

Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Lino Palacios-Cruz,^{1,3} Francisco de la Peña,^{2,3} Andrés Valderrama,⁴ Rodrigo Patiño,³ Silvia Pamela Calle Portugal,⁵ Rosa Elena Ulloa⁵

Artículo original

SUMMARY

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) generates controversy among the general population on its diagnosis and treatment. This could be explained by the sparse level of education about mental health, which affects the parent's knowledge and beliefs about this disorder.

ADHD is highly prevalent and 3-5% of school-age children can be diagnosed. In Mexico it represents 1.5 million cases. It represents more than 30% of all cases in clinical pediatric settings.

The reports in health services have shown that the time gap between symptoms identification and treatment is around 8 to 15 years. Moreover, only 25% of the affected children's parents recognize conduct or emotional problems on them and 13% receive mental health care. Attention seeking has been associated with higher severity of the disorder and parent's superior educational level.

Despite the advances in the research on neurobiology and psychopharmacology, understanding of the social context that surrounds the disorder is incomplete. Comparatively little is known regarding how parents conceive the symptoms and causes of ADHD and how these parental views may relate to children's treatment. Understanding these factors is important due to the central role of parents in selecting and accessing treatments and service providers for children with ADHD.

For parents and children, getting information about ADHD is a lottery that depends on which professional they see and what they read or gather from television and the Internet. Mental health professionals most give complete information to parents and children, so risks and benefits of the different treatments may be considered along with the family's needs, values and cultural background.

A better understanding about the parent's knowledge, beliefs and attitudes regarding ADHD would help to improve the communication mechanisms between mental health professionals and parents during the treatment.

Objective

To describe the knowledge, beliefs and attitudes regarding ADHD in Mexican parents.

Methods

The study was approved by the local investigation review board. Informed consent was obtained and parents of children and adolescents diagnosed with ADHD were recruited at four mental health facilities (three public and one private) in two cities. Each parent completed the questionnaire of knowledge and beliefs about ADHD (CASE ADHD, parent's version). The questionnaire was created for this study as an instrument with three versions: a) Parents, b) Teachers, c) Health professionals. Results of parent's version were included in this report. This questionnaire incorporates information of other instruments such as Barkley's Evaluation Questionnaire and the one used in the National Colombian Survey for the Consensus of treatment of ADHD 2008. CASE ADHD includes three parts: 1. An identification record with the mother's or father's general data, 2. The ADHD Rating Scale-IV, and 3. A 36 multiple choice questionnaire related to six main areas: a) The caretaker report of symptoms and clinical characteristics related with ADHD, b) The knowledge about ADHD, c) The pathways to care report, d) The Beliefs about ADHD treatment, e) The professional mental health's performance, and f) The parent's perceptions about ADHD. The questionnaire must be completed with the assistance of a mental health professional. The average application time is 30 minutes.

For statistical analysis central tendency measures were used; as means, standard deviations and percentages.

Results

The total sample was integrated by 288 parents of children or adolescents. The 80.1% of the questionnaires were fulfilled by the mother. The mean age of those who answered was 40.06 years, 25.4% reported to complete professional studies. The mean age of patients was 11.15 years (SD = 3.54), 58% were children and 74% were male, their ADHDRS-IV average score was 27.5 (SD = 14.03).

Knowledge about ADHD. The 85.4% (N = 246) of the surveyed sample considered ADHD as a disease and 8.3% as a rearing difficulty. The 69.2% (N = 198) of parents said they knew what is ADHD, but only 62.1% reported to receive information by the physician or psychologist about this condition.

¹ Subdirección de Investigaciones Clínicas, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

² Departamento de Fomento a la Investigación, INPRFM.

³ Clínica de la Adolescencia, INPRFM.

⁴ Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Coordinación del Curso de Posgrado en Psiquiatría/Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

⁵ Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N Navarro".

Correspondencia: Dra. Rosa Elena Ulloa. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N Navarro". San Buenaventura 86, Col. Belisario Domínguez, Tlalpan 14080 México, D.F. E-Mail: eulloa@hotmail.com

Recibido: 26 de noviembre de 2010. Aceptado: 27 de enero de 2011.

