

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



**“RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA
SOBRECARGA MATERNA Y LA ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN NIÑOS CON TRASTORNO POR
DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD”**

Por:

DRA. CRISTINA LAZARÍN PIÑUELAS

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL
GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE**

FEBRERO, 2019

**“RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA SOBRECARGA
MATERNA Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN NIÑOS CON
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD”**

Aprobación de la tesis:

DRA. MED. MYRTHALA JUÁREZ TREVIÑO
Director de tesis

DR. ALFREDO BERNARDO CUÉLLAR BARBOZA
Coordinador de Enseñanza

DR. ERASMO SAUCEDO URIBE
Coordinador de Investigación

DR. STEFAN MAURICIO FERNÁNDEZ ZAMBRANO
Jefe de Departamento

DR. MED. FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ
Subdirector de Estudios de Posgrado

TABLA DE CONTENIDO

| Capítulo I | Página |
|-----------------------------|--------|
| 1. RESUMEN..... | 1 |
| Capítulo II | |
| 2. INTRODUCCIÓN | 2 |
| Capítulo III | |
| 3. HIPÓTESIS | 9 |
| Capítulo IV | |
| 4. OBJETIVOS | 10 |
| Capítulo V | |
| 5. MATERIAL Y MÉTODOS | 11 |
| Capítulo VI | |
| 6. RESULTADOS..... | 21 |
| Capítulo VII | |
| 7. DISCUSIÓN | 22 |

Capítulo VIII

8. CONCLUSIONES 25

Capítulo IX

9. ANEXOS..... 26

Capítulo X

10. BIBLIOGRAFÍA 32

Capítulo XI

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO 36

INDICE DE TABLAS

| Tabla | Página |
|---------------------------------|---------------|
| 1. Datos sociodemográficos..... | 29 |
| 2. Análisis estadístico..... | 30 |

INDICE DE FIGURAS

| Figura | Página |
|-------------------------------|---------------|
| 1. Gráfica de resultados..... | 31 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|-------------|--|
| TDAH | Trastorno por déficit de atención e hiperactividad |
| DAT1 | Transportador de dopamina |
| DRD4 | Receptor de dopamina |
| 5HTT | Transportador de serotonina |

RESUMEN

CORRELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA SOBRECARGA Y LA SEVERIDAD DE LA DEPRESIÓN EN MADRES CUIDADORAS DE NIÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Juárez M., Lazarín C., Luna C., Hernández L.

Objetivo: Evaluar la relación entre la severidad de la sobrecarga materna y la adherencia terapéutica en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Material y Métodos: Estudio observacional, transversal, no ciego, tipo encuesta. Se incluyeron mujeres mayores de 18 años, que fuesen madres cuidadoras de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, atendidos en el departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" en el período de mayo a noviembre del 2018. Se aplicó la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y la Escala de Adherencia Terapéutica. Se excluyeron las madres que contaran con un diagnóstico de patología psiquiátrica, que estuviesen en tratamiento para dicho trastorno y aquellas que se negaran a participar del estudio. Para el análisis descriptivo de los resultados se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes, medianas con desviaciones estándar, coeficiente de correlación de Pearson o de Spearman y el paquete estadístico SPSS versión 25.0.

Resultados: Se encontró una relación lineal negativa entre los resultados de las escalas de severidad de sobrecarga del cuidador (escala de Zarit) y de la adherencia terapéutica (Escala de Adherencia Terapéutica) con un coeficiente de correlación de Spearman r_s de 0.311 ($p < 0.003$).

Conclusiones: Este estudio nos muestra una correlación directa y significativa entre la presencia de sobrecarga del cuidador y la adherencia terapéutica, esto quiere decir que, a mayor grado de sobrecarga en madres de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, menor será la adherencia terapéutica de dicha población.

Palabras clave: Sobrecarga del cuidador, adherencia terapéutica, trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un trastorno crónico del neurodesarrollo que persiste hasta la vida adulta en un poco más de la mitad de los casos y que se asocia a diversos problemas, entre los que se incluyen depresión, ansiedad, inestabilidad social, laboral y académica y que tiene una prevalencia de alrededor del 5% en los menores de edad.¹ Además de provocar un deterioro en el desarrollo social, académico y vocacional de quienes lo padecen, este trastorno conlleva una carga para sus familiares y cuidadores.²

La Organización Mundial de la Salud define al cuidador primario como “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta”.³ Estas actividades de cuidado pueden ser sumamente desgastantes para quien las lleva a cabo, ya que el cuidador debe hacer frente a las demandas del cuidado y a su vez asumir el rol familiar que llevó a cabo antes de la enfermedad del paciente.

