UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA

TÍTULO: "FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A SOBRECARGA EN CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD".

Por

DR. LUIS CARLOS RODRÍGUEZ BRIONES

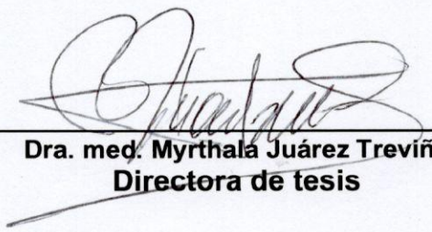
COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

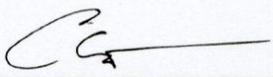
DICIEMBRE, 2020.

"Factores sociodemográficos asociados a sobrecarga en cuidadores principales de pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad".

Aprobación de la tesis:



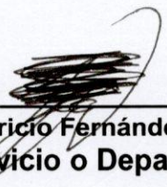
Dra. med. Myrthala Juárez Treviño
Directora de tesis



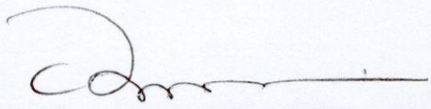
Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza



Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación



Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe de Servicio o Departamento



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

Dedicado a mi familia, por su apoyo incondicional.

Agradecimiento a mis pacientes, por la confianza brindada.

A la unidad de Psiquiatría por seis años de intenso aprendizaje.

Al MSP César Eduardo Luna Gurrola por su invaluable apoyo en el análisis estadístico y a la colega MIP Erika Segovia Segura por su colaboración en el presente trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I — Página

1.- Resumen ---------- 7

Capítulo II

2.- Introducción ---------- 9

Capítulo III

3.- Antecedentes ---------- 15

Capítulo IV

4.- Justificación ---------- 19

Capítulo V

5.- Hipótesis ---------- 20

Capítulo VI

6.- Objetivos ---------- 21

Capítulo VII

7.- Material y métodos ---------- 22

Capítulo VIII

8.- Población estudiada ---------- 29

Capítulo IX

9.- Resultados ---------- 33

Capítulo X

10.- Discusión ---------- 44

Capítulo XI

11.- Conclusiones ---------- 49

Capítulo XII

12.- Anexos ---------- 50

Capítulo XIII

13.- Bibliografía ---------- 54

Capítulo XIV

14.- Resumen autobiográfico ---------- 63

ABREVIATURAS

TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

TAE: Trastorno del espectro del autismo.

CAPÍTULO I

1.- RESUMEN ESTRUCTURADO

Título: "Factores sociodemográficos asociados a sobrecarga en cuidadores principales de pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad".

Objetivo: Determinar la relación existente entre distintos factores sociodemográficos del paciente con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y sus cuidadores principales con la presencia de sobrecarga del cuidador.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, analítico, no ciego y tipo encuesta. Se incluyeron sujetos mayores de 18 años, que fungen como cuidadores principales de pacientes con diagnóstico de TDAH y son atendidos en la consulta ambulatoria del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Se aplicó a los participantes un cuestionario de datos sociodemográficos, la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y la escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos. Para el análisis descriptivo de los resultados se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes, mediana con desviación estándar, coeficiente de correlación de Pearson y el paquete estadístico SPSS versión 25.0.

Resultados: Se incluyó a un total de 90 cuidadores principales. Se encontró presencia de algún grado de sobrecarga en el 52.2% de la muestra. Las variables edad del cuidador (p=0.042), edad del paciente (p=0.015) y tiempo de diagnóstico (p=<0.0001) tuvieron una asociación significativa con la presencia de sobrecarga en el cuidador. Las variables estudiadas que no se asociaron a sobrecarga (p=>0.05) fueron: tiempo dedicado al paciente, escolaridad del cuidador, ingreso mensual promedio del cuidador y número de hermanos del paciente. Se encontró una asociación lineal negativa débil entre la adherencia terapéutica y la sobrecarga del cuidador. La variable sexo del paciente, si bien no se asoció a mayor sobrecarga, si mostró diferencias significativas en la intensidad de la sobrecarga, encontrándose que quienes cuidan de varones experimentan mayores presencia de sobrecarga intensa que quienes cuidan de mujeres (34.7% versus 22.2%). De igual forma, ser madre soltera se encontró incrementa la probabilidad de sufrir sobrecarga intensa.

Conclusiones: Los factores sociodemográficos que se asociaron a mayor presencia de sobrecarga del cuidador fueron: edad mayor del cuidador, edad mayor del paciente y mayor tiempo de recibido el diagnóstico de TDAH. Ser madre soltera y cuidar de un varón, se asociaron a mayor riesgo de presentar sobrecarga intensa.

Palabras clave: trastorno por déficit de atención e hiperactividad, sobrecarga del cuidador, factores sociodemográficos.

CAPÍTULO II

2.- INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno crónico del neurodesarrollo que se caracteriza por impulsividad, hiperactividad e inatención.[1] Puede encontrarse hasta en el 9% de los niños en edad escolar primaria y suele persistir hasta la vida adulta en un poco más de la mitad de los casos.[9] Está asociado a disfunción o deterioro en diversas esferas de la vida de la persona afectada, como lo son el desarrollo social e interpersonal, académico y vocacional, conllevando una carga para los familiares y cuidadores.[2] Cuando no se trata, los niños con TDAH muestran una gama de resultados psicosociales deficientes en el largo plazo.[3]

El TDAH se encuentra agrupado dentro de los trastornos del desarrollo neurológico en la 5ta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, junto con los trastornos del desarrollo intelectual, los trastornos de la comunicación, los trastornos del espectro autista (TEA), los trastornos específicos del aprendizaje, los trastornos motores y los trastornos de tics. Para su diagnóstico se requiere un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad – impulsividad que interfieran con la función o el desarrollo, siendo necesarios en los menores de dieciséis años al menos seis síntomas de inatención y/o seis síntomas de hiperactividad – impulsividad, que hayan persistido al menos durante los últimos seis meses, sean inapropiados con el nivel de desarrollo de la persona e impactar negativamente en las actividades sociales, académicas y/u ocupacionales. Se debe especificar el tipo de presentación de entre los siguientes: 1) predominantemente inatento, 2)

predominantemente hiperactivo – impulsivo o 3) combinado. Además, deben cumplirse las siguientes condiciones: inicio de los síntomas antes de los doce años de edad, presentarse en dos o más ambientes (por ejemplo, en casa, escuela o trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades), existir pruebas de que los síntomas interfieren o reducen la calidad de la actividad social, académica o laboral, y no son explicados mejor por la presencia de otro trastorno mental.[8]

Se reconoce que el TDAH afecta tanto a hombres como mujeres, sin embargo, la literatura apoya una mayor prevalencia en el género masculino en una relación 3:1.[4] En cuanto a las diferencias de género, cuando a las niñas se les diagnostica TDAH, con mayor frecuencia se les diagnostica con el subtipo predominantemente inatento que a los niños con TDAH.[5] Las tasas de depresión y ansiedad son más altas en las niñas con TDAH que en los niños con TDAH, y las de agresión física y otros comportamientos de externalización más bajas.[6] Las mujeres con TDAH tienen menos probabilidades de ser derivadas para tratamiento que sus contrapartes masculinas.[7] Los datos disponibles hasta el momento sugieren que los tratamientos son igualmente efectivos en hombres y mujeres.[10]

La causa exacta del TDAH es multifactorial, la evidencia hasta ahora apunta a que tanto factores genéticos como ambientales juegan un papel en su etiología.[11] El factor de heredabilidad de este trastorno es de 0.8, encontrándose en los estudios una correlación de hasta 80% en gemelos monocigóticos, 32% en gemelos dicigóticos y 25% en parientes de primer

grado.[12] Es importante mencionar que se trata de una de las enfermedades psiquiátricas más heredables, sólo por debajo de los trastornos del espectro del autismo (0.9), el trastorno afectivo bipolar (0.85) y la esquizofrenia (0.81).[13] Sin embargo, no hay un factor de riesgo genético único identificado, por lo que se propone que la interacción de múltiples variantes genéticas da como resultado la aparición del trastorno. Líneas de investigación recientes, asocian el TDAH con mutaciones genéticas en el gen transportador de dopamina (DAT1) y los genes de los receptores dopaminérgicos D4 y D5.[14] Hay disfunción del metabolismo de la dopamina y la noradrenalina, y de la neurotransmisión localizada en la corteza prefrontal y las estructuras subcorticales asociadas.[15] Dichas variaciones dan como resultado alteraciones en la función ejecutiva, impactando negativamente en el control inhibitorio y memoria de trabajo; también se asocia a déficits en el procesamiento temporal y alteraciones en la memoria y la planeación. Dentro de los factores ambientales que juegan un papel en la etiología del TDAH se incluyen el estrés materno y el tabaquismo durante el embarazo, la atención temprana de baja calidad (deprivación o negligencia), bajo peso al nacer, malnutrición, las complicaciones perinatales y la prematuridad.[16] El papel de los aditivos alimentarios y conservadores es controvertido.[17]

La comorbilidad es una situación frecuente entre los niños afectados por el TDAH, los estudios epidemiológicos sugieren tasas de entre el 50 – 90% de coexistencia con otro trastorno psiquiátrico. Dentro de los más frecuentes se encuentran los trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta, en especial el trastorno negativista desafiante (la comorbilidad más

frecuente en el TDAH) y el trastorno de conducta.[18] Cuando se presentan en conjunto están asociados a mayores dificultades escolares (por ejemplo, deserción escolar, bajo rendimiento académico, etc.), problemas para hacer y mantener amistades y mayor tendencia a involucrarse en actividades delictivas. Los trastornos del estado de ánimo, en especial los trastornos depresivos pueden presentarse hasta en un 50% de los casos, y en el caso del trastorno afectivo bipolar, en niños y adolescentes diagnosticados con enfermedad bipolar se encontrará un TDAH comórbido hasta en el 60% de los casos.[19] Los trastornos de ansiedad se llegan a encontrar en el 33% de los casos.[20] La comorbilidad con trastornos por consumo de sustancias, condición llamada patología dual, es también común, encontrándose en la literatura que entre los individuos con un trastorno por uso de sustancias existe el antecedente de TDAH hasta en el 25% de los casos.[21] Otras condiciones comórbidas frecuentes son los trastornos del sueño, los trastornos del aprendizaje y otros trastornos del desarrollo neurológico. Lo anterior, resalta la importancia de realizar una evaluación psiquiátrica completa en estos pacientes para la detección de las comorbilidades y su atención oportuna.[22]

El tratamiento se encuentra orientado a disminuir la sintomatología y mejorar el funcionamiento interpersonal y académico; y está basado tanto en medidas farmacológicas como no farmacológicas. Dentro de las opciones farmacológicas nos encontramos con dos grandes grupos: los estimulantes y los no estimulantes, siendo de primera elección los fármacos estimulantes por su efectividad, rapidez en el inicio de acción y adecuado perfil de tolerabilidad. Entre estos, el de uso más extendido es el metilfenidato, que actúa bloqueando

la recaptación de dopamina en la neurona presináptica.[23] Dentro de los no estimulantes, el de mayor uso es la atomoxetina, siendo de segunda elección cuando por alguna razón no pueden utilizarse los estimulantes, ya sea por falta de respuesta, efectos adversos intolerables o mala utilización de los mismos.[24] Dentro de las opciones no farmacológicas las de mayor respaldo científico son la terapia cognitivo – conductual, intervenciones conductuales dirigidas hacia el sistema parental y el entrenamiento en habilidades sociales. El tratamiento habitualmente es integral, incorporando ambos elementos, tanto medicamentosos como intervenciones psicosociales. Sin embargo, las medidas no farmacológicas pueden utilizarse de forma exclusiva en diversos escenarios: por ejemplo, en niños preescolares (la aprobación en la utilización de psicofármacos en esta patología es a partir de los seis años, ya que antes de esta edad no hay suficientes estudios sobre la seguridad y eficacia de la terapia farmacológica), en niños cuyos padres no acepten la medicación como opción de tratamiento o en aquellos con baja tolerabilidad por efectos adversos a los mismos.[16]

La *sobrecarga del cuidador* se define como la respuesta emocional negativa frente a la experiencia abrumadora de dedicar gran parte del tiempo al cuidado de una persona dependiente. El término se ha tomado del inglés *burden*, que se ha traducido como "estar quemado", aludiendo a un estado de agotamiento físico y emocional. Es en base a las demandas exigidas por cumplir este rol que la persona afectada puede desarrollar alteraciones en sus relaciones sociales, familiares y conyugales, así como disminución en la calidad de la atención que brinda al enfermo.