Attitudes about ADHD. When questioned about what would they do if they suspected that their child had ADHD, 35.1% (N=101) would consult a psychiatrist, 21.2% a psychologist, and 12.2% a neurologist or pediatric neurologist. The 28% of parents were deemed unable to manage their child's behavior problem. When we asked about who is able to diagnose ADHD, 49.5% answered that the psychologist, 48.5% the psychiatrist and 19.8% that the pediatrician. The psychiatrist was considered able to treat this condition by 45.8% of the sample followed by psychologist (19.8%), and neurologist (10.4%).

Beliefs about diagnosis and treatment. Nearly 63% of the sample (N = 183) considered that the best treatment for ADHD was the combined treatment; 16.3% preferred the psychological approach and psychopharmacology was chosen by only 6.6%. Almost half (48.5%, N= 129) of the sample considered that drug treatment only supports the psychosocial treatment and does not have a therapeutic effect by itself, 46.2% (N = 133) of the sample believed that «drugs only control the symptoms and do not cure the disorder». Regarding to psychological treatment, 52.4% (N= 151) of parents considered it as «the most helpful intervention». So the parent's expectancies for mental health services were mainly to receive psychotherapy (42.3%) and counseling (31.0%).

Experiences about mental health services. The parents of children who had already received treatment reported that they consulted 2±1.42 mental health professionals before obtaining an adequate treatment.

Conclusions

In this study, most surveyed parents considered ADHD as a disease. It is interesting to note that nearly half of parents reported that the psychologist was able to make the diagnosis of this condition, in numbers slightly higher than physicians. Nearly one fifth reported that the pediatrician is trained to diagnose ADHD. As far as who is qualified to treat ADHD, more than 40% declared that psychiatrist, followed by psychologist (19.8%), and neurologist (10.4%).

Almost two thirds (63%) of parents reported that the best treatment for ADHD was the combined treatment. Where the psychosocial treatment was considered the most useful intervention. This point highlights the importance of training psychologists as key members in the early diagnosis and treatment of these patients.

Key words: Parents, seeking of attention, knowledge, beliefs, attitudes, ADHD, multimodal treatment, psychosocial treatment, psychopharmacologic treatment.

RESUMEN

Introducción

A pesar de la evidencia científica acerca de las características neurobiológicas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) que apoya el uso de medicamentos para su tratamiento, este padecimiento sigue generando controversia con respecto a su existencia, su persistencia a lo largo de la vida y su tratamiento óptimo.

La prevalencia del TDAH a nivel mundial es alta. Los estudios epidemiológicos muestran que 3 a 5% de los niños en edad escolar pueden recibir este diagnóstico. En México se estima que hay aproximadamente 33 millones de niños y adolescentes, de los cuales 1.5 millones podrían ser diagnosticados con TDAH. En el contexto clínico, al menos 30% de los pacientes que acuden a valoración de primera vez en los servicios de psiquiatría infantil presentan problemas de inatención, hiperactividad o impulsividad.

Algunos estudios epidemiológicos han mostrado que sólo el 25% de los padres de sujetos con síntomas de trastornos de conducta o del afecto consideraban que sus hijos necesitaban atención médica, y de ellos, el 13% acudió a los servicios de salud mental. La búsqueda de atención especializada se ha asociado con una mayor intensidad del trastorno y un mayor nivel educativo de los padres. Diversas publicaciones relacionadas con el tratamiento del TDAH a lo largo de la vida resaltan la importancia de la intervención multimodal, es decir, un tratamiento multidisciplinario que va más acorde al modelo biopsicosocial el cual, a su vez, se encuentra relacionado con los factores etiológicos y de pronóstico a mediano y largo plazo en el TDAH.

En diversos estudios se ha subrayado la importancia de brindar educación adecuada sobre el trastorno y su tratamiento. También sugieren que un mejor entendimiento acerca de las creencias y conocimientos de los padres de niños y adolescentes con TDAH ayudará a mejorar los mecanismos de comunicación, atención y colaboración entre los distintos elementos participantes en el tratamiento del TDAH y reducirá el tiempo entre la identificación del problema y el inicio del tratamiento.