Se ha demostrado que la provisión de cuidados diarios y de larga duración en niños con severa discapacidad supone riesgo para el bienestar del cuidador. Diversas investigaciones demuestran que ser madre de niños con trastornos del neurodesarrollo es un importante factor de riesgo para presentar patología tanto física como mental.⁴

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un padecimiento crónico caracterizado por presentar déficit severo en el control atencional,

impulsividad e hiperactividad. Se observa principalmente en la infancia, aunque en la mayoría de los casos persiste de forma continua con la consecuente presencia de síntomas residuales en la edad adulta.⁶ El Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales lo agrupa dentro de los trastornos del desarrollo neurológico, requiriendo para su diagnóstico la presencia de mínimo seis síntomas de inatención y/o 6 síntomas de hiperactividad/impulsividad. Distingue entre tres subtipos: predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo/impulsivo y el combinado. Estos síntomas deben de tener una aparición antes de los 12 años y estar asociados a deterioro en el funcionamiento global del paciente en múltiples escenarios (ej. casa, escuela).⁷ No es infrecuente que estos pacientes presenten un déficit cognoscitivo expresado en un trastorno del aprendizaje además suelen acompañarse de retraso en el desarrollo motor y del lenguaje. Esta patología afecta principalmente al género masculino, tiene una prevalencia mundial del 5% en niños⁸ y se estima que la prevalencia en la edad adulta es del 2.5%.⁹ En cuanto a la población infantil en México, el TDAH afecta entre el 4 y 12% de la población escolar y se calcula que existen alrededor de 1 500 000 niños afectados, sin embargo, es importante aclarar que no existen estudios epidemiológicos sobre la prevalencia del TDAH en la República Mexicana.¹⁰ Pese a ser una de las patologías psiquiátricas más estudiadas, su causa exacta aún se desconoce.¹¹ La literatura describe potenciales factores de riesgo tanto biológicos como ambientales para el desarrollo de esta patología. Estudios reportan un factor de heredabilidad estimado de 0.7, siendo una de las enfermedades psiquiátricas más heredables, aunque hasta el momento no hay un factor de riesgo genético único identificado por lo tanto se propone que la interacción de múltiples variantes genéticas de como resultado la aparición del trastorno.¹² Líneas de investigación recientes apuntan a alteraciones

dopaminérgicas, encontrándose asociación moderada entre el TDAH y variantes del transportador de dopamina (DAT1), receptores dopaminérgicos (DRD4 y DRD5) así como con el transportador de serotonina (5HTT).¹³ Estas variaciones dan como resultado alteraciones en la función ejecutiva la cual se encarga del control inhibitorio y memoria de trabajo; también se presenta un déficit del procesamiento temporal y alteraciones de memoria y planeación.¹⁴ Dentro de los factores ambientales asociados al desarrollo de esta patología se encuentra el consumo de tabaco tanto paterno como materno durante el periodo prenatal, prematuridad, bajo peso al nacer, malnutrición y deprivación temprana/negligencia.¹⁵

Es importante tener en cuenta que esta patología se presenta en conjunto con múltiples comorbilidades dentro de las que se destacan los trastornos disruptivos destacándose en ellos el trastorno oposicionista desafiante y el trastorno de conducta, afectando al 50% de los niños con TDAH, ambos en la misma proporción.¹⁶ Los trastornos de ansiedad se presentan en el 33% de los casos y los trastornos del estado de ánimo en un 50%.¹⁷ La patología dual es una de las principales comorbilidades de los individuos con TDAH, de acuerdo a la literatura, 1 de cada 4 personas con un trastorno por uso de sustancias tiene antecedente de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.¹⁸ En cuanto al tratamiento de esta patología se cuenta con distintos focos de intervención encaminados al manejo de la sintomatología y la mejoría en el funcionamiento del individuo los cuales incluyen tratamiento farmacológico y no farmacológico. El tratamiento no farmacológico consiste en intervenciones conductuales dirigidas a los padres, entrenamiento en habilidades sociales y terapia cognitivo conductual; estos por lo regular son usados en conjunto con terapia farmacológica, sin embargo, hay casos donde se pueden utilizar de forma exclusiva, por ejemplo, en pacientes preescolar

ya que no se ha demostrado su seguridad y eficacia, cuando los padres no se sienten cómodos utilizando psicofármacos para modificar la conducta de sus hijos o en casos donde la presencia de efectos adversos sobrepase el beneficio. El tratamiento farmacológico ha demostrado eficacia en la mejoría de los síntomas a corto y largo plazo y es altamente recomendado como parte de un tratamiento integral para evitar el deterioro interpersonal, familiar y escolar de los pacientes, así como la aparición de comorbilidades. Dentro de los fármacos utilizados se cuenta con aquellos que son estimulantes y no estimulantes. El que se utiliza con mayor frecuencia es el metilfenidato, un fármaco estimulante que actúa bloqueando la recaptura de dopamina en la neurona presináptica. La atomoxetina es un fármaco no estimulante que se utiliza como segunda elección, en caso de presencia de efectos adversos importantes con los estimulantes, aquellos no respondedores o cuando se sospecha de uso inapropiado de los mismos; éste actúa incrementando los niveles extracelulares de noradrenalina.¹⁹ Los principales efectos adversos reportados con el uso tanto de estimulantes como de no estimulantes, son la pérdida de apetito y alteraciones en el patrón del sueño, sin embargo estos efectos adversos tienden a ser bien tolerados.²⁰ Es importante señalar que el tratamiento farmacológico por sí mismo puede no ser suficiente para normalizar el funcionamiento del paciente, por lo que las líneas de investigación se dirigen a desarrollar intervenciones conjuntas que tengan como blanco los déficit cognitivos y conductuales, en búsqueda de mejorar el pronóstico del paciente a largo plazo.²¹

Como ya se mencionó previamente, la patología mental es causa de pérdida importante en la funcionalidad de algunos pacientes por lo que éste queda al cuidado de otros individuos.

