

Determinantes Sociales de la Salud; su Relevancia en el Abordaje de los Problemas de Salud Mental Infantil. El Caso del TDAH*.

Ana Silvia Figueroa-Duarte*
Óscar Alberto Campbell-Araujo**

RESUMEN

Introducción: Las determinantes sociales de la salud (DSS), son las circunstancias en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local que depende a su vez de las políticas adoptadas. Las DSS explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

Objetivo: Comprender las repercusiones de los ambientes donde nacen, viven y crecen los niños con relación a las dificultades que presentan en su desarrollo, en este caso en lo que se ha clasificado como Trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Corroborar patrones a nivel de población entre las circunstancias socioeconómicas (vulnerabilidad social) y problemas de salud mental infantil.

Material y Métodos: Se seleccionaron 100 de los 300 casos con diagnóstico de TDAH, atendidos del 01.ene.2011, al 31 dic. 2013, afiliados al Régimen del Seguro Popular. Estudio *retrospectivo, transversal, y observacional*. Se empleó el Programa SPSS versión 19. Se considera un reporte preliminar.

Resultados: Es de destacar, las condiciones socioeconómicas en las que viven las familias de este estudio: Nivel socioeconómico bajo. Más de la mitad de las madres son las responsables de la familia (madres solas). La mayoría de los padres (ambos) se encuentran en el trabajo informal o subempleados; cuentan con baja escolaridad, gran parte sólo cursó la educación secundaria. Triple jornada en las mujeres (cuidado de los hijos, trabajo de la casa, y otra actividad para reunir recursos para subsistir). En relación a su nivel de ingreso, la mayoría se ubicaron en los niveles más bajos. En cuanto a los diagnósticos se identificó que gran parte de éstos correspondían a problemática social, más que al TDAH. Por consiguiente, el 81% de los casos se sometieron a tratamiento farmacológico, y de ellos el 63% con metilfenidato a dosis variadas; y el 31.5% metilfenidato combinado con otros medicamentos. Posteriormente, el 44% de los casos el tratamiento fue suspendido por los padres.

Conclusiones: Se requiere tomar en cuenta las condiciones socioeconómicas en las que viven los niños y las niñas, y sus familias; por lo tanto, conocer cómo estas afectan al desarrollo y su conducta, y no sólo considerar el modelo biomédico, por el riesgo de sobrediagnosticar y medicar inadecuadamente problemas que tienen una raíz social, sin identificar el porqué de estos comportamientos, que es en donde debería de profundizarse más ampliamente. Se requiere crear mayor conciencia en el personal de salud y educativo de la relevancia de las determinantes sociales de la salud, con la finalidad de que dispongan de una mayor comprensión; así como un abordaje más responsable y adecuado para las y los niños de estos grupos más vulnerables.

Palabras Clave: Determinantes sociales de la salud; problemas de salud mental infantil; problemática social y TDAH; pobreza y salud mental infantil en México; pobreza y desarrollo infantil.

* Programa Postdoctoral de Investigación en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. anasilvia@figueroa.uson.mx

** Pediatra/Neuropediatra. Director del Centro Infantil Para el Desarrollo Neuroconductual (Ciden). Secretaría de Salud. Sonora.

Correspondencia: Dra. Ana silvia Figueroa Duarte. anasilvia@figueroa.uson.mx Ave. Jalisco No. 9, esquina con Manuel González, Col. Centro, C.P. 83000, Hermosillo, Sonora.

ABSTRACT

Introduction: The social determinants of health (DSS), are the circumstances in which people are born, grow, live, work and age, including the health system. They are the result of the distribution of money, power and resources at global, national and local level that depends in turn on the policies adopted. The DSS explain most of health inequities, that is, unjust and avoidable observed differences in and between the countries in regard to the health situation.

Objective: Understand the impact of environments where children are born, they live and grow children with regard to the difficulties that presented in its development, in this case in what has been classified as ADHD. Corroborate patterns at the level of population between the socio-economic circumstances (social vulnerability) and children's mental health problems.

Material and Methods: We selected 100 of the 300 cases with a diagnosis of ADHD, served from January 2011 through December 2013, subscribed to the Popular Insurance (Seguro Popular) scheme. A Study retrospective, cross-sectional, and observational study was made. SPSS program version 19 was used. It is considered a preliminary report.

Results: It is noteworthy, the socioeconomic conditions in which families live in this study: socioeconomic level low. More than half of the mothers are responsible for the family (single mothers). The majority of parents (both) are at work, informal or underemployed; they have low schooling, much only completed secondary education. *Triple work shifts* in women (child care, work of the home, and another activity to gather resources to survive). In relation to their income level, most were in the lower levels. In terms of diagnostics identified that they corresponded much of these to social problems, more to ADHD. Therefore 81% of cases undergoing pharmacological treatment, and of them 63% with methylphenidate varied doses; and 31.5% methylphenidate combined with other medications. Subsequently, 44% of the cases the treatment was suspended by the parents.

Conclusions: It is required to take into account the socioeconomic conditions where the children live, and their families, therefore know how these affect their development and behavior, and not only consider the biomedical model, over-diagnose risk and improperly medicating problems that have a root social, without identifying the reason for such behaviour, which is where it should deepen more widely. Is required to increase awareness in the staff of health and education of the importance of the social determinants of health, in order to have a greater understanding; as well as a more responsible and approach suitable for children of these most vulnerable groups.

Key Words: Social determinants of health; child mental health problems, ADHD and social problematic; poverty and child mental health in Mexico; poverty and child development.

INTRODUCCIÓN

Se considera a las determinantes sociales de la salud (DSS), como las circunstancias en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local que dependen a su vez de las políticas adoptadas. Las DSS explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria¹. En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades, persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales:

1. *Mejorar las condiciones de vida cotidianas.*

Equidad desde el principio. A escala mundial, no menos de 200 millones de niños no se desarrollan plenamente. Ello tiene enormes consecuencias para su salud y para la sociedad en su conjunto. Invertir en los primeros años de vida es una de las medidas que con más probabilidad permitiría reducir las inequidades sanitarias.

2. *Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.* La inequidad de las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales más profundos. La inequidad es sistemática, es el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales, y del acceso a éstos².