Objetivo

Describir los conocimientos, las creencias y actitudes de los padres de niños y adolescentes con TDAH acerca de la naturaleza de la enfermedad, la conducta en la búsqueda de atención médica y su tratamiento.

Material y métodos

La muestra fue conformada por padres de niños y adolescentes que habían recibido el diagnóstico de TDAH por un clínico calificado. Participaron cuatro centros de atención psiquiátrica, tres en la Ciudad de México y otro en la ciudad de San Luis Potosí. El instrumento principal (CASO ADH padres) es un cuestionario autoaplicable y fue escrito específicamente para este estudio. CASO ADHD es un instrumento con tres versiones: a) Padres, b) Maestros y c) Profesionales de la salud. En este estudio se exponen los resultados de la primera versión.

Resultados

La muestra total se conformó de 288 padres. El 69.2% dijo saber qué es el TDAH, 85.4% consideró al TDAH como una enfermedad y el 8.3% como una dificultad de la crianza; el resto lo consideró un mito, una moda, un invento de la industria farmacéutica o no existente. Alrededor del 63% de la muestra consideró que el mejor tratamiento para el TDAH sería el tratamiento combinado, el 16.3% prefirió el enfoque psicológico y sólo 6.6% eligió la psicofarmacología. Casi la mitad de la muestra, 48.5%, consideró que el tratamiento farmacológico solamente apoya al tratamiento psicosocial. La mayoría de los padres (60%) identificaron los síntomas de sus hijos en su propia conducta durante los años escolares.

Conclusiones

Es importante mejorar la cantidad y la calidad de educación acerca del TDAH y su tratamiento entre los padres de los pacientes, para que sus decisiones terapéuticas sean más informadas y tengan mejor efecto sobre el pronóstico del paciente.

Palabras clave: Padres, búsqueda de atención, conocimientos, creencias, actitudes, TDAH, tratamiento combinado, tratamiento psicofarmacológico, tratamiento psicosocial.

INTRODUCCIÓN

A pesar de la evidencia científica acerca de las características neurobiológicas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) que apoya el uso de medicamentos para su tratamiento,^{1,2} este padecimiento sigue generando controversia con respecto a su existencia, su persistencia a lo largo de la vida y su tratamiento óptimo. Aún más, los profesionales de la salud exhiben dificultades para su reconocimiento debido a limitaciones en su entrenamiento en temas relacionados con la salud mental.³

La prevalencia del TDAH a nivel mundial es alta. Los estudios epidemiológicos muestran que 3 a 5% de los niños y adolescentes en edad escolar pueden recibir este diagnóstico.⁴ En México se estima que hay aproximadamente 33 millones de niños y adolescentes,⁵ de los cuales 1.5 millones podrían ser diagnosticados con TDAH. En el contexto clínico, al menos 30% de los pacientes que acuden a valoración de primera vez en los servicios de psiquiatría infantil presentan problemas de inatención, hiperactividad o impulsividad.⁶

Los reportes acerca del uso de servicios de salud en nuestro país muestran que los pacientes pueden tardar de ocho a 15 años en buscar atención especializada y que 15% de las personas con trastornos mentales recurre a la automedicación (Vitela, 2006). Algunos estudios epidemiológicos han mostrado que sólo el 25% de los padres de sujetos con síntomas de trastornos de conducta o del afecto consideraban que sus hijos necesitaban atención médica, y de ellos, solamente el 13% acudió a los servicios de salud mental.⁷ La búsqueda de atención especializada se ha asociado con una mayor intensidad del trastorno y con un mayor nivel educativo de los padres.^{8,9} Diversas publicaciones relacionadas con el tratamiento del TDAH a lo largo de la vida resaltan la importancia de la intervención multimodal,¹⁰⁻¹² es decir, un tratamiento multidisciplinario que va más acorde al modelo biopsicosocial que se encuentra relacionado con los factores etiológicos y de pronóstico a mediano y largo plazo en el TDAH. El estudio más importante que proporciona evidencia de la utilidad de combinar intervenciones psicosociales y farmacológicas en el tratamiento de este padecimiento es el estudio multicéntrico de tratamiento multimodal para niños con TDAH (MTA por sus siglas en inglés), cuyos resultados mostraron que tanto las intervenciones psicosociales como las farmacológicas son efectivas en el manejo de este trastorno, siendo mayor el efecto del medicamento y del tratamiento combinado.^{13,14}

