga TDAH. Yo era igual a su edad. | | | | | | | | | |
| 9. No le pueden diagnosticar a mi hijo(a) en un solo día una enfermedad que no tenía. | | | | | | | | | |
| 10. Yo críe a mi hijo(a), y no había tenido ningún problema, y de repente me dicen que tiene TDAH. No lo creo. | | | | | | | | | |

3. Creencias positivas al tratamiento farmacológico de TDAH: Cualquier idea, percepción, conocimiento o atributo positivo que los padres tengan acerca del tratamiento farmacológico para el TDAH.

| Reactivo | Claridad | | Complejidad | | Representatividad de la categoría | | | Ítem seleccionado | Observaciones |
|---|----------|----|-------------|----|-----------------------------------|------|----|-------------------|---------------|
| | Si | No | Si | No | Clara | Algo | No | | |
| 1. El TDAH es una enfermedad que, con el tratamiento adecuado, puede permitir a mi hijo(a) tener una buena calidad de vida. | | | | | | | | | |
| 2. Creo que el medicamento para TDAH ayudará a mi hijo(a). | | | | | | | | | |
| 3. Creo que el medicamento es necesario para que mi hijo(a) le vaya mejor en la escuela. | | | | | | | | | |
| 4. Si los médicos me recomiendan el tratamiento farmacológico, significa que este es bueno para mi hijo(a). | | | | | | | | | |
| 5. Estoy dispuesto a darle a mi hijo(a) el medicamento para el TDAH. | | | | | | | | | |
| 6. Es importante para mí que el medicamento para TDAH le ayude a irle mejor en la vida. | | | | | | | | | |
| 7. Para mí es importante que mi hijo(a) tenga un buen desarrollo, por eso le daré el medicamento. | | | | | | | | | |
| 8. Si se recomienda el tratamiento farmacológico para el TDAH, debe significar que es lo más adecuado para mi hijo(a). | | | | | | | | | |
| 9. Si mi hijo(a) necesita el medicamento, no veo por qué negárselo. | | | | | | | | | |
| 10. Creo que el medicamento para el TDAH es la mejor alternativa para mi hijo(a). | | | | | | | | | |

4. Creencias negativas al tratamiento farmacológico de TDAH: Cualquier idea, percepción, conocimiento o atributo negativo que los padres tengan acerca del tratamiento farmacológico para el TDAH.

| Reactivo | Claridad | | Complejidad | | Representatividad de la categoría | | | Ítem seleccionado | Observaciones |
|--|----------|----|-------------|----|-----------------------------------|------|----|-------------------|---------------|
| | Si | No | Si | No | Claro | Algo | No | | |
| 1. El TDAH es una enfermedad que no requiere medicación. | | | | | | | | | |
| 2. Usaré el medicamento para el TDAH como último recurso, después de probar otras opciones. | | | | | | | | | |
| 3. El medicamento hará que mi hijo(a) pierda su personalidad. | | | | | | | | | |
| 4. El medicamento para el TDAH impedirá que mi hijo(a) haga lo que le gusta hacer. | | | | | | | | | |
| 5. El hecho de que mi hijo(a) tome medicamento para el TDAH hace que me cuestione si soy un buen padre(madre). | | | | | | | | | |
| 6. El medicamento tendrá a mi hijo(a) ido o atarantado. | | | | | | | | | |
| 7. Darle medicamento para TDAH a mi hijo(a) no está bien. | | | | | | | | | |
| 8. Me preocupan los efectos secundarios del medicamento para TDAH. | | | | | | | | | |
| 9. Si le doy el medicamento para TDAH a mi hijo(a), terminará siendo un drogadicto. | | | | | | | | | |
| 10. Si le doy el medicamento para TDAH a mi hijo(a), este terminara siendo un zombi. | | | | | | | | | |
| 11. Puedo suspender el medicamento para el TDAH los fines de semana y días festivos. | | | | | | | | | |

5. Costos percibidos de usar el tratamiento farmacológico: las consideraciones negativas que tengan los padres para no administrar el medicamento, como pueden ser efectos secundarios, costos, disponibilidad, dosis u horarios de aplicación.