A partir de las demandas propias del rol puede presentar síntomas físicos, psicológicos, conductuales y sociales que ocasionan carga, como consecuencia de esto disminuye la calidad de la atención hacia el enfermo y sus relaciones sociales, familiares y conyugales.²²

La carga del cuidador se define como las actitudes y reacciones emocionales frente a la experiencia de cuidar y el grado de perturbación o cambios en diversos aspectos en el ámbito doméstico y en la vida de los cuidadores.²³ Existe un familiar denominado cuidador principal, que es el que pasa más horas al día atendiendo y cuidando al enfermo; esta tarea suele recaer principalmente en las mujeres, ya que estas siguen siendo las que se ocupan de las tareas domésticas y de las responsabilidades familiares, ya sea como actividad exclusiva o como extensión de la jornada laboral extradoméstica, y son quienes generalmente se responsabilizan de la prestación de cuidados a familiares enfermos.²⁴ Algunos factores identificados en los cuidadores que han sido estudiados para determinar el grado de la sobrecarga son patrones rígidos de funcionamiento, alteraciones del ciclo de vida familiar, síndrome del cuidador, negación, cólera, miedo, ambivalencia afectiva, aislamiento social, duelo patológico, depresión, ansiedad y estrés.²⁵

Los niños y adolescentes con enfermedades crónicas tienen un régimen médico que seguir que por lo general incluye toma de medicamentos, acudir a citas médicas y la realización de estudios, los cuales quedan a cargo de su cuidador principal.

Justificación

Identificar la angustia que puede estar presente en las familias con niños con una alta discapacidad debe ser una prioridad en los profesionales dedicados a la salud mental.

Se ha demostrado que la provisión de cuidados diarios y de larga duración en niños con severa discapacidad supone un factor de riesgo para presentar patología tanto física como mental⁴, aunado a esto, el cuidado del paciente presenta un detrimento lo que confiere riesgo de pobre apego al tratamiento.

Los resultados de este estudio buscan correlacionar la severidad del síndrome de sobrecarga del cuidador y la adherencia terapéutica en niños con trastorno por déficit de atención. Si se demuestra que existe correlación entre la sobrecarga materna y la adherencia terapéutica en sus hijos, se podría mejorar el proceso de atención de los pacientes y sus familias mediante: la búsqueda activa de síntomas de sobrecarga en madres de niños con TDAH, y proporcionar de manera oportuna el tratamiento conjunto para mejorar las condiciones asociadas a ambas patologías.

Planteamiento del problema

Aunque ya se han encontrado en algunos estudios asociaciones entre el TDAH y la sobrecarga del cuidador^{26,30}, no existen estudios que lo repliquen en nuestro medio. Además, tampoco se cuenta con un estudio en nuestra población que determine el impacto que tiene la sobrecarga del cuidador en el tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico de estos pacientes, así como el riesgo de complicaciones tanto para el paciente como para su cuidador principal y el resto de la familia.

Debido a esto, consideramos de suma importancia contar con estudios que de manera objetiva y con sustento científico, demuestren la correlación existente entre ambas patologías y de esta manera poder ofrecer programas de tratamiento específicos de manera oportuna.

Por lo tanto, se propone la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la correlación entre la severidad de la sobrecarga materna y el grado de adherencia terapéutica de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad?

HIPÓTESIS

Hipótesis alterna. La correlación entre sobrecarga materna y adherencia terapéutica en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad es mayor a 0.90.

Hipótesis nula. La correlación entre sobrecarga materna y adherencia terapéutica en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad es menor a 0.90.

OBJETIVOS

General. Evaluar la correlación entre la severidad de la sobrecarga materna y la adherencia terapéutica en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Específicos.

1. Identificar los disparadores biopsicosociales en la aparición del síndrome de sobrecarga del cuidador en madres de pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
2. Determinar la presencia de sobrecarga del cuidador en madres de pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
3. Medir la adherencia terapéutica de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio:

Estudio observacional, transversal, no ciego, tipo encuesta.

Lugar del estudio:

Consulta externa del servicio de Psiquiatría Infantil y del Adolescente del Hospital Universitario "José E. González", Monterrey, Nuevo León.

Población de estudio:

Madres de pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad que acuden a la consulta externa del servicio de Psiquiatría Infantil y del Adolescente del Hospital Universitario "José E. González".

Criterios de selección de muestra:

a) Criterios de inclusión:

- Madres que sean cuidadores principales de pacientes con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Mayores de 18 años.
- Aceptación voluntaria de participar en el estudio.

b) Criterios de exclusión:

- Madres en tratamiento actual para alguna patología psiquiátrica.
- Madres cuidadores principales que no acepten participar en el estudio.
- Madres que tengan dificultades para completar las encuestas.

c) Criterios de eliminación:

- Llenado incompleto de los cuestionarios.

Definición de Variables

Variable independiente

- Sobrecarga del cuidador

Definición conceptual: se define como problemas físicos, sociales, emocionales o financieros que se desencadenan por la atención prestada al paciente.

Definición operacional: se define como la presencia de 47 puntos o más en la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.

Escala de medición: variable ordinal.

Variable dependiente

- Adherencia terapéutica

Definición conceptual: se define como el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

Definición operacional: se define como la presencia de 68 puntos o más en la escala de adherencia terapéutica.

Escala de medición: variable ordinal.

Variables de control

- Sexo: identidad biológica masculina o femenina. Definida operacionalmente como sexo masculino o sexo femenino. Representa una variable cualitativa nominal dicotómica.
- Edad: años de vida a partir del nacimiento. Operacionalmente definida como la edad del sujeto en años al momento de la primera medición. Variable cuantitativa numérica.