Los padres de niños y adolescentes diagnosticados con TDAH frecuentemente tienen frente a sí diversas opciones de tratamiento que cuentan con mayor o menor evidencia científica, que incluyen el uso de medicamentos, intervenciones psicosociales, terapias alternativas, el uso de suplementos alimenticios o modificaciones a su dieta. Un estudio que examinó las opciones de tratamiento elegidas por pa-

dres de niños con TDAH mostró que 73% de la muestra estudiada había utilizado alguna modalidad de psicoterapia individual o métodos conductuales y 50% había utilizado modificaciones en la dieta. Al preguntarles cuáles consideraban como fuentes de información confiable acerca del trastorno, mencionaron al material bibliográfico, médicos especialistas, amigos de la familia, medios de comunicación, profesionales de la salud mental y maestros.¹⁵

Los datos anteriores subrayan la importancia de brindar educación adecuada sobre el trastorno y su tratamiento.¹⁶ También sugieren que un mejor entendimiento acerca de las creencias y conocimientos de los padres de niños y adolescentes con TDAH ayudará a mejorar los mecanismos de comunicación, atención y colaboración entre los distintos participantes en el tratamiento del TDAH y reducirá el tiempo transcurrido entre la identificación del problema y el inicio del tratamiento.

El objetivo principal de nuestro estudio fue describir los conocimientos, las creencias y las actitudes de los padres de niños y adolescentes con TDAH en torno a: La naturaleza de la enfermedad, la conducta a seguir en la búsqueda de atención médica y su tratamiento óptimo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Previo información y consentimiento a participar, la muestra fue conformada por padres de niños y adolescentes que habían recibido el diagnóstico de TDAH por un clínico calificado. Participaron cuatro centros de atención psiquiátrica, tres de ellos en la Ciudad de México y otro más en la ciudad de San Luis Potosí; uno de los cuatro centros fue de atención privada y el resto instituciones públicas. El proyecto cumplió con los requisitos establecidos por la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el comité de ética correspondiente.

Instrumentos

Cédula de captura clínica para adolescentes con TDAH (CASO ADH). Es un cuestionario autoaplicable que se completa por los padres de niños y adolescentes con diagnóstico principal de TDAH bajo la supervisión de un profesional de la salud mental.

La Cédula para el escrutinio fue escrita específicamente para este estudio por un panel de expertos en psicopatología que discutieron el mismo hasta alcanzar un consenso.

Esta Cédula incorpora información de otros instrumentos previamente aplicados y/o evaluados, como el Cuestionario de Evaluación de Barkley¹⁷ y la Encuesta Nacional para el Consenso de Opinión sobre el Manejo Clínico del TDAH-2008.¹⁸

Este instrumento consta de tres partes: 1) Un registro de identificación con los datos generales de la madre o del

padre; 2) La escala de evaluación de TDAH en su versión IV (ADHD Rating Scale-IV, por sus siglas en inglés) y 3) Un cuestionario de 36 preguntas de opción múltiple relacionadas con seis áreas: a) Reporte del cuidador sobre los síntomas y las características clínicas relacionadas con el trastorno por medio de preguntas acerca de la inatención, la hiperactividad y la impulsividad presentes en el momento actual; b) Conocimientos acerca del TDAH (si los padres consideran al TDAH una enfermedad o un mito y si han recibido información acerca del mismo); c) Pasos en la búsqueda de atención (a quién se considera un profesional capacitado para diagnosticar y tratar la enfermedad); d) Creencias acerca del tratamiento (el medicamento, la psicoterapia u otras opciones en el tratamiento del TDAH); e) Desempeño del profesional de salud mental (a cuántos profesionales se ha consultado y si las explicaciones recibidas fueron satisfactorias) y f) Actitudes de los padres acerca del TDAH, es decir, su competencia para el manejo conductual de los síntomas y el antecedente de síntomas de TDAH en los padres. El cuestionario se completa en un tiempo promedio de 30 minutos.