| Reactivo | Claridad | | Complejidad | | Representatividad de la categoría | | | Ítem seleccionado | Observaciones |
|--|----------|----|-------------|----|-----------------------------------|------|----|-------------------|---------------|
| | Si | No | Si | No | Clara | Algo | No | | |
| 1. El medicamento para TDAH es muy caro y no voy a poder comprarlo. | | | | | | | | | |
| 2. Es muy complicado conseguir el medicamento para el TDAH. | | | | | | | | | |
| 3. No seré capaz de administrar bien el medicamento a mi hijo(a). | | | | | | | | | |
| 4. Olvidaré los días, horarios y dosis del medicamento para el TDAH. | | | | | | | | | |
| 5. Va a ser muy cansado tener que ir a la clínica por más medicamento. | | | | | | | | | |
| 6. Los efectos secundarios del medicamento tendrán más peso que sus beneficios. | | | | | | | | | |
| 7. Darle el medicamento a mi hijo(a) alterará mi rutina diaria. | | | | | | | | | |
| 8. No solo tengo que gastar en el medicamento, también en el traslado, además de otros gastos que se den en el camino. | | | | | | | | | |
| 9. Es un fastidio tener que ir a consulta para atender la enfermedad de mi hijo(a). | | | | | | | | | |
| 10. Es difícil faltar al trabajo para ir a consulta de mi hijo(a). | | | | | | | | | |

6. Beneficios percibidos de usar el tratamiento farmacológico: la percepción que tengan los padres respecto a que el medicamento resultará beneficioso en relación a aspectos sociales, conductuales y en el rendimiento académico de su hijo(a).

| Reactivo | Claridad | | Complejidad | | Representatividad de la categoría | | | Ítem seleccionado | Observaciones |
|--|----------|----|-------------|----|-----------------------------------|------|----|-------------------|---------------|
| | Si | No | Si | No | Clara | Algo | No | | |
| 1. El medicamento ayudará a mi hijo(a) a concentrarse mejor en la escuela. | | | | | | | | | |
| 2. El tratamiento para TDAH me ayudará a la crianza de mi hijo(a). | | | | | | | | | |
| 3. Las pastillas para el TDAH ayudarán a mi hijo(a) a estar mejor con la familia. | | | | | | | | | |
| 4. El tratamiento para TDAH resultará beneficioso para mi hijo(a). | | | | | | | | | |
| 5. El medicamento ayudará a mi hijo(a) a desarrollarse mejor en todas las áreas de su vida. | | | | | | | | | |
| 6. El medicamento servirá para que mi hijo(a) reciba menos llamadas de atención de los profesores. | | | | | | | | | |
| 7. El medicamento servirá para que mi hijo(a) conviva mejor con sus compañeros y demás familiares. | | | | | | | | | |
| 8. El tratamiento le permitirá poner más atención y concentrarse mejor en la casa y la escuela. | | | | | | | | | |
| 9. El tratamiento le hará más fácil sacar buenas calificaciones en la escuela. | | | | | | | | | |
| 10. La convivencia familiar mejorará al darle el tratamiento para el TDAH. | | | | | | | | | |

7. Estigma del TDAH: refleja el estereotipo desacreditador que deriva de asociaciones falsamente asumidas hacia al padre o al hijo que se encuentra bajo tratamiento de TDAH.

| Reactivo | Claridad | | Complejidad | | Representatividad de la categoría | | | Ítem seleccionado | Observaciones |
|---|----------|----|-------------|----|-----------------------------------|------|----|-------------------|---------------|
| | Si | No | Si | No | Clara | Algo | No | | |
| 1. Otros niños creerán que mi hijo(a) está loco si toma medicamento para el TDAH. | | | | | | | | | |
| 2. Me preocupa que molesten a mi hijo(a) porque tome medicamento para el TDAH. | | | | | | | | | |
| 3. Otros niños no van a querer ser amigos de mi hijo(a) porque toma medicamentos para TDAH. | | | | | | | | | |
| 4. Otras personas pensarán que soy un mal padre/madre por darle medicamento para TDAH a mi hijo(a). | | | | | | | | | |
| 5. La gente me va a juzgar por darle a mi hijo(a) el medicamento para el TDAH. | | | | | | | | | |
| 6. La gente va a tratar diferente a mi hijo(a) si se enteran de que tiene TDAH. | | | | | | | | | |
| 7. Voy a ser objeto de críticas y comentarios negativos si llevo a mi hijo(a) al psiquiatra. | | | | | | | | | |
| 8. Los profesores van a tratar diferente a mi hijo(a) por tener TDAH. | | | | | | | | | |
| 9. Algunos familiares se van a alejar de nosotros por tener un hijo(a) con TDAH. | | | | | | | | | |
| 10. Un niño con TDAH siempre tendrá problemas académicos. | | | | | | | | | |