Se denomina *cuidador principal*, a aquel que pasa más horas al día en la atención y cuidado del enfermo. En nuestra sociedad patriarcal este rol es principalmente desempeñado por las mujeres, y en especial, por las madres de familia, quienes toman este papel ya sea como actividad exclusiva o como una extensión de su jornada laboral extradoméstica.

Está demostrado en la literatura que la provisión de cuidados diarios y de larga duración en niños que presentan trastornos del neurodesarrollo es un factor de riesgo importante para el desarrollo de sobrecarga del cuidador y otras patologías físicas y mentales.[27] Esto cobra gran relevancia, ya que los niños y adolescentes con enfermedades crónicas deben adherirse a un régimen médico que incluye acudir a las consultas médicas, realización de estudios y toma de medicamentos; cuyo cabal cumplimiento queda a cargo de su cuidador principal. El no llevar a cabo estas medidas adecuadamente puede impactar negativamente en la evolución y pronóstico de estos pacientes.[28-29]

CAPÍTULO III

3.- ANTECEDENTES

La sobrecarga del cuidador ha sido descrita como una condición altamente prevalente en diversas entidades psiquiátricas crónicas, entre las que se encuentran: trastornos del neurodesarrollo, esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo, trastornos por consumo de sustancias, entre otras; siendo esta sobrecarga, en algunos reportes, incluso superior a la encontrada en cuidadores de pacientes con condiciones médicas crónicas.[30]

Los niños con trastornos del neurodesarrollo son un grupo de personas con necesidades de atención y cuidado superiores a los requeridos por niños en población general. Cadman y colaboradores (2012), encontraron que tanto el TDAH como los TEA están asociados con un alto nivel de sobrecarga del cuidador, pero esta es significativamente mayor en los TEA, la cual llega a ser comparable a los niveles reportados por personas al cuidado de otras con lesiones cerebrales. [34a] En el caso específico del TDAH, se ha encontrado la presencia de sobrecarga en cuidadores en porcentajes tan altos como el 51% en las muestras, la cual puede ser alta incluso en aquellos que tienen a su cargo a un menor en tratamiento farmacológico con estimulantes para el TDAH. En esta población, se ha visto que los niveles de sobrecarga diarios son mayores en las últimas horas del día, cuando los efectos de los medicamentos disminuyen.[34]

Entre los predictores de sobrecarga del cuidador en madres de niños con condiciones médicas crónicas, entre las que se incluyeron parálisis cerebral,

diabetes, enfermedades gastrointestinales y del corazón, cáncer y otras, Karina Javalkar y colaboradores (2017), encontraron que tener un TDAH en comorbilidad era un factor fuertemente asociado a sobrecarga, lo cual se explicaba por la presencia de mayores problemas conductuales en estos niños.[35]

Una de las áreas de carga subjetiva más ampliamente examinada entre las familias de niños con trastornos del neurodesarrollo es el llamado "estrés parental", que se describe como la experiencia de angustia que se deriva de las demandas que implica la crianza de los hijos. La mayor necesidad de una crianza vigilante, de brindar apoyo y adaptaciones para la educación de sus hijos, mayores gastos en atención médica y mayores tasas de divorcios se observan en comparación con las familias de niños con un desarrollo típico.[36]

Con respecto a las características sociodemográficas encontradas en los cuidadores de estos pacientes, se ha observado una clara predominancia de mujeres casadas, madres de estos niños en la responsabilidad de su cuidado; de hecho, la mayoría de los estudios sobre estrés y carga del cuidador en padres con niños con problemas del neurodesarrollo han incluido sólo a madres o madres con una pequeña minoría de padres. En un estudio brasileño de sobrecarga en cuidadores de niños con trastorno del espectro del autismo se describió que estas cuidadoras estaban dedicadas al hogar y presentaban "dificultades en perseguir una carrera profesional" debido a la demanda excesiva de tiempo que les plantea el cuidado de sus hijos afectados.[31]

Hasta la fecha, los estudios no han encontrado efectos relacionados con la edad y sexo de los menores que viven con TDAH, con niveles mayores de sobrecarga en los padres. Los aspectos que sí se han observado con un mayor impacto negativo en la carga del cuidador es la presencia de un subtipo combinado de TDAH, la mayor severidad sintomática, la presencia de un hermano afectado, la presencia de comorbilidad, y en especial de un TAE.[37] En general, la mayoría de los predictores de carga en el cuidador, están relacionados con la familia y el cuidador principal, más que con las características del niño y su trastorno.[38]

En estudios de sobrecarga en las enfermedades psiquiátricas, las variables que se han asociado con la presencia y severidad de esta se encuentran: el nivel de discapacidad originada por la enfermedad en el paciente (en especial si condiciona bajo niveles autonomía, presencia de conductas problemáticas, hospitalizaciones frecuentes y dificultades para el desempeño de roles sociales), vivir con el paciente, la duración del trastorno, la edad de los cuidadores, presencia de niños en casa, problemas económicos, pobre apoyo social, percepciones familiares negativa del trastorno mental, bajo nivel educacional y vivir en zonas rurales.[32]

Se ha observado que realizar actividades de ocio en casa, asistir a actividades religiosas y el mayor grado de sentimientos positivos (especialmente amor) hacia el paciente que se tiene a cargo, son capaces de modular los niveles de sobrecarga en estas personas.[33]

Entre las acciones mencionadas en la literatura como de utilidad para disminuir los niveles de sobrecarga percibidos por los cuidadores, se encontraron: asesoramiento profesional y educación sobre la enfermedad, asistencia a grupos de apoyo, enseñanza de estrategias de afrontamiento, visitas amistosas y familiares de rutina, atención domiciliaria periódica y favorecer la distribución de las tareas de cuidado en más de una persona.[30]

Los profesionales de la salud mental tienen la responsabilidad de brindar orientación e información adecuada a los familiares de los pacientes, pues se ha visto que situaciones descritas por cuidadores como no saber cómo actuar ante las crisis, no saber cómo afrontar conductas problemáticas de su paciente a cargo o creencias erróneas de que su familiar podía controlar sus síntomas si así lo deseaba contribuyen a sentimientos de culpabilidad, frustración y enojo que incrementan los niveles de sobrecarga.

Lo anterior destaca la importancia de considerar la participación de los familiares y cuidadores de los pacientes para intervenciones terapéuticas integrales al reconocer su función decisiva en la atención y pronóstico de estos pacientes.

CAPÍTULO IV

4.- JUSTIFICACIÓN

El TDAH es uno de los diagnósticos más frecuentes en la consulta de Psiquiatría del niño y del adolescente, por lo que estudiar los factores que pueden impactar en su pronóstico es fundamental. Está demostrado que la sobrecarga en el cuidador se relaciona de manera inversa con la adherencia terapéutica en niños con TDAH en atención ambulatoria. A su vez, la mala adherencia al tratamiento se asocia a peores resultados funcionales en estos pacientes.

Aunque existen estudios sobre los efectos deletéreos de la presencia de sobrecarga del cuidador en el pronóstico de los niños con TDAH, no existen en nuestro medio, estudios que evalúen y determinen cuáles son los factores sociodemográficos asociados a mayor riesgo de presentarlo.

Por lo que estudiar qué factores sociodemográficos del niño y su cuidador principal se asocian con mayores niveles de sobrecarga en este último puede ayudar a mejorar el proceso de atención de los pacientes y sus familias mediante la búsqueda activa de síntomas de sobrecarga, en especial, en aquellos cuidadores principales que presenten uno o más de los factores de riesgo identificados, y de esta forma poder proporcionar el tratamiento específico de manera oportuna para mejorar las condiciones asociadas a esta patología.

CAPÍTULO V

5.- HIPÓTESIS

Hipotesis alterna (H1): Existen factores sociodemográficos en el paciente y su cuidador principal que se asocian a mayor presencia estadísticamente significativa de sobrecarga del cuidador.

Hipótesis nula (H0): No existen factores sociodemográficos en el paciente y su cuidador principal que se asocien a mayor presencia estadísticamente significativa de sobrecarga del cuidador.

CAPÍTULO VI

6.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

1. Determinar la relación existente entre distintos factores sociodemográficos del paciente con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y sus cuidadores principales con la presencia de sobrecarga del cuidador, en una muestra representativa de la consulta ambulatoria de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el perfil sociodemográfico más frecuentemente observado en las familias de los niños con TDAH atendidos en la consulta de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".
2. Determinar la relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador y el grado de adherencia al tratamiento en niños con TDAH.
3. Comparar nuestros resultados con lo descrito en la literatura internacional sobre factores asociados a sobrecarga del cuidador principal en pacientes con TDAH y otros trastornos del neurodesarrollo.

CAPÍTULO VII

7.- MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trató de un estudio observacional, descriptivo, transversal, analítico, no ciego, tipo encuesta.

MUESTRA

Los datos se obtuvieron de la revisión de expedientes de pacientes atendidos entre el año 2017 y el 2019 a quienes se les habían aplicado los siguientes cuestionarios: Cédula de datos sociodemográficos, Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y Escala de Adherencia Terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos; y de pacientes que aceptaron participar en el estudio llenando esos mismos cuestionarios a partir del mes de junio de 2020.

PROCESO DE APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS

Obtención del consentimiento informado.

Se solicitó durante las consultas de seguimiento, a los cuidadores principales de pacientes con diagnóstico de TDAH que acuden a la consulta de nuestro servicio, su participación voluntaria en el estudio; se realizó una explicación a detalle de las características y objetivos del estudio, en qué consistiría su participación y por qué resultaba de importancia e interés, los beneficios y riesgos si aceptaban participar, los derechos que poseen como sujetos de investigación, además de los mecanismos a emplear para garantizar la

confidencialidad de sus datos. Una vez que nos aseguramos de la cabal comprensión por el sujeto de investigación de la información proporcionada, y de ofrecer tiempo para aclarar dudas, se les incluyó o excluyó de participar, según haya sido su libre decisión. Se aclaró que la decisión de no participar en el estudio no traería ninguna repercusión en la atención médica brindada. En quienes aceptaron participar, se les pidió que llenaran los datos correspondientes (nombre completo, firma y fecha de llenado) en el formato por escrito del consentimiento informado; en el entendido también de que podían suspender su participación en cualquier momento, incluso una vez firmado el documento. Además, se les proporcionó un número de contacto telefónico al que podían comunicarse en caso de que emergieran dudas relacionadas al presente estudio.

Llenado de los cuestionarios.

Tras la obtención del consentimiento informado, se dieron las instrucciones para el correcto llenado de los cuestionarios, una vez comprendida esta información se pasó al sujeto de investigación a un consultorio desocupado, para garantizar la privacidad en sus respuestas, ahí se le entregaban los cuestionarios para su llenado, y una vez finalizada la contestación de los mismos, se les solicitó hicieran entrega de estos al miembro del equipo de investigación a cargo de la recepción.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable independiente

- Sobrecarga del cuidador

Definición conceptual: se define por la presencia de problemas físicos, sociales, emocionales o financieros desencadenados por la atención prestada al paciente.