3. *Medición y análisis del problema.* El conocimiento y la documentación de las DSS constituyen un tema central para la elaboración de políticas sanitarias, la planificación de intervenciones y la evaluación de las mismas.

Es importante destacar que existen diversas

definiciones de estas determinantes y sus propuestas de elementos a investigar: *En primer lugar*, la OMS a través de la CDSS enfatiza la necesidad del estudio de: i) el desarrollo del niño en la primera infancia; ii) la globalización, iii) los entornos urbanos, iv) los sistemas de salud, v) las condiciones de salud pública prioritarias, vi) las condiciones laborales, vii) la exclusión social y viii) el género. *En segundo lugar*, de acuerdo a Krieger: “Los determinantes sociales de la salud se refieren a las características de las condiciones sociales que influyen en la salud y las vías particulares por medio de las cuales dichas condiciones ejercen su efecto y que se pueden alterar con medidas fundamentadas”³. *En tercer lugar*, la Agencia de Salud Pública de Canadá define el concepto como: “un complejo conjunto de factores o condiciones que determinan el nivel de salud”. Esta agencia da considerable importancia al estudio de: i) los niveles de ingreso, ii) las redes sociales, iii) la educación, iv) empleo y condiciones laborales, iii) el ambiente, iv) los servicios de salud y v) la cultura. *En cuarto lugar*, en el libro “Determinantes Sociales de la Salud-Perspectivas Canadienses”, los autores se refieren a las DSS como las condiciones socio-económicas que influyen en la salud de personas, comunidades y jurisdicciones⁴. En dicho libro se enfatiza la necesidad del estudio de: i) las condiciones de vida en edades tempranas, ii) la educación, iii) el empleo, iv) la seguridad alimentaria, v) los servicios de salud, vi) condiciones de vivienda, vii) estatus aborígen y viii) la exclusión social. *En quinto lugar*, de acuerdo a Dahlgren y Whitehead (1991), “las DSS son factores sociales, económicos y de estilos de vida, influenciados por decisiones políticas, comerciales e individuales”⁵.

No obstante, la relevancia de esta perspectiva, y la necesidad de estudiar las condiciones sociales que afectan la salud, observamos que dicho enfoque es poco conocido o no tomado en cuenta en el ámbito biomédico; de tal forma que problemas del desarrollo, neuroconductuales y de salud mental en los niños, por lo general se abordan desde un modelo médico-clínico, lo cual se ha comprobado resulta reduccionista y limitado. Así, se ha observado que dentro de los trastornos del desarrollo infantil, el Trastorno del Déficit de la Atención-Hiperactividad (TDAH) se ha convertido en un problema común, que se diagnostica con bastante frecuencia en el campo de la salud mental infantil (incluso por el área de pediatría, psiquiatría y psicología infantil). La definición más generalizada es la que lo señala como: “un trastorno del desarrollo que generalmente inicia en la infancia;

caracterizado principalmente por inatención, por excesiva actividad cuando se requiere un cierto nivel de ajuste; y además, con un limitado control de su conducta, que puede prolongarse en la adolescencia y aún en la vida adulta”⁶⁻⁹.

Se alude que los rasgos principales del TDAH son, por una parte, la dificultad para sostener la concentración (déficit de atención), sobre todo en circunstancias que ofrecen baja estimulación y, por otra, la falta de inhibición o control cognitivo sobre los impulsos, frecuentemente asociadas con inquietud motora (hiperactividad-impulsividad). Estos dos conjuntos de signos pueden aparecer por separado o combinados. En ese sentido, se reconocen tres subtipos de TDAH: a) con predominio de déficit de atención; b) con predominio de conducta impulsiva e hiperactividad; y c) tipo combinado, donde los dos trastornos anteriores se dan a la vez¹⁰. También se encuentra incorporado como entidad clínica en la *Clasificación internacional de enfermedades, décima revisión* (CIE-10) elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aún cuando varían los códigos utilizados, los criterios del Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV-TR, por sus siglas en inglés, del año 2000, y la nueva Versión del DSM-5) para el diagnóstico de este trastorno son prácticamente idénticos a los que especifica la CIE-10. En lo que respecta a esta última, se requieren al menos seis síntomas de inatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad. La denominación adoptada en ese índice es trastorno de la actividad y la atención, entidad que integra a su vez, el grupo de los trastornos hipercinéticos^{10,11}.

Para establecer el diagnóstico del TDAH (y de cada subtipo), los criterios del DSM-IV fijan estándares no clínicos sino estadísticos y meramente descriptivos de comportamientos, de acuerdo a la presencia o no de una serie de síntomas y a su grado de intensidad (que no son otra cosa que, como hemos dicho, una descripción de comportamientos; es decir, una tautología: “es inquieto porque padece TDAH, y padece TDAH porque es inquieto”). El subtipo más común es el que combina los trastornos de la atención con hiperactividad e impulsividad (60%). Los subtipos puros son menos frecuentes (déficits de atención, 30%; hiperactividad e impulsividad, 10%⁶. Aunque no existen pruebas de laboratorio que hayan sido establecidas como diagnósticas en la evaluación clínica del TDAH, es comúnmente diagnosticado como un trastorno de conducta de la infancia, el cual se ha considerado un problema de salud pública. Se argumenta que los niños con este problema tienen marcados impedimentos y pueden presentar a lo largo de la vida efectos adversos en las áreas académicas, vocacionales y afectivo-emocionales, con un profundo impacto en los individuos, las familias, las escuelas y la sociedad. Sin

*El presente trabajo forma parte de un estudio más amplio actualmente en proceso, inscrito dentro del programa Postdoctoral de Investigación en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud del Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud de la alianza CINDE - Universidad de Manizales - Colombia. Pontificia Universidade Católica de São Paulo - Brasil. Con el aval del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO.

embargo, según una reunión de especialistas llevada a cabo en EEUU en 1998, este trastorno y su tratamiento continúan siendo controversiales, especialmente el empleo de los psicoestimulantes para el tratamiento a corto y largo plazo¹².