8. Influencias externas positivas hacia el tratamiento del TDAH: comentarios, opiniones, y/o peticiones ajenas al propio individuo que puedan alentar las decisiones que tengan los padres o tutores hacia la decisión sobre administrar el tratamiento farmacológico en sus hijos.

| Reactivo | Claridad | | Complejidad | | Representatividad de la categoría | | | Ítem seleccionado | Observaciones |
|--|----------|----|-------------|----|-----------------------------------|------|----|-------------------|---------------|
| | Si | No | Si | No | Clara | Algo | No | | |
| 1. En la escuela me dicen que es bueno que lleve a mi hijo(a) a que reciba el tratamiento para el TDAH. | | | | | | | | | |
| 2. Mi familia apoya la idea de que lleve a mi hijo(a) a consulta con los psiquiatras. | | | | | | | | | |
| 3. Los profesores apoyan la idea de que mi hijo(a) reciba tratamiento para TDAH. | | | | | | | | | |
| 4. Quien se encarga conmigo de la crianza de mi hijo(a) está de acuerdo con mis decisiones sobre su tratamiento. | | | | | | | | | |
| 5. Soy consciente de que los psiquiatras, médicos y todos los profesionales de salud que atienden a mi hijo(a), tienen la intención de apoyarme, resolverán mis dudas y me apoyarán. | | | | | | | | | |
| 6. Creo que el personal que atiende a mi hijo(a) está capacitado para tratar el TDAH. | | | | | | | | | |
| 7. A mi hijo(a) le gusta ir a consulta para tratar el TDAH. | | | | | | | | | |
| 8. Quién atiende a mi hijo por su TDAH me inspira confianza. | | | | | | | | | |
| 9. Tengo todas las facilidades para dar continuidad al tratamiento de mi hijo(a). | | | | | | | | | |
| 10. Trato de buscar información confiable en internet sobre la enfermedad de mi hijo(a). | | | | | | | | | |

9. Influencias externas negativas hacia el tratamiento del TDAH: comentarios, opiniones, y/o peticiones ajenas al propio individuo que puedan alentar las decisiones que tengan los padres o tutores hacia la decisión sobre no administrar el tratamiento farmacológico en sus hijos.

| Reactivo | Claridad | | Complejidad | | Representatividad de la categoría | | | Ítem seleccionado | Observaciones |
|--|----------|----|-------------|----|-----------------------------------|------|----|-------------------|---------------|
| | Si | No | Si | No | Clara | Algo | No | | |
| 1. Mi familia dice que mi hijo(a) no necesita el medicamento, que solo hace falta reglas y límites claros en casa. | | | | | | | | | |
| 2. Mi hijo(a) piensa que al tomar medicamento para TDAH va a ser diferente de los demás niños. | | | | | | | | | |
| 3. Me he enterado que psiquiatras, médicos y demás profesionales que atienden a niños con TDAH solo buscan ganar dinero. | | | | | | | | | |
| 4. Los profesores dicen que mi hijo(a) no tiene TDAH, que solo es falta de límites y reglas. | | | | | | | | | |
| 5. En la escuela me dicen que no creen que mi hijo(a) tiene TDAH, dudan del diagnóstico. | | | | | | | | | |
| 6. Los abuelos de mi hijo(a) creen que el TDAH no existe, que solo lo consiento mucho. | | | | | | | | | |
| 7. Mis amigos no creen que mi hijo(a) tenga TDAH, piensan que solo es por edad que se comporta así. | | | | | | | | | |
| 8. En internet dicen que los niños con TDAH se vuelven delincuentes. | | | | | | | | | |
| 9. Mis amigos o conocidos me han dicho que el TDAH no existe. | | | | | | | | | |
| 10. He leído que el TDAH lo diagnostican sin suficientes pruebas. | | | | | | | | | |

ANEXO II Formato de calificación de los Ítems del instrumento de actitudes

| Campo | Ítem | Valor | Calificación |
|---|-------------|--------------|---------------------|
| Actitudes hacia el diagnóstico de TDAH | 1 | Positivo | |
| | 2 | Positivo | |
| | 3 | Positivo | |
| | 4 | Negativo | |
| | 5 | Negativo | |
| | 6 | Negativo | |
| | 7 | Negativo | |
| | 8 | Positivo | |
| | 9 | Negativo | |
| | 10 | Negativo | |
| | 11 | Negativo | |
| | 12 | Negativo | |
| | 13 | Positivo | |
| | 14 | Negativo | |
| | 15 | Negativo | |
| | | | Total |