Definición operacional: se define por la obtención de un puntaje igual o superior a 47 en la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.

Escala de medición: variable ordinal.

Variable dependiente

- Adherencia terapéutica

Definición conceptual: definida como el grado en que el comportamiento de una persona corresponde con las recomendaciones emitidas por su prestador de asistencia sanitaria.

Definición operacional: se define por la obtención de un puntaje igual o superior a 68 en la escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos.

Escala de medición: variable ordinal.

Variables de control

- Sexo: Definida operacionalmente como sexo masculino o sexo femenino, según sea la identidad biológica del sujeto. Representa una variable cualitativa nominal dicotómica.

- Edad: tiempo de vida transcurrido a partir del nacimiento. Operacionalmente definida como la edad del sujeto en años al momento de la 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 o en unión libre. Variable cualitativa nominal.

- Nivel educativo: nivel de escolaridad al momento del estudio. Definida operacionalmente como ninguna, primaria, secundaria, preparatoria, carrera técnica, licenciatura, posgrado. Variable cualitativa ordinal.

- Tiempo que pasa el cuidador con el paciente: es la cantidad de horas al día que pasa una persona al cuidado del paciente a su cargo. Definida operacionalmente por horas. Variable cuantitativa numérica.

- Tiempo desde recibido el diagnóstico del paciente: medida temporal desde que se recibió el diagnóstico de TDAH hasta el momento

actual. Definida operacionalmente por años. Variable cuantitativa numérica.

- Número de hermanos del paciente: cantidad de hermanos, con independencia del género, que tiene el paciente. Definida operacionalmente en cero o cualquier número entero positivo (1, 2, 3, etcétera). Variable cuantitativa numérica.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.

Escala de Adherencia Terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos

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 ítems 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 la persona encargada de llevar el tratamiento califica 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. Aunque por lo general, es la persona afectada por un padecimiento crónico quien la responde al ser la encargada de su propio cuidado, en especial en muestras de adultos; en este caso su aplicación deberá ser al cuidador principal, por ser los responsables de la correcta

administración de los psicofármacos y el seguimiento de las indicaciones médicas.[26]

Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

Escala autoaplicada que mide el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de personas dependientes afectadas por alguna enfermedad crónica. Consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador mientras cuida 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 debe buscar revalorar los resultados cuando la situación o estado clínico 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.[25]

Cédula de datos demográficos

Cuestionario donde se indagan 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
- Sexo del cuidador.
- Estado civil del cuidador
- Escolaridad del cuidador
- Tiempo que pasa el cuidador con el paciente
- Ingreso mensual promedio del cuidador

CAPÍTULO VIII

8.- POBLACIÓN ESTUDIADA

Universo de estudio

Cuidadores principales de pacientes que cuenten con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y sean atendidos en la consulta externa de niños y adolescentes del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".

Unidad de estudio

Servicio de consulta externa de niños y adolescentes del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", en Monterrey, Nuevo León, México.

Criterios de Inclusión

a) Cuidadores principales de pacientes con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que sean atendidos en la consulta externa.
b) Que sean mayores de dieciocho años.
c) Que acepten participar de forma voluntaria en el estudio, así plasmado en el consentimiento informado por escrito.

Criterios de Exclusión

a) Cuidadores principales que se encuentren al momento de la selección en tratamiento para alguna patología psiquiátrica.
b) Que no acepten participar en el estudio.
c) Que tengan dificultades para completar los cuestionarios (por discapacidad física, intelectual, por motivos de idioma).

Criterios de eliminación

a) Cuidadores principales que no hayan contestado por completo los cuestionarios aplicados.

TÉCNICA DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

No probabilístico. Para el cálculo del tamaño mínimo de la muestra considerando una población de 1,077 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 mínima de 80 pacientes.

Fórmula utilizada:

$$n = (N Z^2 p q) / d^2 (N-1) + Z^2 p q)$$

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 utilizó 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 considero como significativo un valor p= <0.05. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25.0.

MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD

Los participantes en la presente investigación se han mantenido en el compromiso de resguardar la confidencialidad de todos los datos obtenidos, los cuales serán utilizados para finalidad exclusiva del presente trabajo.

Con el objetivo de mantener la confidencialidad de los sujetos de investigación incluidos en el presente estudio, se tomaron las siguientes precauciones. El resguardo de los documentos utilizados, como cuestionarios, estuvo a cargo del tesista, quien colocó los mismos en un casillero bajo llave. El archivo que contiene la base de datos que alberga la información se encuentra protegida con contraseña, la cual sólo es conocida por el investigador principal y tesista. Además, la computadora en la que se aloja dicha base de datos, también requiere contraseña al encender, y se encuentra resguardada en las instalaciones del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr.

José Eleuterio González", en un cuarto de acceso exclusivo para residentes, el cual cuenta en su puerta con entrada protegida con clave para el ingreso.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para su inclusión al presente estudio, se solicitó a los sujetos de investigación autorizaran de forma voluntaria su participación en el mismo de forma escrita en un formato de consentimiento informado ya establecido, previa explicación por parte de un miembro del equipo de investigación y tras asegurarse de que se comprendió cabalmente la información proporcionada.

En este estudio no se tomaron muestras biológicas. Se considera seguro ya que los participantes no fueron expuestos a riesgos ni daños.

El presente protocolo fue sometido para su evaluación al Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", obteniendo su aprobación para llevarse a cabo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los participantes en este proyecto de investigación declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

CAPÍTULO IX

9.- RESULTADOS

Pasaremos a la descripción de los resultados, el total de sujetos incluidos fue de 90, comenzaremos con la estadística descriptiva.

89 de los 90 (98.8%) de los sujetos incluidos fueron del sexo femenino, todos con algún lazo familiar con el paciente, principalmente madres de familia aunque también se incluyeron algunas abuelas; la persona del sexo masculino participante fue el padre de un paciente. La mediana de edad de los cuidadores se encuentra en los 39.5 años de edad (rango 27 – 56 años), aunque el rango más prevalente fue el de los 41 – 47 años.

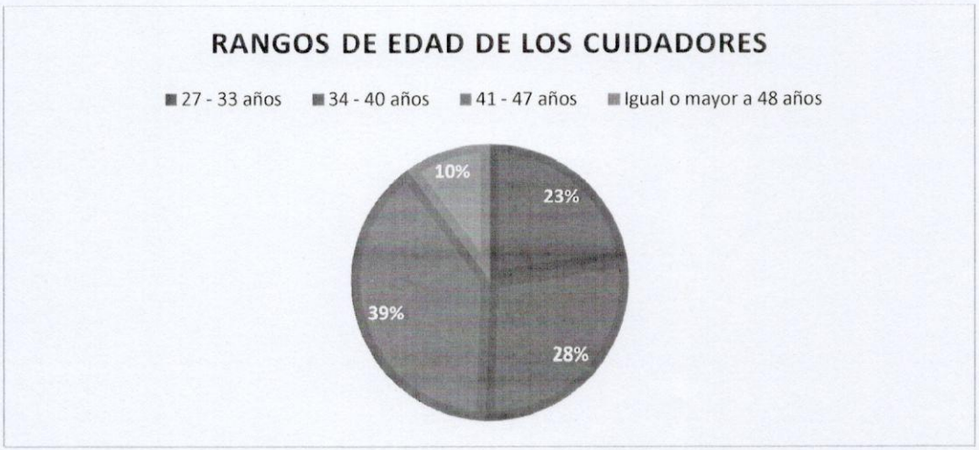


Figura 9.1 – *Rangos de edad de los cuidadores principales incluidos.*

Respecto al estado civil de los cuidadores principales se encontró que el más prevalente es el de "casado(a)", siendo la respuesta de 38 de los participantes (42.2%), seguido de "unión libre" en 27 respondientes (30.0%), lo cual nos

habla que casi tres cuartas partes de los cuidadores principales evaluados se encontraba con pareja sentimental al momento de la evaluación (72.2%), siendo esta situación más frecuente que los estados donde se vive sin pareja conviviente (soltería, divorcio o viudez).



Figura 9.2 – *Estado civil de los cuidadores principales incluidos en el estudio.*

En cuanto a la escolaridad de los cuidadores principales, todos refirieron al menos algún grado de escolaridad. Este fue el orden en prevalencia encontrada: media superior, media, superior y básica.

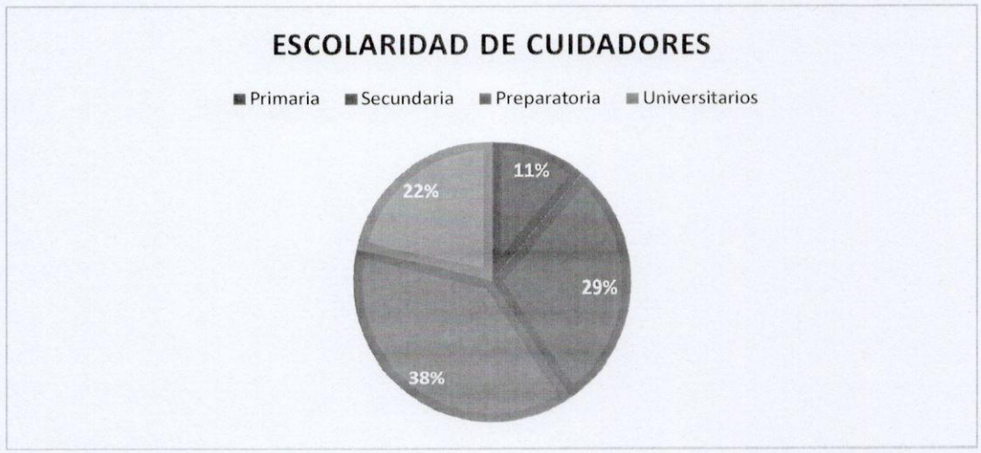


Figura 9.3 – *Escolaridad de los cuidadores principales.*

En más datos descriptivos, 47 (52.2%) de los cuidadores principales incluidos tiene un empleo formal remunerado, mientras el restante no. En una línea paralela, 57 (63.3%) de los encuestados se describieron como "cuidadores de tiempo completo", pasando más de doce horas al día dedicados a la atención del paciente.

En relación a los ingresos mensuales de los cuidadores, 70 (77.7%) de estos ingresa dentro de la clase baja económica de la población, esto es, sus percepciones son inferiores a los $16,000 al mes. Sólo 4 (4.4%) tienen percepciones superiores a los $30,000 al mes.

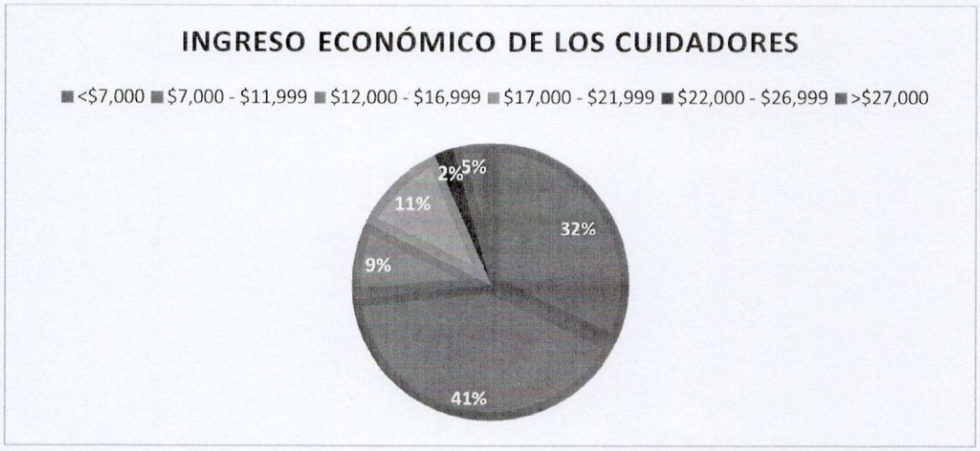


Figura 9.4 – *Ingreso económico mensual de los cuidadores principales incluidos en el estudio.*

En cuanto a la información de los menores con TDAH, se obtuvo lo siguiente. Hubo una predominancia de pacientes del sexo masculino: 72 (80%), *versus* del sexo femenino: 18 (20%).