Por otra parte, la importancia otorgada a los problemas neuroconductuales en los niños, específicamente al TDAH ha ido en aumento; prueba de este interés son las numerosas publicaciones que existen respecto al tema^{(*)13}. La mayor parte de las publicaciones son de origen estadounidense en las que predomina la base neurobiológica. En nuestro país, es relativamente escaso el trabajo que se ha realizado sobre este y, por lo general son réplicas o revisiones de la bibliografía médica¹⁴⁻¹⁹; sólo en contadas excepciones existen publicaciones de trabajos de investigación^{7,8,20-24}. Así, se estima que aproximadamente un diez por ciento de los niños escolares presentan problemas de aprendizaje y de conducta²⁵, y dentro de este grupo el que consideran “más seriamente afectado” es el del TDAH, de tres a cinco por ciento de la población escolar. En México, la población infantil se calcula en aproximadamente 33 millones, de los cuales se considera que un 15% tiene algún problema de salud mental. Lo anterior, refleja que aproximadamente 5 millones de niños presentan trastornos mentales y de éstos 2.5 millones requieren de atención especializada. Se considera que el TDAH afecta entre el 4 y 12% de la población escolar^{(*)13}. En nuestro país, no existen estudios epidemiológicos a nivel nacional sobre la prevalencia de este “trastorno del neurodesarrollo”⁷. Sin embargo, seguimos siendo testigos de la cada vez mayor “medicalización^{(*)3}” de los problemas de conducta^{26,27}. Se trata de un modelo de atención a los padecimientos infantiles que se enfoca principalmente en la evaluación y tratamiento de “los déficits”; y las consabidas consecuencias para las familias y riesgos para los propios niños, los cuales son sometidos a estudios (con altos costos^{(*)4}); tales como electroencefalograma²⁹, tomografía, mapeo cerebral, psicodiagnóstico, y tratamientos farmacológicos. No obstante lo anterior, existe la evidencia comprobada por diferentes investigaciones alrededor del mundo, que cuestionan el enfoque reduccionista de este abordaje; y señalan la necesidad de tomar en cuenta los aspectos contextuales desde donde se construyen dichos problemas, y su manejo.

Resulta evidente entonces que para el estudio del TDAH, como de otros trastornos del neurodesarrollo y de

salud mental infantil, es necesario un modelo que sea capaz de superar tanto las posturas reduccionistas como las exclusionistas, que son las que prevalecen y dominan en el modelo biomédico. Es necesaria una perspectiva que además de proveer las bases para la comprensión de las determinantes sociales de las enfermedades, llegue a tratamientos racionales y modelos de cuidados de salud, y que igualmente tome en consideración al paciente, el contexto social donde vive y el sistema complementario ideado por la sociedad para tratar con los efectos perjudiciales de las enfermedades; esto es, el papel del médico y el sistema de cuidados de salud. Para ello, es necesario no sólo atender “el trastorno”, sino además, cómo es experimentado por los niños, sus familias, maestros y la sociedad; y de qué manera les afecta^{7,8}.

Tomando en cuenta dicha perspectiva, iniciamos nuestro trabajo; y partimos de que las condiciones enriquecedoras de los entornos donde los niños crecen, viven y aprenden - padres, cuidadores, familia- impactarán su desarrollo de modo significativo; y que los recursos sociales y económicos constituyen los rasgos más importantes del entorno familiar^{(*)5}^{1,30-36}. Los niños y niñas que nacen en el seno de familias pobres, tienen mayores probabilidades de verse expuestos y ser afectados por condiciones adversas para su desarrollo; así mismo, las condiciones socioeconómicas de la familia están relacionadas con la capacidad para proveer otros recursos, tales como atención sanitaria y cuidado infantil de alta calidad que inciden profundamente en un desarrollo saludable^{(*)6}^{2,4,30-39}. En este trabajo, intentamos comprender las repercusiones de los ambientes donde nacen, viven y crecen los niños con relación a las dificultades que presentan en su desarrollo, en este caso en lo que se ha clasificado como TDAH. Además, corroborar patrones a nivel de población entre las circunstancias socioeconómicas (vulnerabilidad social) y problemas de salud mental infantil.

^{*)3} Medicalización se define como el proceso por el que eventos y características de la vida cotidiana se convierten en problemas médicos, y por lo tanto son estudiados y tratados por médicos y otros profesionales de la salud. El proceso de medicalización normalmente conlleva cambios en las actitudes sociales y terminología, y suele estar acompañado o conducido por la disponibilidad de nuevos tratamientos. Para una revisión en mayor profundidad sobre el tema de la medicalización de los problemas de la infancia, en especial el caso del TDAH, consultar: Timimi (2002 y 2005.)

^{*)4} En cuanto a los costos, es algo que ha venido cambiando a partir de años recientes con las personas que se han afiliado al Seguro Popular, el cual les cubre los gastos en padecimientos tales como: Trastorno del Déficit de Atención Hiperactividad, Epilepsia y Trastorno Generalizado del Desarrollo (trastornos del espectro Autista), entre otros, los cuales están incluidos en el Catálogo Causas (28).

^{*)5} El desarrollo en la primera infancia, a su vez, es un determinante de la salud, el bienestar y la capacidad de aprendizaje durante toda la vida. Se presentan los diez datos acerca del desarrollo de la primera infancia. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/10facts/es/

^{*)6} Consultar publicación de Mikkonen J, Raphael, D. (2010), que incluye diversas variables de las determinantes sociales de salud, en los que se incluye a México, y anota el nivel en que se encuentra en relación al grupo de los países miembros de la OCDE.

^{*)1} Existe una gran cantidad de literatura acerca de este tema. R Barkley, apunta que en la década de los ochenta hubo aproximadamente dos mil artículos publicados, relativos al tema, y que el número se ha incrementado exponencialmente desde ese tiempo.

^{*)2} Medina Mora M, Caraveo J, y cols. Epidemiología en el ámbito Internacional. En análisis de la problemática de la salud mental en México (Capítulo III). Obtenido desde: http://www.sersame.salud.gob.mx/pdf/pasm_cap3.pdf. 1988-1997

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente es un estudio *retrospectivo*, por lo que básicamente consistió en una revisión y análisis de la información contenida en los expedientes clínicos. Para esta revisión se consultaron los primeros 100 expedientes clínicos, de los 300 que se identificaron con el diagnóstico del TDAH; los cuales corresponden a usuarios que fueron atendidos específicamente para el Programa del Seguro Popular, y son de quienes se contaba con datos básicos en el archivo clínico de Ciden.