- Estado civil: situación legal de la persona determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o unión con otro individuo. Definida operacionalmente como soltero, casado, separado, viudo, divorciado, unión libre. Siendo una variable cualitativa nominal.
- Nivel educativo: nivel de escolaridad al momento del estudio. Definida operacionalmente como ninguna, primaria, secundaria, preparatoria, carrera técnica, licenciatura, posgrado. Siendo una variable cualitativa ordinal.
- Tiempo que pasa el cuidador con el paciente: siendo una variable de control, es la cantidad de horas al día que pasa una persona al cuidado del paciente. Definida operacionalmente por horas. Siendo una variable cuantitativa nominal.

Técnica de muestreo y tamaño de la muestra:

No probabilístico. Para el cálculo del tamaño mínimo de la muestra considerando una población de 1077 pacientes con TDAH, a una variabilidad máxima estimada del 50%, una confiabilidad del 95%, un error máximo aceptado del 10%, se determinó mediante la fórmula de tamaños muestrales para proporciones en poblaciones finitas, un tamaño de muestra de 80 pacientes.

Análisis estadístico.

Para el análisis descriptivo de los resultados se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes, así como medias o medianas con desviación estándar con límites o rangos. Para el análisis inferencial se midió el coeficiente de correlación de Pearson o de Spearman. Además, se utilizará la prueba de X^2 o de Probabilidad Exacta de Fischer y la T de Student para muestras independientes o la prueba U de Mann-Whitney. Se consideró como significativo un valor de $p < 0.05$. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25.0.

Instrumentos de recolección.

Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

Escala autoaplicada que tiene como objetivo medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de pacientes afectados con trastornos mentales. Consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Se interpreta de acuerdo al puntaje obtenido: <47 puntos = no sobrecarga, 47 a 55 puntos= sobrecarga leve, >55

puntos= sobrecarga intensa. Se considera una reevaluación cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga del cuidador. De forma genérica con carácter anual. Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,86.²⁷

Escala de Adherencia Terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos

La escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos es un instrumento al que se le realizó análisis factorial por el método de componentes principales y rotación varimax para determinar sus factores. Aplicada y validada en población mexicana. Su índice de fiabilidad Alpha de Cronbach está por arriba de 0.91. Consta de 21 ítems, divididos en 3 dimensiones de 7 ítem cada uno que miden: a) control de ingesta de medicamentos y alimentos, b) seguimiento médico conductual, y c) autoeficacia. Todos los ítems tienen una respuesta de 0 a 100, en la que el paciente elige en términos de porcentaje la efectividad de su comportamiento. Los rangos para establecer el nivel de adherencia terapéutica son los siguientes: 0-33 puntos, baja adherencia; 34-67 puntos, moderada adherencia; de 68-100, alta adherencia.²⁸ En este caso siendo las madres las encargadas de la administración de los psicofármacos y el seguimiento de las indicaciones médicas se decide aplicar a éstas para medir el nivel de adherencia terapéutica.

Cédula de datos demográficos

Cuestionario donde se incluyen los siguientes datos:

- Edad del paciente
- Sexo del paciente
- Escolaridad del paciente
- Tiempo del diagnóstico del paciente
- Número de hermanos del paciente
- Edad del cuidador
- Estado civil del cuidador
- Escolaridad del cuidador
- Tiempo que pasa el cuidador con el paciente
- Ingreso mensual promedio del cuidador

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se apegó a lo establecido en la Ley General de Salud en su título segundo, capítulo único, en materia de investigación en seres humanos; en concordancia con el artículo 13 de la citada normativa, el estudio se adaptó a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica; se consideró seguro ya que existe razonable certeza de que los sujetos participantes no resultados expuestos a riesgos significativos ni daños.

Asimismo, el estudio siguió los lineamientos de la Declaración de Helsinki, la cual señala los principios éticos 13, 14, 20 y para la Investigación Médica en Seres Humanos y establece: el diseño del protocolo debe ser sometido a un comité de ética, contener un párrafo que incluya las consideraciones éticas involucradas, los sujetos participantes en proyectos de investigación deberán ser voluntarios informados y se deberán de tomar precauciones para respetar la privacidad del sujeto, la confidencialidad de la información del paciente y para minimizar el impacto que pueda tener el estudio en la integridad física y mental del sujeto, así como en su personalidad.

Se solicitó la autorización de los participantes mediante consentimiento verbal para el ingreso al estudio, explicándoles el objetivo de este y qué consistiría su participación. La presente investigación no representó un riesgo para los participantes ya que no se recolectó material biológico ni se expuso a ningún tipo de procedimiento.

Los investigadores se comprometieron a resguardar la confidencialidad de los datos obtenidos, el tesista resguardó todos los documentos con la información obtenida y los cuales fueron utilizados exclusivamente para fines del presente trabajo.