Este instrumento tiene tres versiones: a) Padres; b) Maestros; c) Profesionales de la salud. La que se reporta en este estudio es solamente la versión que se aplicó a los padres.

Establecimiento del diagnóstico en los pacientes

Este fue realizado por médicos especialistas certificados por los consejos médicos correspondientes, con más de cinco años de experiencia en el diagnóstico y tratamiento del TDAH.

Análisis estadístico

Para la descripción de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión; como promedios, porcentajes y desviaciones estándar. Se evaluó si la probabilidad de considerar al TDAH como enfermedad se relacionaba con haber recibido información, utilizando razón de momios. Se consideró significativo un valor de $p \leq 0.05$.

RESULTADOS

La muestra total se conformó por los padres de 288 niños y adolescentes. El 80.1% y el 13.4% de los cuestionarios fueron completados por la madre y el padre, respectivamente; el resto por padrastros, padres adoptivos u otros familiares. El promedio de edad de quienes contestaron fue de 40.06 años (DE=8.6 años) y su escolaridad en promedio de años cursados fue de 11.7 años (DE=4.4 años), 25.4% de estos adultos reportó haber completado una carrera universitaria.

La edad promedio de los pacientes fue de 11.15 años (DS=3.54 años), el 58% y 42% fueron niños y adolescentes

respectivamente. El 74% eran hombres; y 69.4% acudían a escuelas públicas. De acuerdo a quienes contestaron el cuestionario, la muestra estudiada de niños y de adolescentes obtuvo un puntaje promedio de 27.5 (DE 14.03) en la escala ADHDRS-IV (puntuación máxima de la escala 54 puntos).

Conocimientos acerca de la enfermedad

El 69.2% (N=198) de los padres dijo saber qué es el TDAH, aunque sólo 62% refirieron haber recibido información acerca del trastorno. El 85.4% (N=246) de la muestra evaluada consideró al TDAH como una enfermedad y el 8.3% (N=24) como una dificultad en la crianza, el resto consideró al TDAH como un mito, una moda, un invento de la industria farmacéutica o no existente. Aquellos que recibieron información tuvieron mayor probabilidad de reportar que el TDAH era una enfermedad que aquellos que no recibieron información (RM=3.25, $p=0.002$, IC 95% 1.51-6.97).

Búsqueda de atención y creencias sobre el diagnóstico y tratamiento

La figura 1 muestra las diferentes opciones que los padres elegirían para confirmar un probable diagnóstico y tratamiento del TDAH. La mayor parte de los sujetos encuestados buscarían atención por parte de un profesional de la salud mental, aunque algunos acudirían a otros profesionales o tratarían de resolver el problema por cuenta propia. Las expectativas de los padres al acudir a los servicios de salud mental infantil se concentraron en recibir intervenciones psicosociales, los detalles se muestran en el cuadro 1.

En cuanto a las creencias acerca del tratamiento, alrededor del 63% de la muestra consideró que el mejor tratamiento para el TDAH sería el tratamiento combinado, el 16.3% prefirió el enfoque psicológico en tanto que la psicofarmacología fue elegida sólo por el 6.6%. Casi la mitad de la muestra, 48.5%, consideró que el tratamiento