Se considera estudio de corte *transversal* en razón de que se revisaron los expedientes de dicho grupo de niños que fueron atendidos en el período del 01 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2013. Es un estudio *observacional* en razón de que únicamente consiste en revisión y análisis de los expedientes clínicos. No implicó intervención alguna por parte de los investigadores a ningún nivel. Para la elaboración del formato de captura de datos y cruce de variables se utilizó el paquete estadístico versión 19 del SPSS⁴⁰. Es importante señalar, que la presente revisión se considera un reporte preliminar. Se sometió a revisión del Comité de Ética en Investigación de Ciden; fue aceptada y además no implicó ningún riesgo ético, por consistir en revisión de expedientes clínicos⁴¹, y se registró en la Dirección de Enseñanza, Investigación y Calidad de la Secretaría de Salud del Estado de Sonora.

Definición de la población. Tamaño y características de la muestra. Los criterios de inclusión de los casos de la muestra del presente trabajo fueron: 1) contar con expediente clínico completo; 2) Contar con diagnóstico clínico de TDAH; 3) Haber sido atendido en el período mencionado anteriormente en el Centro Infantil para el Desarrollo Neuroconductual (Ciden); 4) Ser usuario del Régimen del Seguro Popular (SP); y 5) Corresponder a uno de los primeros 100 de los 300 casos con diagnóstico de TDAH, de usuarios afiliados al SP.

Criterios de exclusión, eliminación, y/o suspensión. Aquí se consideraron aquellos casos que no cumplieron con alguno de los criterios de inclusión mencionados previamente.

RESULTADOS

1.- Características demográficas y socioeconómicas.

Lugar de origen. En 68 casos (68%) correspondieron a la ciudad de Hermosillo y el 28% restante residían en alguna de las poblaciones del estado de Sonora o bien fuera del estado; cuatro casos residían en alguna de las siguientes ciudades: Ciudad Madero, Tamaulipas; Guadalajara, Jalisco; Tecate, Baja California; y México, Distrito Federal. Dos casos residían en California en Estados Unidos de Norteamérica en San Diego e Indio.

Edad de los niños. Las edades de los niños se distribuyeron en tres grupos: de 1 a 4 años fueron 15 casos; de 5 a 8 años la gran mayoría con 84 casos que representan el 84%, y de 9 a 11 años 18 casos. Los rangos de edad fueron de 1 a 11 años y el promedio de edad fue de 7 años y 3 meses.

Sexo. Un alto predominio en el sexo masculino con un 87% y el restante (13%) del sexo femenino. Relación hombre:mujer de 8 a 1.

Escolaridad. Inscritos en educación preescolar se encontraron 28 casos, con una distribución de 15 en el 3er grado, 11 en el segundo y dos en el primer grado. El resto de niños (72 casos) inscritos en educación primaria, de los cuales en su gran mayoría estaban cursando uno de los primeros tres grados escolares. No hubo niños de escolaridad más avanzada, debido a que en Ciden únicamente se atiende a niños menores de 12 años. Así, el total de niños de 5to y 6to grado, sólo fueron 6 casos.

Edad de los padres. La edad promedio de las madres fue de 32 años; y de los padres el promedio de edad resultó en 34 años.

Escolaridad de los padres. Se observa que la escolaridad en las madres se encontró con un 69% que ha alcanzado estudios a nivel de secundaria completa, es decir 9 años de estudio; y en los padres sólo han alcanzado este grado de escolaridad en el 57.7%, reflejando una diferencia de 11.3% a favor de las madres.

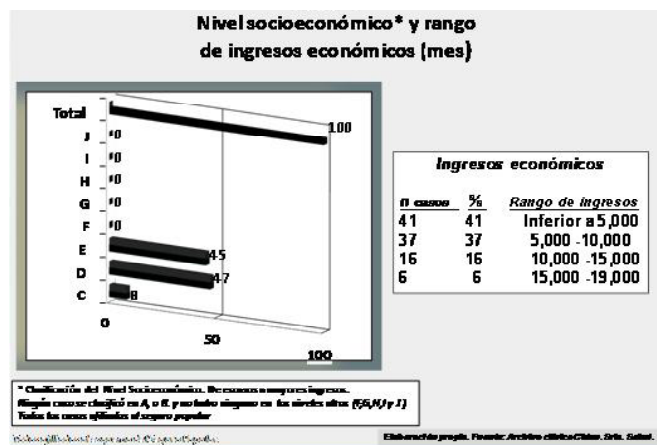
Empleo de la madre. Del total de casos analizados se observó que el 63% realizan actividades domésticas y de ellas un grupo de 18 madres se dedican a otro tipo de actividad adicional que son del tipo de trabajo informal como: venta de seguros, cosmetóloga, costurera, empleada de guardería, estilista, fotografía, hace tamales y tortillas para vender, mesera en bar/trabaja en bares, trabajo por horas (limpiando casas), venta de pescado/tacos fuera de su casa, vende ropa, etc. Del grupo de madres que señalaron que trabajan (que representa el 32%) tienen algún tipo de empleo que también corresponde a la actividad informal tal como: venta de zapatos, ayudante de taquería, comerciante, trabajo de limpieza. De este grupo de madres que declararon trabajar, sólo 11% tiene un empleo de oficina/secretaria; y un solo caso de profesionalista.

Empleo del padre. Del total de los padres en 80% se conoce que laboran actualmente, el 5% está en el grupo de desempleados, y en el 15% no se tiene conocimiento de ellos ni de sus actividades. Dentro de las actividades que desarrollan los padres se encuentran: empleado/oficinista/ en 17 casos, 12 casos en otra actividad (la cual no se especificó) y 10 de chofer. Dentro de sus actividades laborales restantes se observaron ocuparse en: técnico, jornalero, mecánico, obrero, albañil, empleado de maquiladora, empleado en limpieza. En el grupo de los que

realizan una actividad adicional, se encuentran: venta de seguros, ventas, caballero, carpintero, carnicero, contratista, empleado de maderería, minero, policía, pulidor de pisos, entre otros. Ningún caso declaró empleo como profesionalista.