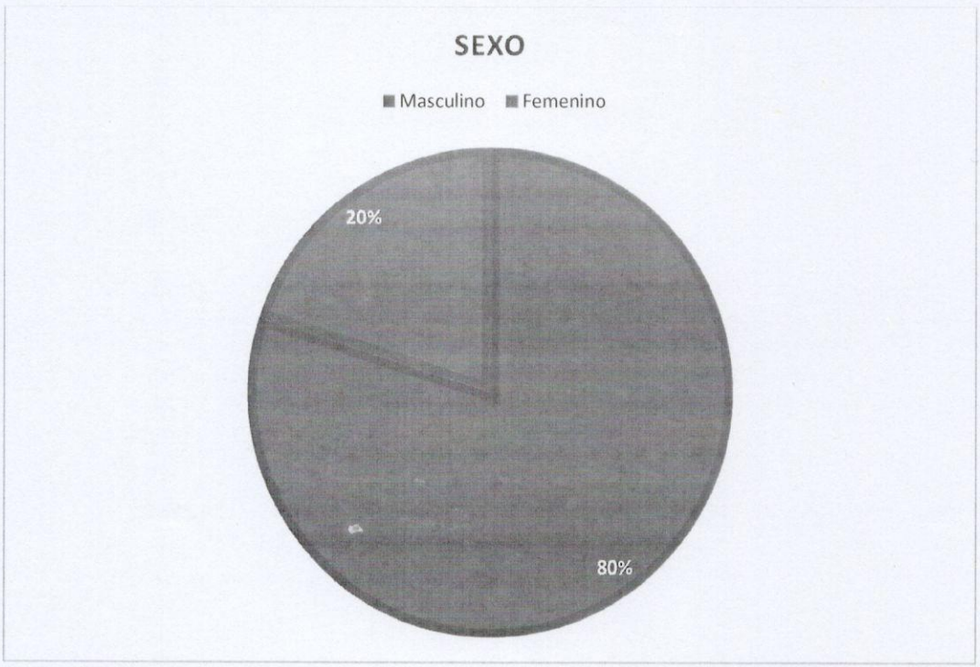


Figura 9.5 – *Sexo de los pacientes.*

Respecto a la cantidad de hermanos: ninguno (8), 1 hermano (25), 2 hermanos (37), 3 hermanos (10), 4 hermanos (6), 5 hermanos (2) y 6 hermanos (2).

El promedio de edad de los menores fue de 12.1 años de edad, oscilando el rango entre los 5 a los 17 años. La escolaridad más predominante fue de secundaria, seguida por primaria, preparatoria y preescolar.

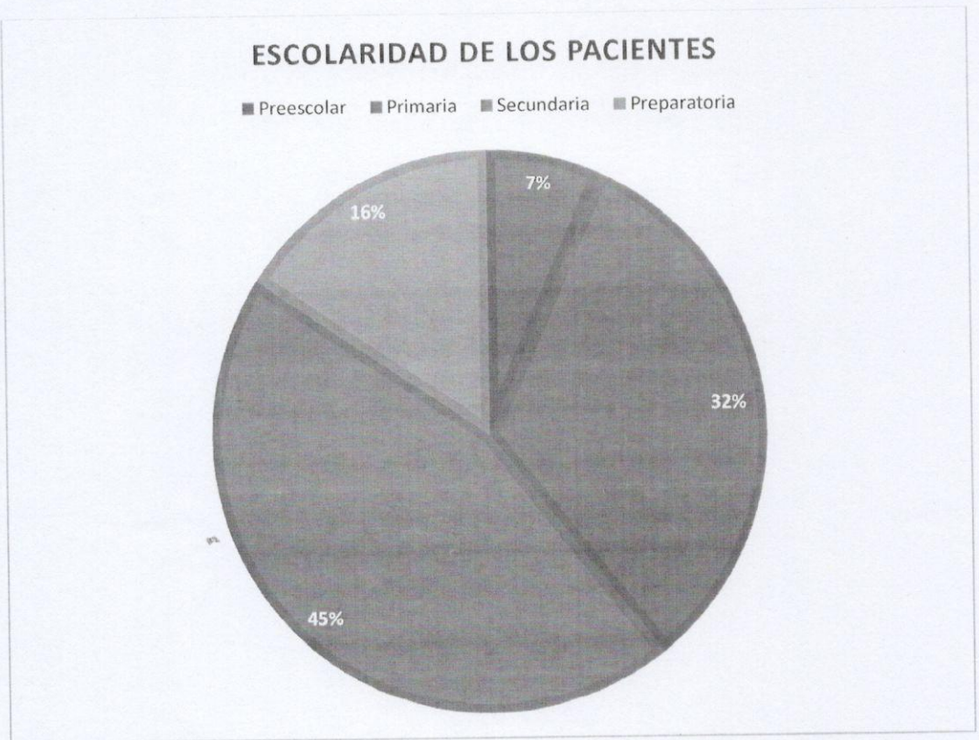


Figura 9.6 – *Escolaridad de los pacientes.*

La media de edad en el diagnóstico fue de 3.5 años.

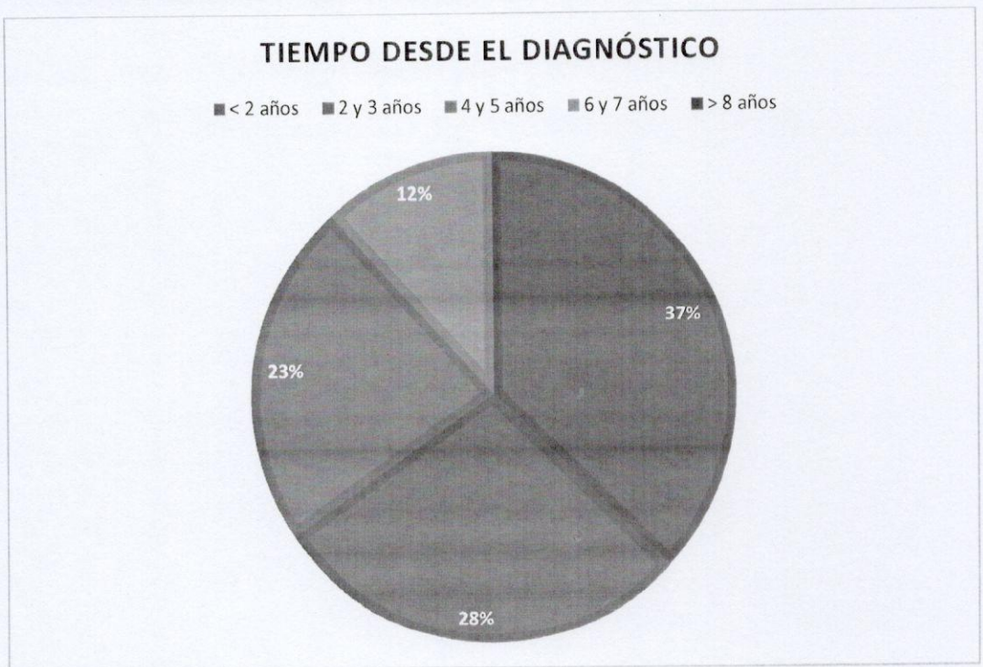


Figura 9.7 – *Tiempo transcurrido desde que se recibió el diagnóstico de TDAH.*

Los resultados de las escalas mostraron lo siguiente.

El puntaje de la escala de sobrecarga del cuidador arrojó una media de 50 puntos (22 – 96). De los 90 cuidadores principales: 43 (47.8%) no presentaron sobrecarga, 18 (20%) presentaron sobrecarga leve y 29 (32.2%) presentaron sobrecarga intensa.

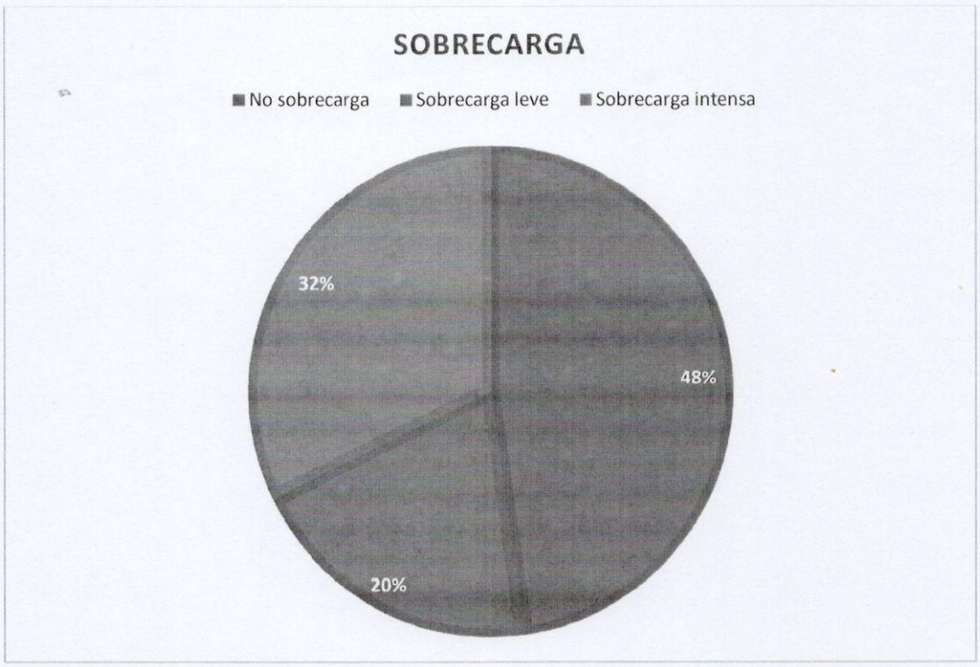


Figura 9.8 – *Resultados de la Escala de sobrecarga de Zarit.*

En la escala de adherencia terapéutica, no hubo ningún resultado de baja adherencia. De hecho, la gran mayoría reportaba adherencia alta (84, esto es, el 93.3%) y con adherencia moderada 6 (que representa el 6.7% de la muestra).