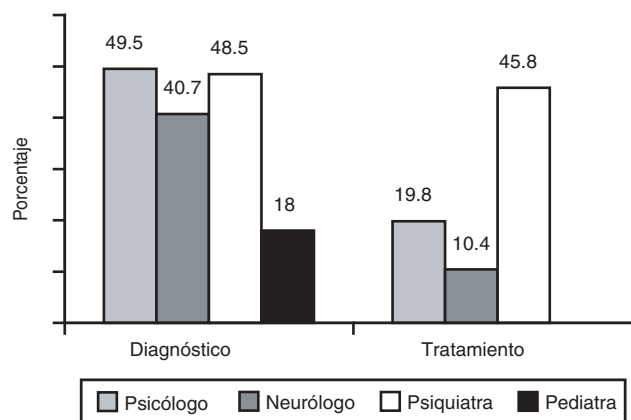


Figura 1. Profesionales de salud que se consideraron capacitados para diagnosticar y tratar el TDAH.

farmacológico solamente apoya al tratamiento psicosocial y no tiene un efecto terapéutico en sí mismo. En cuanto al tratamiento psicológico, el 52.4% de los padres consideraron que es «la intervención más útil».

Elección y desempeño del profesionalista para la atención de los pacientes

Los padres reportaron haber consultado de uno a seis (promedio 2±1.42) profesionales de la salud mental antes de encontrar un tratamiento adecuado para su hijo. El 59.4% prefirió un psiquiatra infantil y de la adolescencia, seguido por 24% que prefirió un psicólogo o psicoterapeuta y sólo 6.6% a un neurólogo pediatria.

Cuando se les preguntó quién realizó el diagnóstico correcto en sus hijos, la mayoría de los padres refirieron al psiquiatra o psiquiatra infantil (60%), seguidos por el psicólogo (16%) y el neurólogo o neurólogo pediatria (13%). Menos del 5% refirió haber sido diagnosticado por un médico general, por un pediatra o por un psicopedagogo.

Sólo el 62.1% de la muestra reportó haber recibido información por el médico o el psicólogo acerca de esta condición y el 78.2% de ellos reportó que dicha información fue satisfactoria.

Actitudes acerca del TDAH

La mayoría de los padres (60%) identificó los síntomas de sus hijos en su propia conducta durante los años escolares, sin embargo solamente el 25% de ellos reconoció que tuvieron dificultades en alguna área de su vida. El 28% de los padres se percibió incapaz para manejar los problemas conductuales de su hijo.

DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo describir los conocimientos y creencias de los padres de niños y adolescentes con TDAH respecto a diversas áreas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento de esta condición. Las características demográficas de la población estudiada fueron semejantes a las encontradas entre la población que acude a los servicios de salud mental en México.¹⁹ Como en otros estudios, las madres participaron en mayor grado

que los padres u otros familiares como fuentes de información y contaban con un nivel de escolaridad que les permitió contestar de manera confiable la encuesta.^{20,21}

Con respecto al conocimiento de los padres acerca del TDAH, nuestro estudio mostró que el haber recibido información influyó directamente en la percepción del trastorno como una enfermedad. Este resultado ha sido semejante al reportado por otros autores,²²⁻²⁴ destacando el artículo de Stroh et al. (2008), donde se observó que los padres de niños con TDAH tenían mayor información del trastorno y una opinión más favorable del medicamento y las intervenciones no farmacológicas que los padres de niños sanos.²⁵

El hecho de que las personas que no habían recibido información de los médicos pudieran señalar al TDAH como una enfermedad indica la participación de otras fuentes de información como los medios de comunicación, libros, familiares cercanos y maestros.²⁵ Asimismo, el alto porcentaje de padres que reportaron no haber recibido información del médico o psicólogo apunta a la necesidad de que el profesional tenga una comunicación efectiva con los padres, adecuada al nivel educativo de éstos.

Sobre las opciones en la búsqueda de atención, aunque una mayor proporción de los padres señalaron que consultarían a un médico, principalmente psiquiatra o psiquiatra infantil para la evaluación inicial de su hijo ante la sospecha del diagnóstico de TDAH, más del 20% señalaron que acudirían con un psicólogo como un primer paso, lo que muestra que en México la población considera a los psicólogos como especialistas dentro del primer nivel de atención en salud mental, por lo que estos profesionales deben recibir capacitación para la identificación oportuna del trastorno. En el presente estudio, la preferencia de atención por un médico manifestada por los padres de los pacientes muestra que la población conceptualiza al TDAH como una enfermedad.