Nivel socioeconómico. Existe un sistema de clasificación del nivel socioeconómico que se determina con el empleo de la entrevista, el cual realiza el responsable de trabajado social a los padres de los usuarios de los servicios de salud; aplicando un cuestionario en el que se analizan aspectos tales como: tipo ingreso, tipo de familia, alimentación, vivienda, lugar de procedencia y estado de salud familiar. Se determina el nivel socioeconómico y se clasifica de menor a mayor la cantidad de ingresos categorizándolos de las letras A a la K (once niveles). En la práctica los niveles A y B no se registra ningún caso. En este análisis se observó que la mayoría de los usuarios clasificaron en los siguientes tres niveles de la siguiente forma: Nivel C: 8 casos (8%), nivel D: 47 casos (47%), y Nivel E: 45 casos (45%). Ningún caso se clasificó entre los niveles F al K (es importante recordar que todos los usuarios incluidos en la presente revisión, estaban afiliados al Sistema del Seguro Popular). Por lo anterior, se observa que en su mayoría los casos se ubicaron en los niveles socioeconómicos más bajos de la clasificación mencionada. Al analizar el ingreso mensual familiar, el 41% de los casos señaló fue inferior a los 5,000 pesos, (Figura 1).

Figura 1



Situación familiar. En relación a la situación familiar se encontró con la siguiente distribución: 44% del tipo nuclear, 40% desintegrada y el 10% reconstruida. La situación de la madre se distribuyó de la siguiente forma: divorciada en 3%, separada 21%, soltera 27%, en unión libre 23 % y casada 31%.

2.- Características Clínicas.

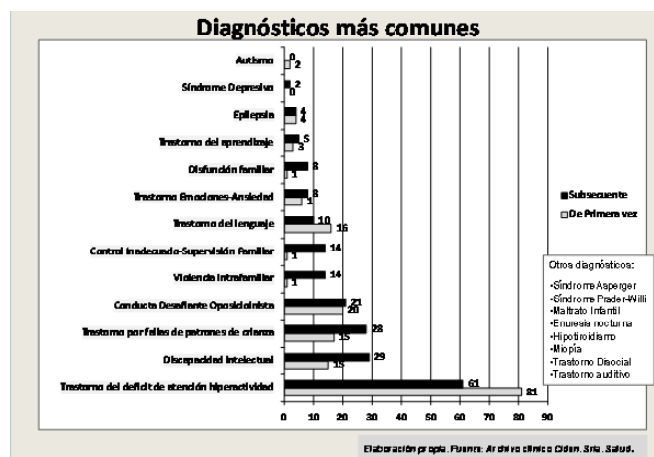
Canalización a valoración.- En el 78% de los casos fueron derivados de su preescolar o plantel escolar al

Ciden; el restante 22% fueron enviados de su centro de salud o por solicitud de los padres.

Motivos de consulta.- De acuerdo a los motivos de consulta de primera vez, obtenidos de la revisión de los expedientes clínicos, estos fueron clasificados en dos apartados: a) los referidos por padres y/o abuelos y b) por los maestros, (Cuadro 1).

Diagnósticos de primera vez y subsecuentes. En su primera valoración se estableció como diagnóstico primario el TDAH en los 100 casos incluidos en el presente estudio. Posteriormente, se mantuvo el mismo diagnóstico en 81 casos. Cuando comparamos el diagnóstico de primera vez con el subsecuente se aprecia la reducción en el 20% de los casos del diagnóstico del TDAH. Donde los diagnósticos subsecuentes estuvieron más relacionados con un origen de tipo social como son: violencia intrafamiliar, disfunción familiar, fallas en patrones de crianza, entre otros, los cuales escasamente o bien no habían sido contemplados en la primera valoración (Figura 2).

Figura 2



Sin embargo, del 81 % de los casos que quedaron con el diagnóstico de TDAH, no se reconsideró la problemática social de los niños-as y sus familias, manteniéndose como diagnóstico de un trastorno exclusivamente “orgánico”.

Tratamiento. A un total de 80 niños-as, se les indicó tratamiento farmacológico. De ellos el 24% correspondieron a menores de 6 años de edad. En esta revisión, se observó que del total de niños, en 41 casos (63%) se le indicó como fármaco de elección el metilfenidato, en diversas dosis. En 19 casos (31.5%) se estableció tratamiento con metilfenidato en combinación con algún otro fármaco; es decir, que alrededor de un tercio de los niños que toman metilfenidato se encuentra en este plan de tratamiento. En 22 casos la dosis de metilfenidato fluctuó entre 20 y 56 mg. por día. El fármaco atomoxetina se indicó en 11 de los 80 casos, y de ellos en tres casos se empleo en combinación con otros fármacos (Figura 3).

Cuadro 1.- Motivos de consulta

A. Motivos referidos por padres/abuelos.

1.- Problemas de conducta relacionados directamente con eventos estresantes en la familia. (7 casos). Grita, pateo, se enoja; toma objetos ajenos, miente; intolerante, explosivo, irritable, gritón, llorón, negativista, desafiante, opositor, agresivo...

Eventos estresantes en la familia:

Fallecimiento de la madre; lo cambiaron de maestra; enterarse que era adoptivo; padre con adicciones y problemas en la crianza; se siente relegado por su *mediohermano* de 4 meses; separación de los padres y cambio de domicilio del padre.

Conductas desafiantes opositoras a las figuras de autoridad. (7 casos).

Reta a los adultos; altanero; desafía a las figuras de autoridad.

Conductas negativistas. (7 casos). Rechaza trabajar, a seguir reglas, no sigue indicaciones.

Conductas violentas hacia los demás. (6 casos).

Golpea a los compañeros; golpea a su hermana; orina a otras personas, niños y niñas.

Dice groserías, palabras altisonantes.

Destructivo. Daños a la propiedad ajena; Robos. (3 casos).

Toma objetos ajenos, quiebra vidrios, se mete a patios y casas ajenas; raya paredes; destructivo, se sube a techos, baja térmicos con un palo.

Exploración sexual o conductas sexuales inapropiadas o "no adecuadas" para su edad. (3 casos). Juegos sexuales con su amiguito en el baño; conductas sexuales no adecuadas para su edad. Él y sus compañeros desvistieron a un compañero y lo pusieron en medio del salón.