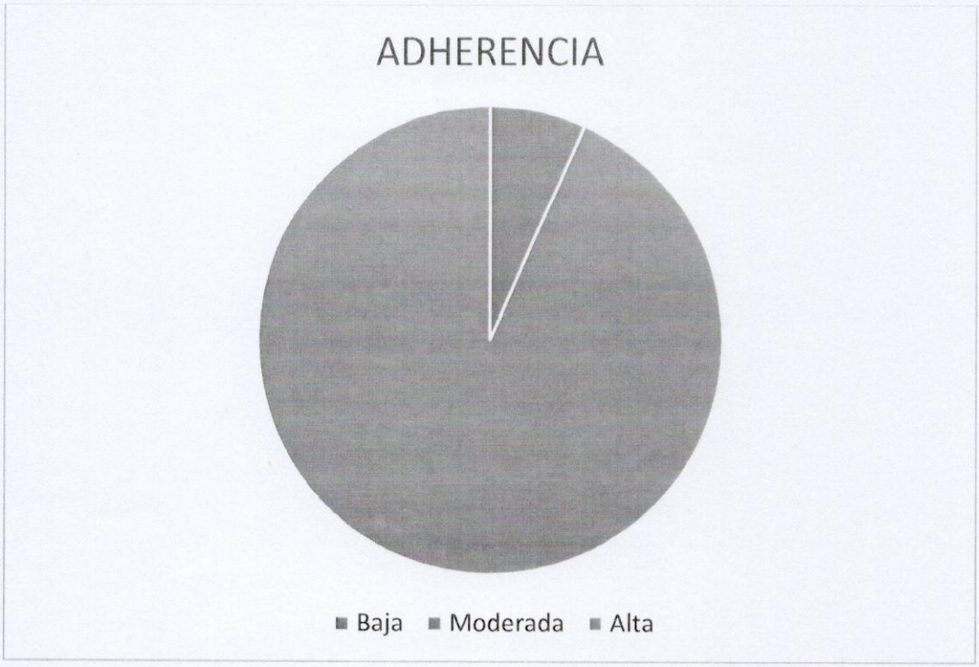


Figura 9.9 – *Resultados de la escala de adherencia terapéutica.*

Respecto al objetivo del presente estudio sobre el establecimiento de asociaciones entre factores sociodemográficas y su impacto en la sobrecarga en los cuidadores principales, se encontró lo siguiente (ver Tabla 1):

La edad del cuidador principal se vio asociada a la presencia de sobrecarga en este, observándose que a mayor edad del cuidador principal existía mayor presencia de sobrecarga. Hallazgo similar en relación a la edad del paciente, encontrándose que en los pacientes de mayor edad (comparado con los de menor edad) existía mayor presencia de sobrecarga en sus cuidadores.

El tiempo de diagnóstico también tuvo significancia estadística en la presencia de sobrecarga del cuidador, encontrándose que a mayor tiempo de diagnóstico se veía mayor presencia de esta, en comparación con aquellos cuyo

diagnóstico era reciente. Entre aquellos que reportaron sobrecarga en nuestro estudio, el promedio del tiempo transcurrido desde el diagnóstico fue de 4.5 años.

Respecto al género, si bien la prevalencia de sobrecarga fue similar en ambos grupos. Se observó una diferencia significativa en la severidad de unos y otros, siendo la sobrecarga intensa más frecuente entre las cuidadoras de pacientes varones que en las de mujeres (ver Tabla 2).

Digno de mención, el hecho de que la variable de número de hermanos no se asoció a mayor presencia de sobrecarga, el estado civil de los cuidadores, tampoco el ingreso económico de estos ni las horas que el cuidador principal convivía diariamente con el paciente a su cargo.

Se encontró también que en presencia de sobrecarga del cuidador se observaron puntajes menores en la escala de adherencia terapéutica, es decir, una relación lineal negativa débil. El 100% de las personas con "adherencia moderada" en nuestro estudio presentaron un resultado en la escala de Zarit indicadora de sobrecarga intensa. Y en aquellos con adherencia buena, se vio que el promedio fue de 8 puntos menos entre los que tenían algún grado de sobrecarga *versus* los que no la presentaban. Como se mencionó previamente, ninguna persona reportó, de acuerdo a la interpretación de la escala, una mala adherencia al tratamiento.

Variable	Sobrecarga presente. Media.	Sobrecarga ausente. Media.	Valor de "*p*"
Edad del cuidador.	41	38	0.042
Tiempo dedicado al paciente.	18	19	>0.05
Ingreso mensual promedio del cuidador.	12,104	9,121	>0.05
Puntaje escala de sobrecarga del cuidador.	64	36	<0.0001
Puntaje escala de adherencia terapéutica.	83	91	<0.0001
Edad del paciente.	13	11	0.015
Tiempo de diagnóstico en el paciente.	4.5	2.4	<0.0001
Número de hermanos del paciente.	2	2	>0.05

Tabla 1 – *Prueba de hipótesis para la media.*

	Hombres	Mujeres
No sobrecarga	34 (47.2%)	9 (50%)
Sobrecarga leve	13 (18.0%)	5 (27.7%)
Sobrecarga intensa	25 (34.7%)	4 (22.2%)

Tabla 2 – *Prevalencia de sobrecarga en relación al sexo del paciente.*

No se observaron diferencias entre las variables cuantitativas ni asociaciones (ver Tabla 3).

		SOBRECARGA		Comparación proporciones	Chi2
		PRESENTE	AUSENTE	p	p
C - Estado civil	Soltera	10,6%	11,6%	>0.05	>0.05
	Union libre	25,5%	34,9%	>0.05	>0.05
	Casada	44,7%	39,5%	>0.05	>0.05
	Divorciada	17,0%	14,0%	>0.05	>0.05
	Viuda	2,1%	0,0%	>0.05	>0.05
C - Escolaridad	Primaria	14,9%	16,3%	>0.05	>0.05
	Secundaria	25,5%	30,2%	>0.05	>0.05
	Preparatoria	40,4%	30,2%	>0.05	>0.05
	Licenciatura	19,1%	23,3%	>0.05	>0.05
C - Ocupación	Hogar	48,9%	44,2%	>0.05	>0.05
	Empleada	46,8%	53,5%	>0.05	>0.05
	Desempleada	4,3%	2,3%	>0.05	>0.05
P- Género	Femenino	19,1%	20,9%	>0.05	>0.05
	Masculino	80,9%	79,1%	>0.05	>0.05
P -Escolaridad	Preescolar	2,1%	9,3%	>0.05	>0.05
	Preparatoria	17,0%	14,0%	>0.05	>0.05
	Primaria	29,8%	41,9%	>0.05	>0.05
	Secundaria	51,1%	32,6%	>0.05	>0.05
	Secundaria Trunca	0,0%	2,3%	>0.05	>0.05
ADHERENCIA	Baja	0,0%	0,0%	>0.05	>0.05
	Moderada	12,8%	0,0%	>0.05	>0.05
	Alta	87,2%	100,0%	>0.05	>0.05

Tabla 3 – *Prueba de hipótesis para proporciones y prueba* χ^2.

Se observó que en presencia de sobrecarga del cuidador se incrementaba la edad del cuidador en promedio en el 21.5% de los casos. O dicho en otras palabras, en uno de cada cinco cuidadores principales aumentaba la edad al tener sobrecarga (ver Tabla 4). En una línea similar, en presencia de sobrecarga del cuidador, la edad del paciente, aumentaba en promedio en el 25.6% de las veces.

Además, la presencia de sobrecarga en el cuidador se relacionó con una disminución en los puntajes de la escala de adherencia terapéutica en el 40.5% de los casos.

		SOBRECARGA
C - Edad	r	0,215
	P	0,042
	N	90
C - Tiempo dedicado al paciente	r	-0,056
	P	0,603
	N	90
C - Ingreso Mensual Promedio	r	0,164
	P	0,123
	N	90
C - Escala Sobrecarga del Cuidador de Zarit	r	0,822
	P	<0.0001
	N	90
C - Escala de Adherencia Terapéutica	r	-0,405
	P	<0.0001
	N	90
P - Edad	r	0,256
	P	0,015
	N	90
P - Tiempo del diagnóstico	r	0,377
	P	<0.0001
	N	90
P -Hermanos	r	-0,007
	P	0,948
	N	90

TABLA 4 – *Tabla de correlación al 95%.*

Sombreado en azul los resultados estadísticamente significativos.

CAPÍTULO X

10.- DISCUSIÓN

El TDAH, al igual que otros trastornos del neurodesarrollo, es causa de disfunción de grado variable, no sólo para los pacientes, sino también para el entorno inmediato donde se desenvuelven, que suele ser la familia; en estas, incrementan la proporción de cuidados que necesitan debido a comportamiento disruptivo y de otros tipos, tiene un impacto económico significativo para las familias y las sociedades debido a necesidades de atención médica y educativa adicionales en comparación con menores sin este diagnóstico,[39] y asociarse a mayor problemas en la relación con la pareja en los padres de estos pacientes,[40] en especial en niños con el subtipo combinado de TDAH o cuando tienen en comorbilidad un trastorno de conducta o un trastorno oposicionista desafiante; todos los anteriores son factores demostrados para el incremento de sobrecarga del cuidador.

Los cuidadores familiares son un grupo de personas que requieren ser estudiadas para identificar particularidades a su propia salud física y emocional.

El perfil sociodemográfico principal de los cuidadores en nuestro estudio fue de mujeres, casadas, en la adultez joven, escolaridad preparatoria, que debían combinar labores de cuidado en casa con el trabajo, de estrato socioeconómico bajo y que tenían a más de un hijo a su cargo.

En nuestro estudio, casi la totalidad de las personas que fungen como cuidador principal son mujeres, en especial las madres de familia de los menores que

son llevados a la consulta. Esto va en la línea de estudios previos[41, 42,43] en los que se señala que tal situación es característica de culturas patriarcales dominantes y tiene que ver con el entendimiento del cuidado como parte inherente del rol femenino, asumiéndose por estas como un compromiso moral, natural, marcado por el afecto y percibido como una responsabilidad impuesta, no valorada ni remunerada en la mayoría de los casos.

El estado civil casado y en unión libre, fueron los más representativos, sugiere que estas cuidadores podrían contar con el apoyo de su cónyuge para llevar a cabo la tarea de cuidar, pero estos suelen dedicarse a las tareas que se relacionan con el sustento económico. Pese a lo anterior, la presencia de un cónyuge, cuando existe buena relación, proporciona un intenso fortalecimiento emocional, disminuyendo las sensaciones de soledad y aumentando las de apoyo percibido.[44] En nuestro estudio, la mitad de las madres solteras presentaron sobrecarga intensa.

Sólo una quinta parte de las cuidadoras en nuestro estudio tenían estudios universitarios finalizados, estas limitaciones en el nivel educativo alcanzado, condicionan poca accesibilidad a empleos bien remunerados, llevando a estas personas a ubicarse en estratos socioeconómicos bajos, con una percepción mensual inferior a los $12,000 mexicanos en tres cuartas partes de las participantes.

En nuestra muestra, la mayoría de los cuidadores se encontraba en la adultez joven (tercera y cuarta década de la vida), lo cual es un dato similar a lo

reportado en la literatura de cuidadoras de pacientes con trastornos del neurodesarrollo, pero son menores de las edades reportadas en cuidadoras de pacientes con trastornos neurológicos degenerativos como demencia o la enfermedad de Parkinson, lo cual es explicado por la edad de los pacientes (más avanzada) y el parentesco que guardan con ellos (hijos o cónyuges).

El perfil sociodemográfico predominante entre los pacientes fue ser del sexo masculino, en los 12 años de edad, cursando los estudios de secundaria, con 3.5 años de establecido el diagnóstico de TDAH.

En nuestra muestra, hubo cuatro veces más varones que mujeres, lo cual va de acuerdo a los reportes en la literatura[45], en la que se establece que en la edad infantil y adolescente, existe clara predominancia de este trastorno en varones por sobre mujeres, sobre todo en entornos clínicos.[46]

La presencia de sobrecarga del cuidador fue encontrada en al menos la mitad de nuestros pacientes. Entre las variables sociodemográficas asociadas a esto se encontraron la edad del cuidador, la edad del paciente y el tiempo de diagnóstico.

Susan Huges y colaboradores (1999)[47], en sus estudios de sobrecarga del cuidador, reportaron que los cuidadores más jóvenes solían experimentar mayores niveles de sobrecarga que los cuidadores de mayor edad; de igual forma reportaron que tener bajos ingresos se relaciona con mayor sobrecarga

para el cuidador. Vivir en el mismo domicilio que la persona que se tiene al cuidado también se asoció a mayores niveles de sobrecarga.