Se contó con el dictamen favorable de las comisiones de Ética e Investigación del hospital donde se llevó a cabo la investigación.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se elaboró el protocolo sobre la relación entre la severidad de la sobrecarga materna y adherencia terapéutica en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Terminado el protocolo, se presentó al comité de ética para su revisión, y una vez aprobado éste, se procedió a la identificación de las madres de pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad que acuden a consulta externa de Psiquiatría Infantil en el Hospital Universitario "Dr. José E. González" y se les invitó a participar en el estudio. A aquellas que aceptaron se les aplicó la escala de sobrecarga de Zarit y la escala de adherencia terapéutica, así como la encuesta de datos demográficos. La aplicación de las escalas para la obtención de la información se realizó de forma heteroaplicada. Se les explicó que el estudio constaba de contestar las escalas, no se tomaron muestras de laboratorio y no se realizó exploración física. Como parte de los beneficios del estudio, se les explicó que en caso de obtener una puntuación igual o mayor a 55 en la escala de sobrecarga del cuidador, se proporcionaría orientación para recibir atención psiquiátrica oportuna. También se comentó a las participantes sobre la confidencialidad del estudio y que podría retirarse del mismo en cualquier momento que deseara sin que esto afectada su calidad de atención en el hospital. Del estudio se excluyeron aquellas madres que se encontraban en tratamiento para alguna enfermedad psiquiátrica, aquellas que se negaron a participar en el estudio y las que presentaron dificultades para contestar las encuestas. Una vez obtenidos los datos, se capturaron para su análisis. Para el análisis descriptivo de los resultados se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes, así como medias o medianas con desviaciones estándar o rangos. Para el análisis inferencial se midió el coeficiente de correlación de Pearson o de Spearman. Se consideró como

significativo un valor de $p < 0.05$. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25.0.

El investigador responsable se obligó a presentar los Informes de Seguimiento Técnico y una vez que el estudio se terminó, se presentó el Informe de Seguimiento Técnico final, así como los informes extraordinarios que se le requerían sobre el avance del protocolo hasta la terminación o cancelación de este.

RESULTADOS

Se incluyeron 81 madres de pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la mediana de edad fue 39 años (rango 27-56). En el estado civil 10 (12.3%) están solteras, 25 en unión libre (30.9%), 34 son casadas (42%) y 12 (14.8%) divorciadas. La escolaridad, 15 (18.5%) cursaron licenciatura, 30 (37%) educación media superior, 25 (30.9%) educación media y 10 (12.3%) educación básica. El 48.1% se dedica al hogar y 49.4% se encuentran empleadas. También se analizaron datos sobre los pacientes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: 64 (79%) son del sexo masculino y 17 (21%) del sexo femenino, con una mediana de edad de 12 años (rango 5-16), tiempo desde que se realizó el diagnóstico con una mediana de 3.6 años (1-10), cantidad de hermanos con una mediana de 1.99 (0-6). En cuanto a la escolaridad 6 (7.4%) cursan preescolar, 24 (29.6%) educación básica, 38 (46.9%) educación media y 13 (16%) educación media superior (Tabla 1).

El puntaje de la escala de sobrecarga del cuidador arrojó una mediana de 47 puntos (22-96). De las 81 madres cuidadoras, 27 (33.3%) presentaron "sobrecarga intensa", 16 (19.7%) "sobrecarga leve" y 38 (46.9%) "sin sobrecarga". La mediana obtenida en la escala de adherencia terapéutica fue de 88 puntos (48-99). Los resultados obtenidos en la escala de adherencia, 5 participantes (6.17%) puntuaron "adherencia moderada", 76 (93.8%) con "adherencia alta", ninguno reportó "adherencia baja" (Tabla 2).

Se encontró una relación lineal negativa débil entre los resultados de las escalas de severidad de sobrecarga del cuidador (escala de Zarit) y del grado de adherencia terapéutica (escala de Adherencia Terapéutica) con un coeficiente de correlación de Spearman $r_s = -0.321$ ($p < .003$) (Figura 1).

DISCUSIÓN

Los trastornos del neurodesarrollo afectan de manera variable la calidad de vida de los individuos que los padecen, esto dependiendo de la gravedad de la sintomatología presente. Dentro de estos trastornos se encuentra el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), en el cual la sintomatología tiene una edad de presentación variable y tiende a permanecer a lo largo de la vida. La sintomatología comprende inatención, hiperactividad e impulsividad, así como alteraciones conductuales y en la calidad de las relaciones interpersonales.⁷

El sistema familiar es el principal proveedor de atención a la salud, siendo esta actividad realizada principalmente por mujeres casadas, de mediana edad y en el ámbito doméstico^{29,30}, lo cual se constata en este estudio, ya que el grueso de la población estudiada cumple con dichas características.

De acuerdo con Zarit, Reever y Bach-Peterson (1980), se entiende el término sobrecarga como el impacto que los cuidados tienen sobre el cuidador principal, es decir, el grado en el que la persona encargada de cuidar percibe que las diferentes esferas de su vida se han visto afectadas por dicha labor.²³

El rol de cuidador, como se ha mencionado previamente, implica cambios en los roles tanto del individuo a cargo del cuidado, como del resto de la familia. Estos cambios exponen al cuidador a presentar síndrome del cuidador, el cual se evidencia cuando se presentan repercusiones negativas tanto físicas como mentales secundarias a proporcionar cuidados. Pinquart y Sorensen (2003) realizaron un metaanálisis sobre 84 estudios diferentes en los que se comparaba a cuidadores y no cuidadores en

diferentes variables relacionadas con la salud física y psicológica, demuestra como los cuidadores están más estresados, deprimidos y tienen peores niveles de bienestar subjetivo, salud física y autoeficiencia que los no cuidadores.^{25,29}

Flood y cols. (2016) demuestran en sus investigaciones, que si bien la medicación ayuda a mejorar la sintomatología del paciente, el trastorno se asocia a carga considerable en el cuidador, reflejado principalmente en efectos negativos en el lugar de trabajo de los cuidadores, ámbito escolar de los pacientes, así como en las relaciones con familiares amigos.³⁰ Esto se pone de manifiesto en nuestro estudio, ya que el 54% de los participantes presenta algún grado de sobrecarga, predominando la sobrecarga intensa.