2.- Retraso en el desarrollo. Psicomotor, de lenguaje. Bajo rendimiento escolar (7 casos).

Mala coordinación motora, retraso psicomotor; retraso psicomotor y lenguaje; tardó en caminar, fallas articulatorias.

Bajo rendimiento escolar. (5 casos).

Pobre rendimiento escolar; repitió primero: aún no sabe leer ni escribir; no escribe su nombre, no sabe agarrar el lápiz; dificultad para leer y escribir.

B. Motivos de envío referidos por los Maestros.

1.- Enviados por los Centros de Atención Múltiple (CAM) y/o Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) (24 casos). Trabajan todas las áreas, no lee, no escribe y emplea computadora; los envían las maestras de apoyo psicopedagógico; niño con autismo lo envían porque en su centro no podían ofrecerle más; está en grupo de niños sobresalientes.

Enviados por sus escuelas por Bajo rendimiento escolar. (4 casos). Muy bajo rendimiento escolar; no tiene capacidad de retención, repitiendo actualmente primero de primaria; no sabe leer ni escribir; no hace ninguna actividad en la escuela; dificultad en el aprendizaje, va en 4to de primaria.

2.- Problemas de conducta relacionados directamente con eventos estresantes en la familia o escuela (5 casos).

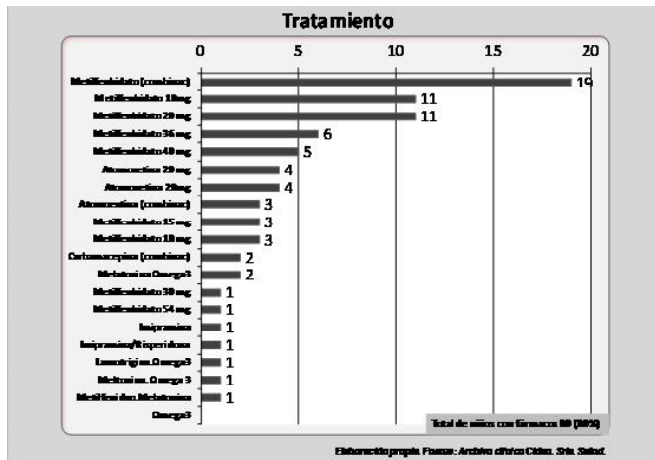
Inquieto, molesta a otros niños, lo más grave que ha hecho son señales obscenas con sus manos y sus partes.

Inició cuadro actual posterior al fallecimiento de su madre, vive en la ciudad de los niños; es adoptivo se enteró por su mamá biológica; madre consumo de drogas, padres separados, violencia intrafamiliar, vive con abuela paterna por indicación del DIF; cambio de escuela por problema de estrés, tuvo hasta seis maestras y esto le afectó mucho.

3.- Problemas de conducta en clase. (10 casos).

Mordió a sus compañeros, "manoseó" a unas niñas y estas conductas las inició a los 6 años; la maestra lo envía con listado de conductas que impiden y dificultan normal desarrollo en clase: llega tarde, su material es incompleto; desobedece, faltan al respeto a sus compañeros y los insulta; se quejan las madres de los otros niños por lo agresivo; lo han cambiado de maestros y grupos; por su conducta, sólo acude una hora y media de clase, está bajo condición en su escuela.

Elaboración Propia. Fuente: Archivo Clínico Ciden. Sria. Salud.

Figura 3


Interrupción del tratamiento. Al revisar los expedientes clínicos, se identificó que de los 80 casos en tratamiento, en 35 casos (44 %), el tratamiento fue suspendido. Los motivos referidos como elemento para la suspensión del medicamento fueron: suspendido por los padres, abuelos o tutores en 18 casos (sin especificar los motivos); 12 casos por los efectos secundarios observados; y en 5 casos por no aceptar la medicación.

DISCUSIÓN

Es de destacar, las condiciones socioeconómicas en las que viven las familias de este estudio: la mayoría de los padres (ambos) se encuentran en el trabajo informal o subempleados; cuentan con baja escolaridad, gran parte refiere haber cursado sólo la secundaria. Se aprecia también la *triple jornada* en las mujeres que aparte del cuidado de los hijos y el trabajo de la casa, se dedican a otra actividad para reunir recursos para subsistir. Asimismo, es importante señalar que a pesar de que las madres tienen en un 11% más estudios que los padres, estos últimos se desempeñaban en empleos de oficina en cantidad ligeramente mayor que la madres. En relación a su nivel de ingreso de estas familias, la mayoría (92%) se ubicaron en los niveles más bajos; casi la mitad, refirieron tener un ingreso mensual inferior a los cinco mil pesos.

Encontramos en la literatura referente al tema en cuestión, que la relación entre pobreza y salud mental es un campo que ha sido ampliamente estudiado^{42,43}. La mayoría de los estudios, en los cuales se han incluido países en desarrollo, muestran una asociación entre presión económica y trastornos mentales comunes. Variables como educación, inseguridad alimentaria, vivienda, clase social, presión económica han observado dicha asociación. Otras variables relacionadas con la pobreza, como pérdida repentina del ingreso son traducidas dentro de síntomas de trastornos mentales

dentro de las cuales se encuentran: depresión, pobre concentración, insomnio y fatiga. Asimismo, la falta de acceso al cuidado de la salud influye en la relación entre pobreza y trastornos mentales. Un acceso inadecuado al cuidado de la salud es probable que afecte negativamente el estado de salud mental dada la evidencia de un alto grado de comorbilidad entre trastornos físicos y mentales; y un riesgo mayor para problemas de salud físicos entre personas que viven en condiciones de pobreza. Además, la presencia de violencia, conflicto civil, crimen y violencia doméstica es también probable que influya en la magnitud en que las comunidades pobres son más vulnerables a los trastornos mentales⁴⁴.