Las preferencias expresadas por esta muestra en cuanto al tratamiento fueron muy similares a las reportadas en otros estudios en los que la consejería y el entrenamiento conductual fueron las técnicas más buscadas y aceptadas por los padres, aunque reconocieron la eficacia del tratamiento psicofarmacológico y del tratamiento combinado.^{16,23,26}

La opinión de los padres en este estudio acerca de que el tratamiento combinado es la mejor opción se ha reportado en estudios realizados en Estados Unidos y Canadá.^{25,27} Sin embargo, la noción de que el fármaco es útil sólo como apoyo a las medidas psicosociales no había sido reportada previamente, probablemente debido a las diferencias en el contenido de las encuestas aplicadas en otros estudios.

En nuestro estudio más de dos terceras partes de los encuestados refirieron haber recibido información acerca de esta condición por el profesional de salud mental y además la reportaron como satisfactoria. Estudios longitudinales han mostrado que existen familias que retrasan el inicio del tratamiento farmacológico hasta por cuatro años

Cuadro 1. Los padres esperaban recibir al acudir a los servicios de salud mental infantil:

	%
Psicoterapia	42.3
Orientación para el manejo conductual	31.0
Tratamiento farmacológico	13.6
Psicoterapia familiar	9.9
Otros servicios	3.3

a pesar de haber recibido un diagnóstico formal temprano.^{28,29} Si bien esto puede deberse a diversas razones, como por ejemplo, tratar el padecimiento inicialmente con psicoterapia o el temor a los efectos colaterales de los estimulantes, señala la necesidad de mejorar la comunicación entre los padres y el profesional de la salud en cuanto a las causas y el tratamiento de esta condición.

Limitaciones

La principal limitación de este trabajo es que la muestra fue obtenida exclusivamente en centros de atención psiquiátrica, por lo que la opinión de los padres respecto al TDAH como enfermedad y sobre el profesional adecuado para su diagnóstico y manejo no puede ser generalizada al resto de la población.

La muestra evaluada fue heterogénea en cuanto al tiempo de evolución del TDAH de los niños y adolescentes, al entrenamiento que habían recibido sus padres/tutores y la información que poseían acerca del padecimiento. Si bien esto no constituyó un problema en el presente estudio, futuras investigaciones deberán estratificar a la muestra para determinar con mayor precisión el peso de las variables arriba mencionadas en la opinión de los padres.

CONCLUSIONES

En este estudio la mayoría de los padres encuestados consideraron que el TDAH es una enfermedad que debe ser diagnosticada y tratada por un médico. El psicólogo también es visto como un profesional preparado para el manejo de este trastorno.

Los padres encuestados señalaron al tratamiento combinado como el más eficaz para el TDAH, lo que indica la necesidad de crear programas multimodales para su manejo.

Es importante mejorar la cantidad y la calidad de la educación acerca del TDAH y su tratamiento impartida a los padres de los pacientes, para que sus decisiones terapéuticas sean más informadas y tengan un mejor efecto sobre el pronóstico del paciente.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la colaboración de los licenciados en psicología Sarahí Sánchez, Erika Suárez, Gamaliel Victoria, Adriana Arias-Caballero y Nizallé Aguilar.

REFERENCIAS

1. Curatolo P, Paloscia C, D'Agati E, Moavero R et al. The neurobiology of attention deficit/hyperactivity disorder. *Eur J Paediatr Neurol* 2009;13:299-304.
2. Tripp G, Wickens J. Neurobiology of ADHD. *Neuropharmacology* 2009;57:579-589.