Sin embargo, el tema de la edad del cuidador y su asociación con la sobrecarga, ha tenido reportes inconsistentes en la literatura, con algunos estudios estableciendo una asociación directa entre esas variables, mientras que otras no confirman dicha asociación.[51]

El tiempo de diagnóstico también se relacionó positivamente a mayor presencia y severidad de la sobrecarga. En nuestro estudio, el promedio del tiempo transcurrido desde la fecha en que se dio el diagnóstico fue de 4.5 años. Al respecto, Adriana Contreras (2014)[55], en un estudio boliviano de sobrecarga en cuidadores de pacientes con TDAH, describió que con el tiempo de cuidado pueden ocurrir dos situaciones: una de ellas es que con los años de llevar cuidando sobrevenga de forma acumulada agotamiento físico y mental, manifestándose en mayor sobrecarga; o por el contrario, que venga una adaptación a la situación, y mayor facilidad para ofrecer las actividades de cuidado, con mejoría de las habilidades para cuidar, con la subsecuente disminución de la sobrecarga.

Fue llamativo el hecho de que las horas que se pasa al cuidado del paciente no se relacionaron con incremento de la sobrecarga, información que contrasta con los reportes de la literatura de cuidadores de pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos, donde a mayor tiempo dedicado a la función de cuidado es mayor el riesgo de presencia y severidad de la sobrecarga.[49,50]

El género del paciente en nuestro estudio no influyó significativamente en la presencia de sobrecarga, pero sí en la severidad reportada de la misma, siendo más intensa en los cuidadores de varones. Esto ha tenido explicación en la literatura, por la mayor presencia en los hombres de los subtipos de TDAH combinado e hiperactivo/impulsivo, comparado con las mujeres, en las que predomina el subtipo inatento.[52] En los subtipos más comunes en varones existe mayor presencia de problemas de conducta y comportamiento disruptivo, el cual se ha asociado a mayor intensidad de la sobrecarga del cuidador.[53]

El número de hermanos fue una variable asociada a sobrecarga en un estudio conducido en Omán,[54] donde a mayor número de hermanos tiene el paciente con TDAH mayor sobrecarga se observaba en el cuidador. En otros estudios de sobrecarga en cuidadores de niños con condiciones médicas, dicha asociación también ha sido reportada.[52] Tal asociación no fue encontrada en nuestra muestra.

El presente estudio sugiere la importancia de obtener el perfil de los cuidadores para darnos una idea de las dimensiones sociodemográficas que contribuyen a la investigación de las familias de niños con TDAH; con el objetivo de ayudar en la detección temprana del problema de sobrecarga del cuidador y considerar la necesidad de implementar intervenciones para reducir el impacto de dicha condición y sus consecuencias psicosociales.

CAPÍTULO XI

11.- CONCLUSIONES

El perfil del cuidador principal de los pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en nuestro medio es el de una mujer, casada, en la adultez joven, con escolaridad preparatoria, ingresos por debajo de los doce mil pesos mensuales, que cohabita con el niño que atiende y pasa en promedio más de doce horas diarias a su cuidado.

Entre las variables estudiadas que se encontraron relacionadas a presencia de sobrecarga, se encontró: mayor edad del cuidador, mayor edad del niño que se atiende y mayor tiempo desde que se tiene el diagnóstico de TDAH.

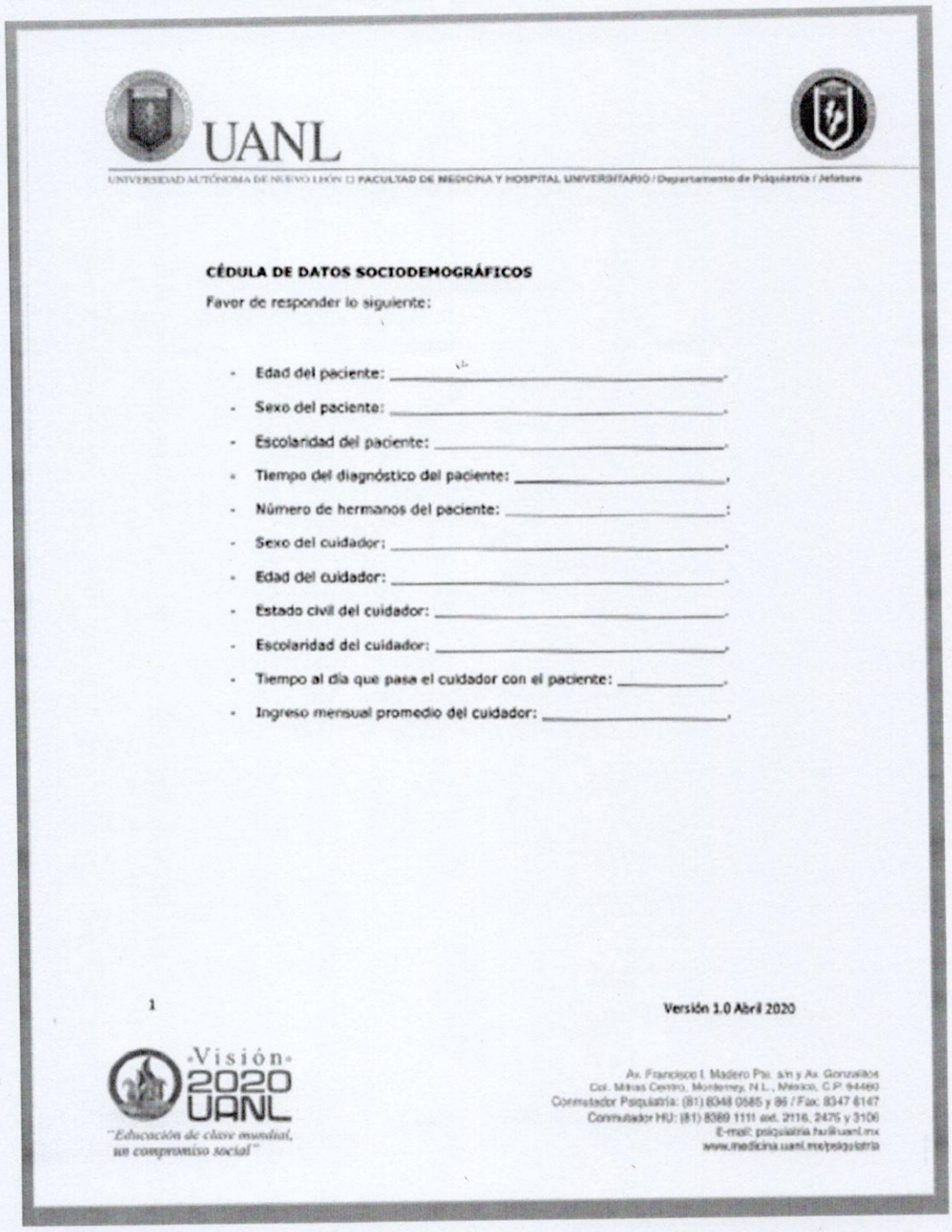
Entre las variables que se asociaron a mayor presencia de sobrecarga intensa está el ser madre soltera y el tener un hijo varón con TDAH. Hubo una relación inversa entre sobrecarga del cuidador con la adherencia al tratamiento.

Nuestro estudio enfatiza la necesidad de expander la atención y evaluación al grupo más cercano de los niños con TDAH que es su familia, a través de la identificación de factores de riesgo para sobrecarga del cuidador, para su sospecha e identificación oportuna, en busca de impactar positivamente en el pronóstico de este padecimiento.

CAPÍTULO XII

12.- ANEXOS

12.1 – Cédula de datos sociodemográficos.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO / Departamento de Psiquiatría / Jefatura

CÉDULA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Favor de responder lo siguiente:

- Edad del paciente: _____.
- Sexo del paciente: _____.
- Escolaridad del paciente: _____.
- Tiempo del diagnóstico del paciente: _____,
- Número de hermanos del paciente: _____;
- Sexo del cuidador: _____.
- Edad del cuidador: _____.
- Estado civil del cuidador: _____.
- Escolaridad del cuidador: _____.
- Tiempo al día que pasa el cuidador con el paciente: _____.
- Ingreso mensual promedio del cuidador: _____.

1

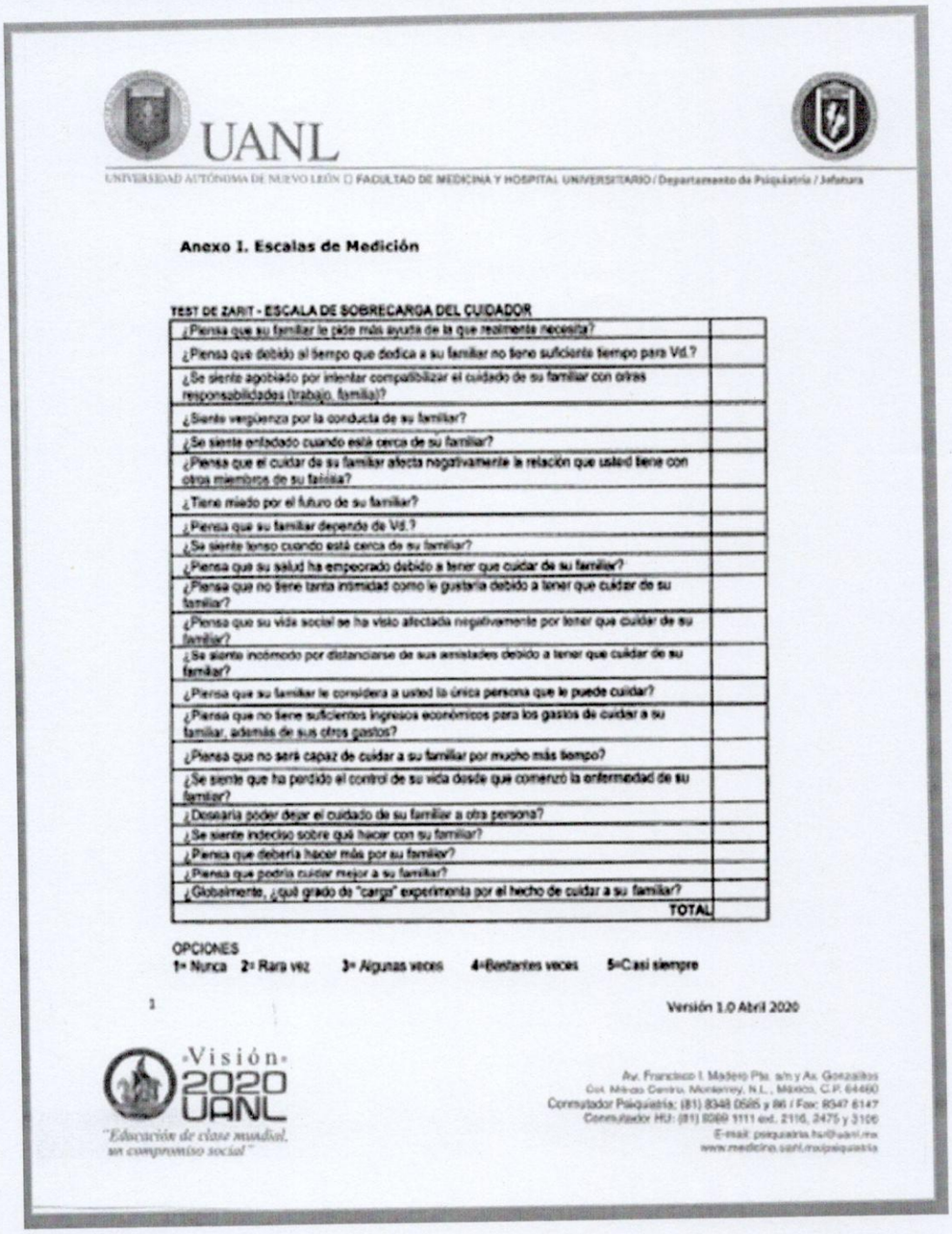
Versión 1.0 Abril 2020

Visión 2020 UANL

"Educación de clase mundial, un compromiso social"