| Campo | Ítem | Valor | Calificación |
|---|-------------|--------------|---------------------|
| Actitudes hacia el tratamiento farmacológico de TDAH | 16 | Negativo | |
| | 17 | Positivo | |
| | 18 | Positivo | |
| | 19 | Negativo | |
| | 20 | Negativo | |
| | 21 | Positivo | |
| | 22 | Negativo | |
| | 23 | Negativo | |
| | 24 | Positivo | |
| | 25 | Negativo | |
| | 26 | Positivo | |
| | 27 | Positivo | |
| | 28 | Positivo | |
| | 29 | Positivo | |
| | 30 | Positivo | |
| | 31 | Negativo | |
| | 32 | Positivo | |
| | 33 | Negativo | |
| | 34 | Negativo | |
| | 35 | Negativo | |
| | | | Total |

| Campo | Ítem | Valor | Calificación |
|-----------------------------|--------------|--------------|---------------------|
| Influencias externas | 36 | Positivo | |
| | 37 | Negativo | |
| | 38 | Positivo | |
| | 39 | Negativo | |
| | 40 | Negativo | |
| | 41 | Positivo | |
| | 42 | Negativo | |
| | 43 | Negativo | |
| | 44 | Positivo | |
| | 45 | Positivo | |
| | Total | | |

| Campo | Puntuaciones | | |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|
| Actitudes hacia el diagnóstico de tdah | 0-25 actitud baja | 26-50 actitud media | 51-75 actitud alta |
| Actitudes hacia el tratamiento farmacológico | 0-33 actitud baja | 34-66 actitud media | 67-100 actitud alta |
| Influencias externas | 0-16 actitud baja | 17-32 actitud media | 33-50 actitud alta |

ANEXO III - Instrumento para medir actitudes de los padres con hijos Diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Instrumento para medir actitudes de los padres con respecto al diagnóstico y al tratamiento de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Consentimiento informado:

Este cuestionario es conducido por un alumno de la FES-Zaragoza UNAM, quien elabora su proyecto de tesis. En este cuestionario no estamos interesados en obtener explicaciones concretas acerca del **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad** (TDAH), ni estamos juzgando sus respuestas. No hay respuestas ni buenas ni malas; más bien, buscamos conocer su opinión acerca de este trastorno.

Por estas razones, le pido que responda de la manera más honesta posible lo que usted crea, sin importar qué tanta información tenga acerca del tema. La información recabada por este medio será utilizada con fines de investigación y las personas que lo respondan se mantendrán en el anonimato.

Si está de acuerdo en participar, por favor ponga su firma en el espacio señalado.

Agradecemos su participación.

Firma del Participante

Instrumento para medir actitudes de los padres con respecto al diagnóstico y al tratamiento de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Datos generales:

1. Edad: _____ 2. Sexo: (M) (F)
4. Estado Civil: _____
4. Nivel máximo de estudios: _____
5. ¿Usted o su pareja fueron diagnosticados con TDAH en algún momento de su vida?
(Sí) (No) (No lo sé)
5. ¿Quién? _____
6. Indique la edad de su hijo y cuánto tiempo lleva con el diagnóstico _____

Instrucciones: queremos conocer cuál es su opinión sobre las siguientes afirmaciones. Por favor, marque sólo una casilla para cada fila, indicando qué tan de acuerdo o qué tan en desacuerdo está con cada afirmación. Si es difícil elegir solo una respuesta, piense en qué tanto se aproxima la oración a su opinión la mayor parte del tiempo.

| Reactivos | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|--|------------------------------|-------------------|--------------------|----------------------|---------------------------------|
| 1. Si le doy el apoyo necesario, mi hijo (a) con TDAH puede alcanzar sus metas y tener un buen desempeño en cualquier cosa que él (ella) se proponga | | | | | |
| 2. El TDAH es una enfermedad que con el tratamiento adecuado le permitiría tener un buen desempeño | | | | | |
| 3. La vida de mi hijo(a) será más fácil si recibe el apoyo adecuado | | | | | |
| 4. Voy a ser objeto de críticas y comentarios negativos si llevo a mi hijo (a) con el psiquiatra | | | | | |
| 5. Otros niños creerán que mi hijo (a) está loco si toma medicamento para el TDAH | | | | | |