Asimismo, los hallazgos en la revisión de estos estudios correlacionando pobreza y salud mental, muestran que las personas viviendo en estas condiciones se encuentran en mayor riesgo de sufrir trastornos mentales debido a la exclusión social, alto estrés, reducido capital social, desnutrición, riesgos obstétricos, violencia y trauma, todo lo cual incrementa el riesgo para mayor prevalencia de trastornos mentales, un cuidado inadecuado, y un curso más severo de la enfermedad. Otras explicaciones ante estas condiciones desfavorables son que los padres que se enfrentan a situaciones de pobreza están bajo una mayor presión⁴⁵; dicha condición puede conducirlos a conflictos y prácticas disciplinarias violentas, lo cual incrementa el riesgo de conducta antisocial en los niños. Lo anterior, se pudo observar al revisar los motivos de consulta de los padres y abuelos (Cuadro 1), en donde relataron una gran cantidad de problemas relacionados con conducta violenta, destructiva, opositora, desafiante entre otras. Asimismo, se tiene documentado que las familias que permanecen pobres por largos periodos de tiempo y que viven en barrios peligrosos, donde los peligros a su vez incluyen exposición a actividades violentas y presencia de pandillas refuerza esta relación⁴⁶.

En otras investigaciones, también se ha encontrado que el ingreso familiar es un predictor del retraso del desarrollo del niño. En un estudio realizado por Najman (2004), encontró que las madres que obtenían ingresos más bajos, fueron más propensas a tener niños con calificaciones más bajas en sus escalas de desarrollo; además de las pruebas para evaluar lectura y habilidades para la codificación de palabras⁴⁷. Tengamos en cuenta que los motivos de consulta referidos por los maestros – en nuestro estudio- fueron relativos a problemas en el aprendizaje, lo cual evidencia que las dificultades que presentan los niños en su escuela son un claro reflejo de las carencias con las que ellos llegan a estas. Tanto los motivos referidos por el ambiente familiar como por los de la escuela, nos están revelando que el desarrollo de los niños ha sido afectado por dichas condiciones. De tal

forma que, los maestros refieren más los problemas del aprendizaje, por esas carencias que llevan de sus hogares a las escuelas, las cuales no es posible remediar en los centros escolares por carecer estos mismos de condiciones necesarias para ello; son escuelas pobres, con gran número de estudiantes, y otras carencias básicas. Por otro lado, los padres y/o abuelos, refieren más problemas de conducta; sin embargo, en muy contados casos tanto padres y/o abuelos como los maestros relacionan este tipo de problemas de conducta de los niños con eventos estresantes; y las condiciones de pobreza en las que vive la familia.

Otro aspecto relevante, es la situación familiar, debido a que se observó en nuestra revisión que más de la mitad de las madres están en un estado civil inestable; en donde se encontraron madres separadas, solteras, en unión libre y divorciadas, y sólo una tercera parte refirió estar casada. Con relación a dicha condición, existe un gran número de estudios que demuestran que los niños de hogares disueltos evidencian mayor porcentaje de conductas negativistas, antisociales y externalizadas comparadas con niños de familias intactas con ambos padres biológicos. Así como, mayor porcentaje de hiperactividad, problemas de relación con pares, dificultades académicas/escolares y en cierta medida niveles elevados de problemas internalizados. Esos niños también muestran más altos porcentajes de problemas de salud física y lesiones por accidente⁴⁷.

En síntesis, la situación socioeconómica y familiar impacta resultados tan diversos como bajo peso al nacer, puntajes más bajos en pruebas cognitivas, problemas de conducta y socialización y mayores probabilidades de desinterés en los estudios. Por otro lado, los recursos sociales y económicos inciden en el desarrollo de los niños a través de varios mecanismos, por ejemplo, bajos índices de instrucción y alfabetización afectan los conocimientos y las aptitudes de los cuidadores infantiles. Los niños y niñas que nacen en el seno de familias pobres tienen mayores probabilidades de verse expuestos a –y ser afectados por– condiciones adversas para el desarrollo (vivir en hacinamiento, barrios o vecindarios inseguros). La tensión que la situación socioeconómica produce entre los padres también puede repercutir en los niños. Se ha determinado que los padres que perciben menores ingresos corren mayor riesgo de sufrir una variedad de perturbaciones psicológicas, incluso sentimientos negativos de autoestima y síntomas de depresión. Se cree que esto es el resultado de una mayor exposición a eventos negativos y menos recursos disponibles para afrontar experiencias de vida adversas¹.

Por otra parte, con relación a los diagnósticos y sus correspondientes tratamientos, en el presente estudio; es evidente que los médicos al no tomar en cuenta las

condiciones socioeconómicas en las que viven los niños, y por lo tanto desconocer cómo esto afecta al desarrollo y su conducta, y sólo tomar en consideración el modelo biomédico, se sobrediagnostiquen y mediquen inadecuadamente problemas que tienen una raíz social, y se identifiquen como problemas exclusivamente “orgánicos” del niño, o bien problemas de la crianza; sin explorar el porqué de estos comportamientos, que es en donde debería de profundizarse ampliamente. Es importante destacar que dado que se siguen abordando los problemas de salud mental infantil con un modelo biomédico, sin considerar las determinantes sociales⁴⁸, muy probablemente una gran cantidad de casos diagnosticados como TDAH, correspondían más bien a aquellos relacionados con la problemática social en la que viven los niños y sus familias.

CONCLUSIONES

Las desventajas socioeconómicas en sus varias formas, desde el desarrollo del niño intrauterino y en el periodo de la infancia temprana, crea un grupo de niños que tienen una reducida capacidad de beneficiarse de la salud y los avances económicos experimentados por el resto de la población. Cuando esos niños se convierten en adultos ellos igualmente serán más vulnerables para transmitir sus desventajas de salud heredadas y aprendidas a sus propios hijos. De esto se sigue que, las intervenciones para reparar esas desigualdades de salud deben iniciar temprano en la vida, deben ser extensivas en su impacto e implementadas sobre un periodo significativo del curso de la vida. De ahí, que es importante recordar a los gobiernos tanto internacionales, nacionales como locales que deben de incorporar ‘la ciencia del desarrollo de la primera infancia’ en sus políticas públicas.

Así mismo, se requiere crear mayor conciencia en el personal de salud y educativo de la relevancia de las determinantes sociales de la salud, con la finalidad de que dispongan de una mayor comprensión de los problemas de salud mental en la infancia; así como un abordaje más responsable y adecuado para las y los niños de estos grupos más vulnerables.