Av. Francisco I. Madero Pte. s/n y Av. Gonzalitos
Col. Mitras Centro, Monterrey, N.L., México, C.P. 64460
Conmutador Psiquiatría: (81) 8348 0585 y 86 / Fax: 8347 6147
Conmutador HU: (81) 8389 1111 ext. 2116, 2475 y 3106
E-mail: psiquiatria.hu@uanl.mx
www.medicina.uanl.mx/psiquiatria

12.2 – Escala de sobrecarga de cuidador de Zarit.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO / Departamento de Psiquiatría / Jefatura

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

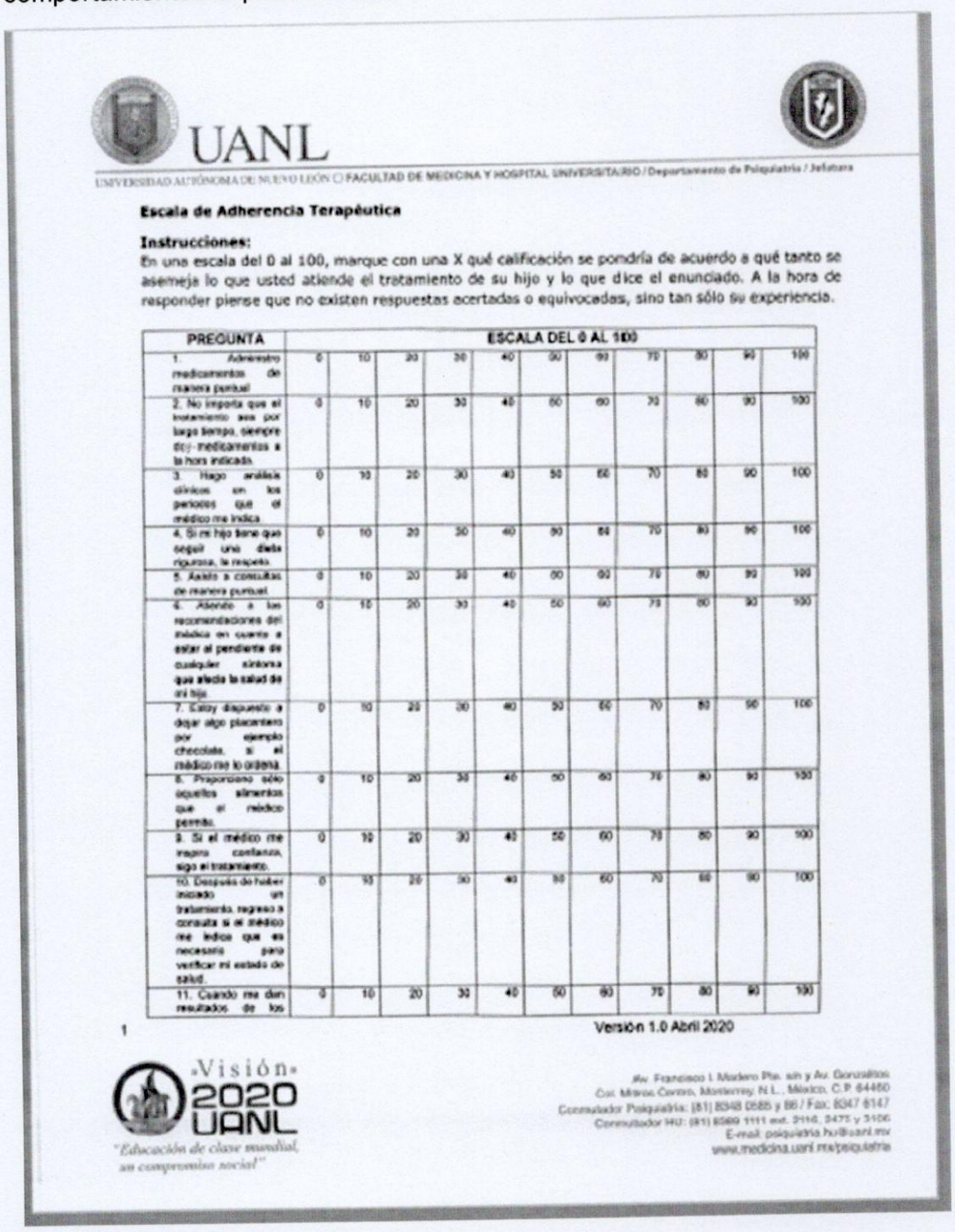
1

Versión 1.0 Abril 2020

"Visión 2020 UANL"
"Educación de clase mundial, un compromiso social"

Av. Francisco I. Madero Pte. s/n y Av. Gonzalitos
Col. Mitras Centro, Monterrey, N.L., México, C.P. 64460
Conmutador Psiquiatría: (81) 8348 0585 y 86 / Fax: 8347 6147
Conmutador HU: (81) 8089 1111 ext. 2106, 2475 y 3106
E-mail: psiquiatria.hu@uanl.mx
www.medicina.uanl.mx/psiquiatria

12.3.1 – Escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos. Parte 1.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ○ FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO / Departamento de Psiquiatría / Jefatura

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.

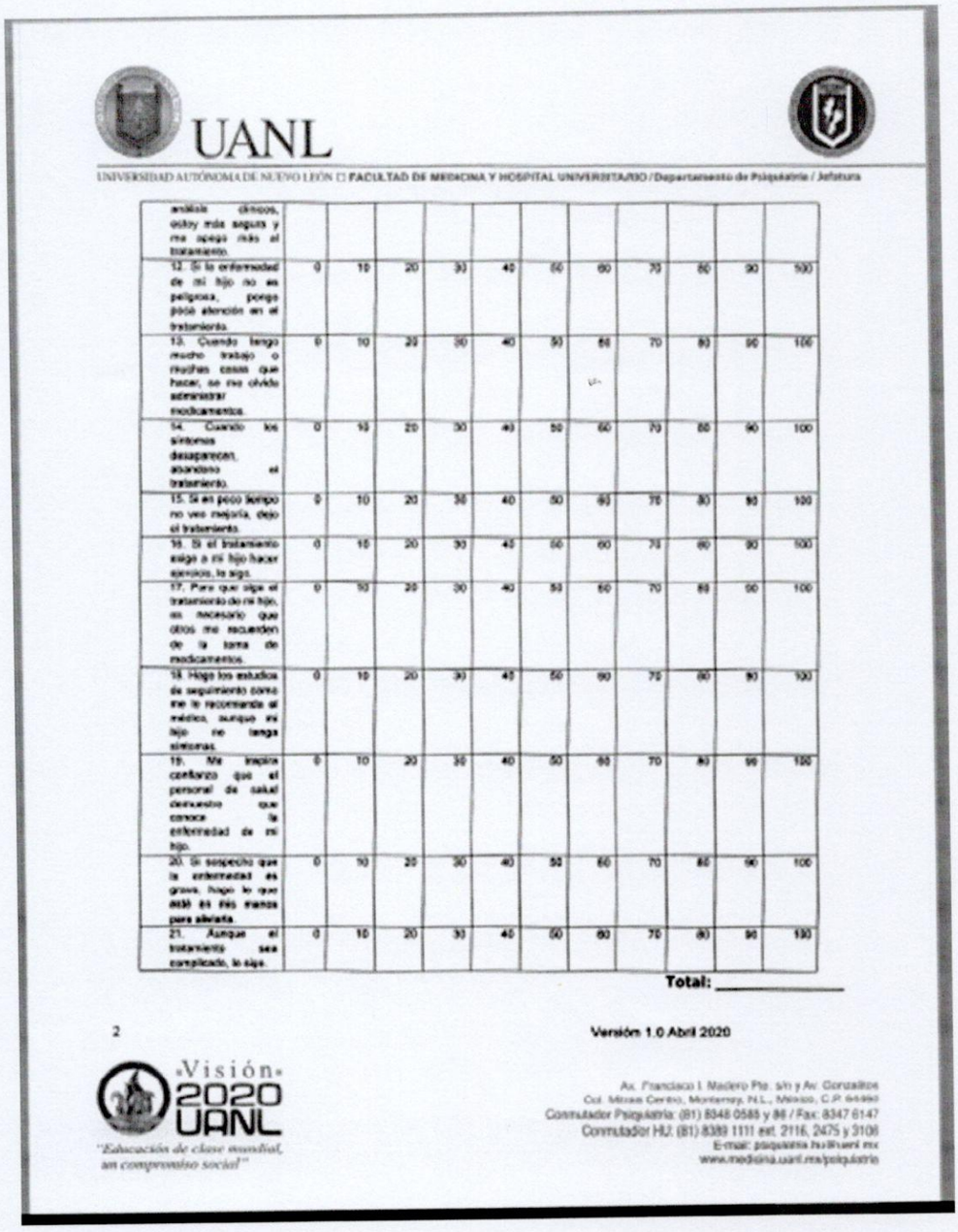
PREGUNTA	ESCALA DEL 0 AL 100										
1. Administro medicamentos de manera puntual	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
2. No importa que el tratamiento sea por largo tiempo, siempre doy medicamentos a la hora indicada	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
3. Hago análisis clínicos en los periodos que el médico 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	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

1 Versión 1.0 Abril 2020

"Visión 2020 UANL"
"Educación de clase mundial, un compromiso social"

Av. Francisco I. Madero Pte. s/n y Av. Gonzalitos
Col. Mitras Centro, Monterrey, N.L., México, C.P. 64460
Conmutador Psiquiatría: (81) 8348 0885 y 86 / Fax: 8347 6147
Conmutador HU: (81) 8989 1111 ext. 3116, 3475 y 3106
E-mail: psiquiatria.hu@uanl.mx
www.medicina.uanl.mx/psiquiatria

12.3.2 – Escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos. Parte 2.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO / Departamento de Psiquiatría / Jefatura

análisis clínicos, odoy más seguro y me apego más al tratamiento.											
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 dicté el más cuanto 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: _____

2

Versión 1.0 Abril 2020

"Visión 2020 UANL"

"Educación de clase mundial, un compromiso social"

Av. Francisco I. Madero Pte. s/n y Av. Gonzalitos
Col. Mitras Centro, Monterrey, N.L., México, C.P. 64460
Conmutador Psiquiatría: (81) 8348 0585 y 86 / Fax: 8347 6147
Conmutador HU: (81) 8389 1111 ext. 2116, 2475 y 3106
E-mail: psiquiatria.hu@uanl.mx
www.medicina.uanl.mx/psiquiatria

CAPÍTULO XIII

13.- BIBLIOGRAFÍA

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. DOI: 10.1007/s00787-016-0831-8.

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. DOI: 10.1016/j.acap.2012.06.009.

3) Pierre Gérain & Emmanuelle Zech. (2018). Does informal caregiving lead to parental burnout? Comparing parents having (or not) children with mental and physical issues. *Frontiers in Psychology*. 9 (884), 1 – 10. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00884.

4) Pinquart M, Sorensen S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources and health: an updated meta-analysis. *Journal of Gerontology*; 61 (1): 33-45. DOI: 10.1093/geronb/61.1.p33.

5) Piven J, Palmer P. (1999) Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: evidence from a family study of multiple-incidence autism families. *American Journal of Psychiatry*; 156: 557-563. DOI: 10.1176/ajp.156.4.557.