| Reactivos | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|--|------------------------------|-------------------|--------------------|----------------------|---------------------------------|
| 6. No acepto la idea de que mi hijo(a) tenga TDAH | | | | | |
| 7. El TDAH es una enfermedad inventada, creada por las farmacéuticas | | | | | |
| 8. Mi hijo(a) con TDAH tiene las mismas capacidades y oportunidades que un niño sin TDAH | | | | | |
| 9. La gente va a tratar diferente a mi hijo (a) si se enteran de que tiene TDAH | | | | | |
| 10. Los profesores van a tratar diferente a mi hijo (a) por tener el TDAH | | | | | |
| 11. El TDAH no existe, solo hace falta disciplina | | | | | |
| 12. Otras personas pensarán que soy un mal padre/madre por darle medicamento para TDAH a mi hijo (a) | | | | | |
| 13. El TDAH es como cualquier enfermedad que requiere un tratamiento adecuado | | | | | |
| 14. El TDAH puede ser causado por una mala crianza de los padres | | | | | |
| 15. El TDAH significa que mi hijo (a) tiene una enfermedad mental grave | | | | | |
| 16. Me preocupan los efectos secundarios del medicamento para TDAH | | | | | |
| 17. El tratamiento para TDAH resultará beneficioso para mi hijo (a) | | | | | |
| 18. Creo que el medicamento para el TDAH es la mejor alternativa para mi hijo (a) | | | | | |
| 19. Los efectos secundarios del medicamento para TDAH serán mayores que sus beneficios | | | | | |
| 20. El medicamento hará que mi hijo (a) deje de ser él (ella) mismo (a) | | | | | |

| Reactivos | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|---|------------------------------|-------------------|--------------------|----------------------|---------------------------------|
| 21. El medicamento servirá para que mi hijo (a) conviva mejor con sus compañeros y demás familiares | | | | | |
| 22. Es muy complicado conseguir el medicamento para el TDAH | | | | | |
| 23. El medicamento para TDAH es muy caro y no voy a poder comprarlo | | | | | |
| 24. Creo que el medicamento para el TDAH ayudará a mi hijo (a) | | | | | |
| 25. El medicamento para TDAH generará dependencia o adicción a mi hijo (a) | | | | | |
| 26. Estoy dispuesto a darle a mi hijo (a) el medicamento para el TDAH | | | | | |
| 27. Con el tratamiento adecuado, mi hijo (a) con TDAH puede tener una buena calidad de vida | | | | | |
| 28. El medicamento ayudará a mi hijo (a) a concentrarse mejor en la escuela | | | | | |
| 29. Creo que el medicamento es necesario para que mi hijo (a) le vaya mejor en la escuela | | | | | |
| 30. El tratamiento para TDAH me ayudará a la crianza de mi hijo (a) | | | | | |
| 31. Olvidaré los días, horarios y dosis del medicamento | | | | | |
| 32. El tratamiento le permitirá poner más atención y concentrarse mejor en la casa y en la escuela | | | | | |
| 33. Es difícil faltar al trabajo para ir a la consulta de mi hijo (a) | | | | | |
| 34. El medicamento tendrá a mi hijo (a) confuso o aturdido | | | | | |
| 35. Usaré el medicamento para el TDAH como último recurso, después de probar otras opciones | | | | | |
| 36. Los profesores apoyan la idea de que mi hijo (a) reciba tratamiento para TDAH | | | | | |

| Reactivos | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|--|------------------------------|-------------------|--------------------|----------------------|---------------------------------|
| 37. Los abuelos de mi hijo (a) creen que el TDAH no existe, que solo lo consiento mucho | | | | | |
| 38. Mi familia apoya la idea de que lleve a mi hijo (a) a consulta con los psiquiatras | | | | | |
| 39. Mi familia dice que mi hijo (a) no necesita el medicamento, que solo hace falta reglas y límites claros en casa | | | | | |
| 40. Mis amigos o conocidos me han dicho que el TDAH no existe | | | | | |
| 41. Creo que el personal que atiende a mi hijo (a) está capacitado para tratar el TDAH | | | | | |
| 42. Los profesores dicen que mi hijo (a) no tiene TDAH, que solo es falta de límites y reglas | | | | | |
| 43. Mi hijo (a) piensa que al tomar medicamento para TDAH va a ser diferente de los demás niños | | | | | |
| 44. Soy consciente de que los psiquiatras, médicos y todos los profesionales de salud que atienden a mi hijo (a), tienen la intención de apoyarme y resolverán mis dudas | | | | | |
| 45. En la escuela me dicen que es bueno que lleve a mi hijo (a) a consulta con los psiquiatras | | | | | |

¡Muchas gracias por su participación!