3. Zwi M, Ramchandani P, Joughin C. Evidence and belief in ADHD. *BMJ* 2000;321:975-976.
4. Polanczyk G, Silva de Lima M, Lessa Horta B, Biederman J, et al. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164:942-948.
5. INEGI. Censo de población y vivienda. 1950-2005. México.
6. Secretaría de Salud. Programa de acción en salud mental. México; 2002.
7. Caraveo-Anduaga J, Colmenares-Bermúdez E, Martínez-Vélez N. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Publica Mex* 2002;44:492-498.
8. Benjet C, Borges G, Medina-Mora M, Blanco J et al. La Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente. En: Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S (eds). *La epidemiología de salud mental en América Latina y el Caribe*. Washington DC: Pan American Health Organization; 2009 (en prensa).
9. Medina-Mora M, Borges G, Lara C, Benjet C et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 2005;35:1773-1783.
10. De la Peña F, Barragán E, Rohde L, Patiño L et al. Algoritmo de tratamiento multimodal para escolares latinoamericanos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental* 2009;32:S17-S29.
11. Palacio J, Ruiz-García M, Bauermeister J, Montiel-Navas C et al. Algoritmo de tratamiento multimodal para preescolares latinoamericanos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental* 2009;32:3-16.
12. Palacios L, Zavaleta P, Patiño R, Abadi A et al. Algoritmo de tratamiento multimodal para adolescentes latinoamericanos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental* 2009;32:31-44.
13. The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder: The multimodal treatment study of children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1073-1086.
14. The MTA Cooperative Group. Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: The multimodal treatment study of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1088-1096.
15. Weiss G, Hechtman L, Milroy T, Perlman T. Psychiatric status of hyperactive children: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985;24:211-220.
16. Johnston C, Seipp C, Hommersen P, Hoza B et al. Treatment choices and experiences in attention deficit and hyperactivity disorder: relations to parents' beliefs and attributions. *Child Care Health Dev* 2005;31:669-677.
17. Barkley R, Murphy K, Bauermeister J. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Un manual de trabajo clínico. London: The Guilford Press; 1998.
18. Palacio J, Botero D, Muñoz C, Vásquez R. Hallazgos de una encuesta sobre la experiencia del manejo clínico del TDAH. *Rev Colomb Psiquiatr* 2009;38:84-87.
19. De la Peña F, Patiño M, Mendizábal A, Cortés J et al. La Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA). Características del instrumento y estudio de confiabilidad interevaluador y temporal. *Salud Mental* 1998;21:11-18.
20. Peris T, Hinshaw S. Family dynamics and preadolescent girls with ADHD: the relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology, and comorbid disruptive behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2003;44:1177-1190.
21. Singh I. Doing their jobs: mothering with Ritalin in a culture of mother-blame. *Soc Sci Med* 2004;59:1193-1205.
22. Bennett D, Power T, Rostain A, Carr D. Parent acceptability and feasibility of ADHD interventions: assessment, correlates, and predictive validity. *J Pediatr Psychol* 1996;21:643-657.
23. Corkum P, Rimer P, Schachar R. Parental knowledge of attention-deficit hyperactivity disorder and opinions of treatment options: impact on

- enrollment and adherence to a 12 month treatment trial. *Can J Psychiatry* 1999;44:1043-1048.
24. Liu C, Robin A, Brenner S, Eastman J. Social acceptability of methylphenidate and behavior modification for treating attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics* 1991;88:560-565.
 25. Stroh J, Frankenberger W, Cornell-Swanson L, Wood C et al. The use of stimulant medication and behavioral interventions for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder: A survey of parents' knowledge, attitudes, and experiences. *J Child Fam Stud* 2008;17:385-401.
 26. Chen M, Seipp C, Johnston C. Mothers' and fathers' attributions and beliefs in families of girls and boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Psychiatry Hum Dev* 2008;39:85-99.
 27. McLeod J, Fettes D, Jensen P, Pescosolido B et al. Public knowledge, beliefs, and treatment preferences concerning attention deficit-hyperactivity disorder. *Psychiatr Serv* 2007;58:626-631.
 28. Leslie L, Plemmons D, Monn A, Palinkas L. Investigating ADHD treatment trajectories: listening to families' stories about medication use. *J Dev Behav Pediatr* 2007;28:179-188.
 29. Pescosolido B, Jensen P, Martin J, Perry B et al. Public knowledge and assessment of child mental health problems: Findings from the National Stigma Study-Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47:339-349.

Artículo sin conflicto de intereses