6) Moshe Fridman, Tobias Banaschewski, Vanja Sikirica, Javier Quintero, Haim Erder & Kristina Chen. (2017). Factors associated with caregiver burden among pharmacotherapy-treated children/adolescents with ADHD in the caregiver perspective on pediatric ADHD survey in Europe.

Neuropsychiatric disease and treatment. 13: 373 – 386. DOI: 10.2147/NDT.S121391.

7) Gotlieb, E.M., Gotlieb, J.S., (2009). Helping adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder transition towards adulthood. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, (20), 150–159. DOI:

8) American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. EE. UU. American Psychiatric Publishing; 2013.

9) 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. DOI: 10.1176/ajp.2007.164.6.942.

10) 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. DOI: 10.1192/bjp.bp.107.048827.

11) Poza D., Valenzuela M., Becerra A. Guías Clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". 2010.

12) 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. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x.

13) 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. DOI: 10.1016/j.biopsych.2004.11.024.

14) Gizer, I. R., Ficks, C. & Waldman, I. D. (2009) Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human Genetics*, 126, 51–90. DOI: 10.1007/s00439-009-0694-x.

15) Xin Zhao, Timothy Page, Amy Altszuler, William Pelham, Heidi Kipp, Elizabeth Gnagy, Stefany Coxe, Nicole Schatz, Brittany Merrill, Fiona Mcphee. (2019) Family burden of raising a child with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1 – 12. DOI: 10.1007/s10802-019-00518-5.

16) Tarver, J., Daley, D. & Sayal, K. (2014) Attetion-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an updated review of the essential facts. *Child: care, health and development*, 1 - 13. DOI: 10.1111/cch.12139.

17) Carlin Miller & Brianne Brooker. (2017). Mindfulness programming for parents and teachers of children with ADHD. *Complementary therapies in Clinical practice*. 108 – 115. DOI: 10.1016/j.ctcp.2017.05.015.

18) Gisladottir, M., & Svavarsdottir, E. K. (2016). The effectiveness of therapeutic conversation intervention for caregivers of adolescents with ADHD: a quasi-experimental design. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 1 – 13. DOI: 10.1111/jpm.12335.

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. DOI: 10.1111/jcpp.12036.

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. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.12101360.

22) Zarit S, Reever K, Bach-Peterson J. (1980) Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist;* 20; 649-55. DOI: 10.1093/geront/20.6.649.

23) Storebø OJ, Simonsen E, Gluud C. (2016) Methylphenidate for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *JAMA*. 315 (18): 2009 - 2010. DOI: 10.1001/jama.2016.3611.

24) Clemow DB, Bushe CJ. (2015) Atomoxetine in patients with ADHD: A clinical and pharmacological review of the onset, trajectory, duration of response and implications for patients. *J Psychopharmacol.* 29 (12): 1221 - 1230. DOI: 10.1177/0269881115602489.

25) Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji L, Rico M, Lanz P, et al. (1996) Adaptación para nuestro medio de la escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*; 6: 338-346. DOI:

26) Soria TR, Vega VCZ, Nava QC. (2009) Escala de adherencia para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*; 14 (20): 1-6.

27) Seguí J, Ortiz-Tallo M, De Diego Y. (2008) Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: Sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de psicología*; 24 (1):100-105.

28) Flood E, Gajria K, Sikirica V, Dietrich C, Romero B, et al. (2016) Caregiver Perspective on Paediatric ADHD (CAPPA) survey: Understanding sociodemographic and clinical characteristics, treatment use and impact of ADHD in Europe. *Journal of Affective Disorders*; (1): 222-234. DOI: 10.1016/j.jad.2016.04.011.

29) Wehmeier P, Dittmann R, Banaschewski T. (2015) Treatment compliance or medication adherence in children and adolescents on ADHD medication in clinical practice: results from the COMPLY observational study. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. Jun;7 (2): 165-74. DOI: 10.1007/s12402-014-0156-8.

30) Prasanth A, Sasidhar G, Padma V. (2012). A comparative study of caregiver burden in psychiatric illness and chronic medical illness. *Indian Journal of Psychiatry*. 54 (3): 239 – 243. DOI: 10.4103/0019-5545.102423.

31) Nunes AR, Brito MC, Schmidtt FT, Assumpção FB. (2015). Family burden and children with autism spectrum disorders: perspective of caregivers. *Revista CEFAC*. 17 (1): 192 – 200. DOI: https://doi.org/10.1590/1982-0216201520413.

32) Barroso S, Bandeira M, do Nascimento E. (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. Revista de Psiquiatría Clínica. 34 (6): 270 – 277.

33) Barroso S, Bandeira M, do Nascimento E. (2009). Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 25 (9): 1957 – 1968.

34) Robertson B, Khachatryan A, Andreini M, et al. (2018). Caregiver survey of the burden of disease in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. Presentado en la "Annual Meeting of the American Professional Society of ADHD and Related Disorders". Poster 37.

35) Javalkar K, Rak E, Phillips A, Haberman C, Ferris M & Van Tilburg M. (2017). Predictors of caregiver burden among mothers of children with chronic conditions. *Children*. 4 (39): 1 – 10. DOI: 10.3390/children4050039.

36) Picardi A, Gigantesco A, Tarolla E, Stoppioni V, Cerbo R, Cremonte M, Alessandri G, Lega I, Nardocci F. (2018). Parental burden and its correlates in families of children with autism spectrum disorder: a multicentre study with two comprasion groups. *Clinical practice and epidemiology in mental health*. 14: 143 – 176. DOI: 10.2174/1745017901814010143.

37) Fridman M, Banaschewski T, Sikirica V, Quintero J, Erder M, Chen K. (2017). Factors associated with caregiver burden among pharmacotherapy treated children / adolescents with ADHD in the Caregiver Perspective on Pediatric ADHD survey in Europe. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 13: 373 – 386. DOI: 10.2147/NDT.S121391.

38) Mostafavi M, Areshtanab H, Ebrahimi H, Vahidi M, Amiri S, Norouzi S. (2020). Caregiver burden and related factors in Iranian mothers of children

with attention deficit hyperactivity disorder. *Nursing and Midwifery Studies*. 9 (3): 149 – 156. DOI: 10.4103/nms.nms_83_19.

39) Doshi J, Hodgkins P, Kahle J, Sikirica V, Cangelosi M, Setyawan J, Erder M & Neumann P. (2012). Economic Impact of Childhood and Adult Attention-Deficit / Hiperactivity Disorder in the United States. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 51 (10): 990 – 1002. DOI: 10.1016/j.jaac.2012.07.008.

40) Wymbs B, Pelham W, Molina B, Gnagy E, Wilson T & Greenhouse J. (2008). Rate and predictors of divorce among parents of youth with ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 76 (5): 735 – 744. DOI: 10.1037/a0012719.

41) Jimenez I & Moya M. (2017). La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Enfermería Global*. 49: 420 – 433.

42) Vaquiro S & Stiepovich J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*. 16 (2): 9 – 16.

43) Adeosun I, Ogun O, Adegbohun A, Ijarogbe G & Fatiregun O. (2017). The burden on caregivers of children with attention-deficit hyperactivity disorder in Lagos Nigeria: prevalence and correlates. *Journal of education, society and behavioural science*. 22 (1): 1 – 7. DOI: 10.9734/JESBS/2017/35582.

44) Ferreira T, Freitas K, Melo M, Pereira K & Silva S. (2015). Quality of life of caregivers for patients of cerebrovascular accidents: association of (socio-demographic) characteristics and burden. *Revista da escola de enfermagem*

da USP. 49 (2): 245 – 252. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000200009.

45) Faraone S, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar J, Ramos J, Rohde L, Sonuga E, Tannock R & Franke B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 15027: 1 – 23. DOI: https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20.

46) Slobodin O & Davidovitch M. (2019). Gender differences in objective and subjective measures of ADHD among clinic-referred children. *Frontiers in human neuroscience*. 13: 1 – 14. DOI: 10.3389/fnhum.2019.00441.

47) Hughes S, Giobbie A, Weaver F, Kubal J & Henderson W. (1999). Relationship between caregiver burden and health-related quality of life. *The gerontological society of America*. 39 (5): 534 – 545. DOI: 10.1093/geront/39.5.534.

48) Ramezani A, Azimi H, Bastani F & Haghani H. (2018). Family caregivers burden and its related factors among iranian elderly psychiatric patient's caregiver. *Iranian Journal of psychiatry and behavioral sciences*. 12 (2): e9311. DOI: 10.5812/ijpbs.9311.

49) Adelman R, Tmanova L, Delgado D, Dion S & Lachs M. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*. 311 (10): 1052 – 1060. DOI: 10.1001/jama.2014.304.

50) Adib-Hajbaghery M & Ahmadi B. (2019). Caregiver burden and its associated associated factors in caregivers of children and adolescents with chronic conditions. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 7 (4): 258 – 269. DOI: 10.30476/IJCBNM.2019.73893.0.

51) Toledano F & Domínguez M. (2019). Psychosocial factors related with caregiver burden among families of children with chronic conditions. *Biopsychosocial medicine*. 13 (6): 1 – 9. DOI: 10.1186/s13030-019-0147-2.

52) Medici C, Morales M & Codoñer P. (2019). Género y diagnóstico en el niño con trastorno por deficit de atención-hiperactividad en un hospital público de España. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 20(1): 36 – 41.

53) Bussing R, Gary F, Mason D, Leon C, Sinha K & Wilson C. (2003). Child temperament, ADHD, and caregiver strain: exploring relationships in an epidemiological sample. *Journal of the American Child & Adolescent Psychiatry*. 42 (2): 184 – 192. DOI: 10.1097/00004583-200302000-00012.

54) Al Balushi N. (2017). Burden for caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder in Oman. *European Psychiatry*. 41(S1): S120 – S121. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2017.01.1914.

55) Contreras A. (2014). Sobrecarga emocional del cuidador familiar de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revisalud Unisucre*. 2 (1): 15 – 30. DOI: https://doi.org/10.24188/23394072.

56) Cadman T, Eklund H, Howley D, Murphy D, Asherson P & Glaser K. (2012). Caregiver burden as people with autism spectrum disorder and attention-deficit / hyperactivity disorder transition into adolescence and adulthood in the United Kingdom. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 51 (9): 879 – 888. DOI: 10.1016/j.jaac.2012.06.017.

CAPÍTULO XIV

14.- RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

El Dr. Luis Carlos Rodríguez Briones nació en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México, en el año de 1989, viviendo sus primeros 17 años en dicha ciudad. Cursó la educación preescolar en el Jardín de Niños "Herlinda Lavín Gómez", la educación primaria en la Escuela Primaria Federal "Héroes de Nacozari", la educación secundaria en la Secundaria General #4 "Profr. José Santos Valdez Salazar", los estudios de bachillerato en el CBTIS No. 24 realizando la carrera técnica en laboratorio clínico. A los 18 años se muda a la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México, donde ha vivido hasta la actualidad, para iniciar sus estudios superiores, ingresando a la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, generación 2007 – 2013, obteniendo el Título y cédula profesional como Médico Cirujano y Partero, posteriormente realiza un año de servicio social en el Servicio de Medicina Forense del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", tras lo cual aplica para el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas, logrando su entrada al curso de especialización en Psiquiatría General, siendo aceptado en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", siendo parte de la generación 2015 – 2019, obteniendo título y cédula profesional como especialista en Psiquiatría. Decide continuar su preparación ingresando a la subespecialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, generación 2019 – 2021, en la misma institución, siendo el presente documento sólo una parte de los múltiples esfuerzos realizados para la consecución de un nuevo título y cédula profesional. Una vida académica en la que se privilegia el esfuerzo y la constancia como la clave en el logro de objetivos, encontrando en la vida familiar los cimientos y columnas que sostienen y alientan dichos esfuerzos.