La adherencia a largo plazo ha recibido considerable atención por su importancia para prevenir complicaciones de salud y evaluar la efectividad del régimen terapéutico se ha convertido en un problema creciente de salud pública.

El estudio de la perspectiva de los pacientes pediátricos con patología mental, así como la de sus cuidadores en cuanto al uso de tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos ha tenido un impacto en la última década. Harpur R y cols. (2008) desarrollaron una escala específica para medir las actitudes con respecto al uso de psicofármacos, la *Southampton ADHD Medication Behaviour and Attitudes scale*. Esta escala es aplicada tanto a los pacientes como a sus padres y distingue entre distintos componentes (beneficio, costo, estigma infantil, estigma parental, resistencia, flexibilidad al uso de medicamentos y consistencia en el uso de medicamentos). Provee información específica asociada a la adherencia terapéutica²⁶, sin embargo, no ha sido validada en población mexicana, por lo que para fines de

estudio se optó por aplicar la escala de adherencia terapéutica para enfermedades crónicas.

De acuerdo con Wehmeier, Dittmann y Banaschewski (2014) en un estudio observacional sobre la adherencia al tratamiento de niños y adolescentes con TDAH, encontraron que la tasa de adherencia terapéutica a 12 meses era similar a la de base (74%), independientemente del tipo de tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico.³¹ Cabe destacar que el grado de adherencia reportado por los participantes de este estudio es auto percibida de moderada a alta, siendo ésta última la de mayor proporción. Los cuidadores mostraron un nivel alto de adherencia y la relación encontrada entre ésta y la sobrecarga del cuidador, aunque es lineal tiene una potencia débil.

CONCLUSIONES

Si bien en este estudio se encontró una correlación lineal negativa entre el grado de sobrecarga materna y el grado de adherencia terapéutica, el coeficiente de correlación es bajo, por lo que se concluye que la alta adherencia reportada por los cuidadores pudiera estar influida por otros factores que tendrán que analizarse en estudios posteriores, así como aquellos que impacten a la sobrecarga del cuidador.

Estos factores están relacionados con el tipo de enfermedad del paciente y su grado de dependencia hacia la persona cuidadora; la edad, ya que los adolescentes pueden requerir menor ayuda para el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas; el tipo de tratamiento, así como las habilidades de afrontamiento tanto del paciente como del cuidador.

Ante los resultados en la sobrecarga del cuidador derivados de este estudio, se concluye que las instituciones prestadoras de servicios en salud mental deberían dirigir programas no solo encaminados a la prevención, evaluación y tratamiento de los pacientes, sino también habilitar programas que apoyen a los familiares cuidadores con la finalidad de prevenir o reducir riesgos de salud en éstos y lograr un mejor control de las patologías crónicas que afectan a niños y adolescentes.

ANEXOS

Anexo I. Escalas de Medición

TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

| | |
|---|--|
| ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita? | |
| ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.? | |
| ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? | |
| ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar? | |
| ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? | |
| ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia? | |
| ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar? | |
| ¿Piensa que su familiar depende de Vd.? | |
| ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar? | |
| ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar? | |
| ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar? | |
| ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar? | |
| ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar? | |
| ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar? | |
| ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos? | |
| ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo? | |
| ¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar? | |
| ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona? | |
| ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar? | |
| ¿Piensa que debería hacer más por su familiar? | |
| ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar? | |
| ¿Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar? | |
| TOTAL | |

OPCIONES

1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces 4=Bastantes veces 5=Casi siempre

Escala de Adherencia Terapéutica

Instrucciones:

En una escala del 0 al 100, marque con una X qué calificación se pondría de acuerdo a qué tanto se asemeja lo que usted atiende el tratamiento de su hijo y lo que dice el enunciado. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

| PREGUNTA | ESCALA DEL 0 AL 100 | | | | | | | | | | |
|---|---------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1. Administro medicamentos de manera puntual | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 2. No importa que el tratamiento sea por largo tiempo, siempre doy medicamentos a la hora indicada. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 3. Hago análisis clínicos en los periodos que el médico me indica. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 4. Si mi hijo tiene que seguir una dieta rigurosa, la respeto. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 5. Asisto a consultas de manera puntual. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 6. Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar al pendiente de cualquier síntoma que afecte la salud de mi hijo. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 7. Estoy dispuesto a dejar algo placentero por ejemplo chocolate, si el médico me lo ordena. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 8. Proporciono sólo aquellos alimentos que el médico permite. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 9. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 10. Después de haber iniciado un tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 11. Cuando me dan resultados de los análisis clínicos, estoy más segura y me apego más al tratamiento. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 12. Si la enfermedad de mi hijo no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 13. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer, se me olvida administrar medicamentos. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 14. Cuando los síntomas desaparecen, abandono el tratamiento. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 15. Si en poco tiempo no veo mejoría, dejo el tratamiento. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 16. Si el tratamiento exige a mi hijo hacer ejercicio, lo sigo. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 17. Para que siga el tratamiento de mi hijo, es necesario que otros me recuerden de la toma de medicamentos. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 18. Hago los estudios de seguimiento como me lo recomienda el médico, aunque mi hijo no tenga síntomas. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 19. Me inspira confianza que el personal de salud demuestre que conoce la enfermedad de mi hijo. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 20. Si sospecho que la enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarla. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 21. Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |

Total: _____

TABLAS DE RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos.

| Datos | Total n=81 |
|--|---------------|
| Edad (años) | 39 (27-56) |
| Sexo | |
| Femenino | 81 (100%) |
| Estado civil | |
| Soltera | 10 (12.3%) |
| Unión libre | 25 (30.9%) |
| Casada | 34 (42.0%) |
| Divorciada | 12 (14.8%) |
| Escolaridad | |
| Primaria | 14 (17.3%) |
| Secundaria | 22 (27.2%) |
| Preparatoria | 30 (37.0%) |
| Licenciatura | 15 (18.5%) |
| Ocupación | |
| Hogar | 39 (48.1%) |
| Empleada | 40 (49.4%) |
| Desempleada | 2 (2.5%) |
| Sexo del paciente con TDAH | |
| Masculino | 64 (79%) |
| Femenino | 17 (21%) |
| Edad del paciente con TDAH | 12 (5-16) |
| Número de hermanos del paciente con TDAH | 1.99 (0-6) |
| Escolaridad del paciente con TDAH | |
| Preescolar | 6 (7.4%) |
| Primaria | 24 (29.6%) |
| Secundaria | 38 (46.9%) |
| Preparatoria | 13 (16.0%) |
| Años de diagnóstico con TDAH | 3.64 (1-10) |

Los resultados se presentan en mediana (mínimo-máximo) o frecuencia absoluta (porcentaje).

Tabla 2. Severidad de sobrecarga del cuidador y grado de adherencia terapéutica en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

| Datos | Total n=81 |
|---|---------------|
| Severidad de la sobrecarga del cuidador (puntaje) | 47 (22-96) |
| Sin sobrecarga | 38 (46.9%) |
| Sobrecarga leve | 16 (19.7%) |
| Sobrecarga intensa | 27 (33.3%) |
| Grado de adherencia terapéutica (puntajes) | 88 (48-99) |
| Adherencia baja | 0 (0.0%) |
| Adherencia moderada | 5 (6.17%) |
| Adherencia alta | 76 (93.8%) |

Los resultados se presentan en mediana (mínimo-máximo) o frecuencia absoluta (porcentaje).

GRÁFICA DE RESULTADOS.

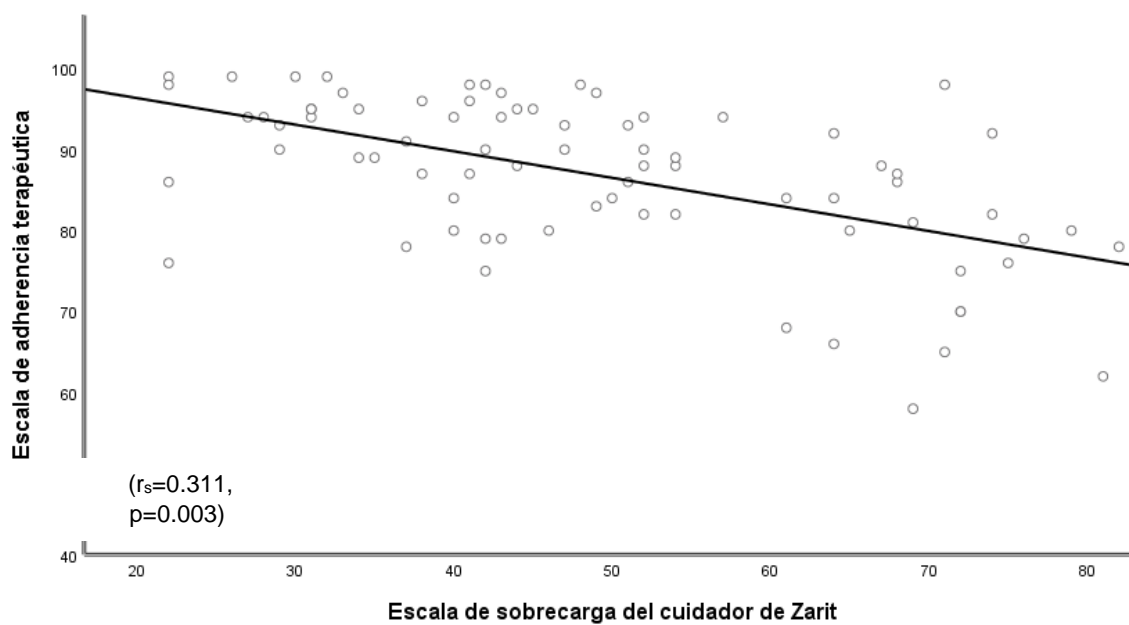


Figura 1. Correlación entre la severidad de la sobrecarga materna y el grado de adherencia terapéutica en 81 niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

BIBLIOGRAFIA

1. Caye, A., Spadini, A. V., Karam, R. G., Grevet, E. H., Rovaris, D. L., Bau, C. H. D., Kieling, C. (2016). Predictors of persistence of ADHD into adulthood: a systematic review of the literature and meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1–9.
2. Hinojosa, M. S., Hinojosa, R., Fernandez-Baca, D., Knapp, C., & Thompson, L. A. (2012). Parental strain, parental health, and community characteristics among children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Academic Pediatrics*, 12(6), 502–508.
3. World Health Organization. WHO Fact Sheet “Caregiving”. Geneva: WHO; 1999.
4. Piven J, Palmer P. Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: evidence from a family study of multiple-incidence autism families. *American Journal of Psychiatry*;156:557-563.
5. Lawrence V, Murray J, Samsi K, Banerjee S. Attitudes and support needs of black Caribbean, south Asian and white British carers of people with dementia in the UK. *Br J Psychiatry*, 2008;193:240-6.
6. Gotlieb, E.M., Gotlieb, J.S., 2009. Helping adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder transition towards adulthood. *AdolescentMedicine: State of the Art Reviews*, (20), 150–159.
7. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. EE. UU. American Psychiatric Publishing; 2013.
8. Polanczyk, G., De Lima, M., Horta, B., Biederman, J. & Rohde, L. (2007) The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942–948.

9. Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, Á. & Bitter, I. (2009) Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 204–211.
10. Poza D., Valenzuela M., Becerra A. Guías Clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". 2010.
11. Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O. & Langley, K. (2013) Practitioner Review: what have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 3–16.
12. Faraone, S.V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A. & Sklar, P. (2005) Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1313–1323.
13. Gizer, I. R., Ficks, C. & Waldman, I. D. (2009) Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human Genetics*, 126, 51–90.
14. Coghill, D., Seth, S. & Matthews, K. (2013b) A comprehensive assessment of memory, delay aversion, timing, inhibition, decision making and variability in attention deficit hyperactivity disorder: advancing beyond the three-pathway models. *Psychological Medicine*, available on CJO2013. doi:10.1017/S0033291713002547.
15. Tarver, J., Daley, D. & Sayal, K. (2014) Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an updated review of the essential facts. *Child: care, health and development*, 1-13.
16. Faraone, S.V., Biederman, J. & Monuteaux, M. C. (2002) Further evidence for the diagnostic continuity between child and adolescent ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 6, 5–13.
17. Wilens, T. E., Biederman, J., Brown, S., Tanguay, S., Monuteaux, M. C., Blake, C. & Spencer, T. J. (2002) Psychiatric comorbidity and functioning in clinically

referred preschool children and school-age youths with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 262–268.

18. Van Emmerik-van Oortmerssen, K., Van De Glind, G., Van Den Brink, W., Smit, F., Crunelle, C. L., Swets, M. & Schoevers, R. A. (2012) Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 122, 11–19.
19. NICE (2008) Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults (National Clinical Practice Number 72). The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, London.
20. Cortese, S., Holtmann, M., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., Graham, J., Taylor, E. & Sergeant, J. (2013) Practitioner review: current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 227–246.
21. Rajendran, K., Trampush, J. W., Rindskopf, D., Marks, D. J., O'Neill, S. & Halperin, J. M. (2013) Association between variation in neuropsychological development and trajectory of ADHD severity in early childhood. *American Journal of Psychiatry*, 170, 1205–1211.
22. Lawrence V, Murray J, Samsi K, Banerjee S. Attitudes and support needs of black Caribbean, south Asian and white British carers of people with dementia in the UK. *Br J Psychiatry*, 2008;193:240-6.
23. Zarit S, Reever K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist* 1980;20;649-55.

24. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Úrizar A, Kavanagh D. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2005;40(11):899-904.
25. Pinquart M, Sorensen S. Gender differences in caregiver stressors, social resources and health: an updated meta-analysis. *J Gerontol* 2006;61(1):33-45.
26. Harpur R, Thompson M, Daley D, Ablkoff H, Sonuga-Barke E. The attention-deficit/hyperactivity disorder medication-related attitudes of patients and their parents. *Journal of child and adolescent psychopharmacology* 2008;18(5):461-473.
27. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji L, Rico M, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit. *Rev Gerontol* 1996;6:338-346.
28. Soria TR, Vega VCZ, Nava QC. Escala de adherencia para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos. *Altern. Psicol.* 2009; 14 (20):1-6.
29. Seguí J, Ortiz-Tallo M, De Diego Y. Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: Sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de psicología* 2008;24(1):100-105.
30. Flood E, Gajria K, Sikirica V, Dietrich C, Romero B, et al. Caregiver Perspective on Paediatric ADHD (CAPP) survey: Understanding sociodemographic and clinical characteristics, treatment use and impact of ADHD in Europe. *Journal of Affective Disorders* 2016;(1):222-234.
31. Wehmeier P, Dittmann R, Banaschewski T. Treatment compliance or medication adherence in children and adolescents on ADHD medication in clinical practice: results from the COMPLY observational study. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2015 Jun;7(2):165-74.

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

La Dra. Cristina Lazarín Piñuelas es originaria de Mexicali, B.C. donde realizó sus estudios de pregrado en la Universidad Autónoma de Baja California, Campus Mexicali. Reside en la ciudad de Monterrey, N.L. lugar donde realizó sus estudios de posgrado en Psiquiatría en la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 22 Complementaria, IMSS, con aval por la Universidad de Monterrey. Actualmente realiza el posgrado en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia en el Hospital Universitario "Dr. José E. González", Universidad Autónoma de Nuevo León.