Finalmente, es indispensable considerar las condiciones en las que viven las familias (condiciones de pobreza, marginación, exclusión...) y cómo todo esto afecta la vida de las personas (las interrelaciones entre los padres y los hijos, sus estilos de crianza, sus oportunidades y ambientes de aprendizaje para los niños desde antes de asistir a la escuela). En lugar de ver (tanto maestros, personal de salud, padres) como problemas exclusivamente de los niños (problemas “orgánicos”), se tendría que cambiar la perspectiva y tratar de entender que esas conductas que presentan los niños son un efecto de las

condiciones en las que viven, de la falta de oportunidades de estimulación, de los ambientes de precariedad y violencia donde viven. Sólo entonces se podrán establecer otras estrategias o condiciones para que los niños junto con sus familiares dispongan de mejores condiciones de

vida. Esto no se resolverá sólo con un tratamiento médico; sino con acciones políticas éticas y responsables dirigidas a mejorar los ambientes y las condiciones en donde nacen, crecen y viven las familias y sus hijos.

Agradecimientos:

Al Dr. Héctor Fabio Ospina Serna (Manizales, Colombia), por su colaboración al brindar orientación e información científica en el ámbito de las ciencias sociales; y por su apoyo durante el proceso del presente trabajo.

Al Dr. Ignacio Fonseca Chón (Hermosillo, México), por su apoyo y colaboración en el manejo de los datos estadístico.

Al Personal del Centro Infantil para el Desarrollo Neuroconductual (Ciden) y a las autoridades de la Secretaría de Salud del Estado de Sonora, por su invaluable cooperación y apoyo.

REFERENCIAS

- 1.- Irwin I, Siddigi A, Hertzman C. Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecuilizador. Global Knowledge for Early Child Development/Human Early Learning Paternship. Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Junio 2007.
- 2.- Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/. Última consulta: 12 de febrero de 2014.
- 3.- Krieger N. A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2001;55: 693-700.
- 4.- Raphael D. *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Toronto: Canadian Scholars' Press; 2004.
- 5.- Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Futures Studies;1991.
- 6.- Poza Diaz MP, Valenzuela Moreno MV, Becerra Alcantara D. Guía Clínica. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en: Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Guías Clínicas. Mexico, DF: Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"; 2011.
- 7.- Figueroa-Duarte A S. Estudio exploratorio del trastorno del déficit de la atención hiperactividad en la ciudad de Hermosillo, Sonora. En: Mercado, MFJ y Robles L. (comp). *Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde el occidente de México*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1998.
- 8.- Figueroa-Duarte A. S. Estudio Exploratorio del Trastorno del Déficit de la Atención-Hiperactividad en la Ciudad de Hermosillo, Sonora, 1994 y 1995. Tesis para obtener el grado de Maestra en Ciencias Sociales, en El Colegio de Sonora. Hermosillo: El Colegio de Sonora;1996.
- 9.- Barkley R. *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press;1990.
- 10.- Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992
- 11.- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2000.
- 12.- *Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. NIH Consensus Statement 1998 Nov.16-18; 16(2): 1-37.
- 13.- Medina MME, Caraveo J, y cols. Epidemiología en el ámbito Internacional. En: *Análisis de la problemática de la salud mental en México (Capítulo III)*. Disponible en: http://www.sersame.salud.gob.mx/pdf/pasm_cap3.pdf.1988-1997. Última consulta: 12 de septiembre de 2014.
- 14.- Foncerrada R. *El niño hiperquinético*. México: Editorial Trillas;1980.
- 15.- Velasco R. *El niño hiperquinético*. México: Editorial Trillas; 1980.
- 16.- Uriarte V. *Hiperquinesia*. México:Editorial Trillas; 1989.
- 17.- Calderón R. *El niño con disfunción cerebral mínima*. México. Editorial Limusa;1990.
- 18.- Cruz H, Valadez M. *Disfunción cerebral mínima*. *Salud Pública de México*.1986;5: 493-503.
- 19.- Campbell-Araujo OA, Figueroa-Duarte AS. *Hiperactividad, dieta y conducta*. *Bol Clin HIES*.1994; 2:31-3.

- 20.- Verduzco M, Lara A. La autoestima en niños con trastornos de la atención. *Salud Pública de México*. 1992;6:779-87.
- 21.- Vértiz J. Déficit de atención: su relación con el estilo de respuesta, de acuerdo con la prueba de igualamiento de figuras familiares y el coeficiente intelectual en niños de seis a doce años. *Salud Mental*. 1992; 2: 20-31.
- 22.- Figueroa-Duarte AS, Campbell-Araujo OA. Evaluación del coeficiente intelectual en niños con trastorno del déficit de atención e hiperactividad. *Bol Clin HIES*. 1994; 2:31.36.
- 23.- Calleja R. Problemas en el manejo del niño con déficit de atención e hiperquinesia. *Monografías de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil*. 1989;7: 40-9.
- 24.- Campbell-Araujo OA, Figueroa-Duarte AS. Trastorno del déficit de la atención-hiperactividad (TDAH). Tópicos de controversia en su diagnóstico y tratamiento. *Bol Clin HIES*. 2000;17: 1: 49-67.
- 25.- Brumback R. Special supplements on learning disabilities. *J Child Neurology*. 1995; 10: 5-6.
- 26.- Timimi S. *Pathological child psychiatry and the medicalization of child hood*. New York: Brunner. Routledge; 2002.
- 27.- Timimi S. *Naughty boys. Anti-social behaviour, ADHD and the role of cultura*. New York. Palgrave Macmillan; 2005.
- 28.- Comisión Nacional de Protección Social en Salud /Seguro Popular. *Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes)*. 2012. México: Secretaría de Salud; 2012.
- 29.- Wilner A. EEG for diagnosis of ADHD?. *Medscape Neurology*. 28. Aug. 2014. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/830507> Última consulta: 24 de agosto de 2014.
- 30.- Organización Mundial de la Salud. *El Desarrollo de la Primera Infancia*. Disponible en http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/10facts/es/. Última consulta: 26 de agosto de 2014.
- 31.- Gauvain M. *The Social Context of Cognitive Development*. New York: The Guilford Press; 2003.
- 32.- Jiménez VCA. *Ludoterapias. Terapias alternativas desde la neuropedagogía y la lúdica para trastornos del comportamiento, del desarrollo y del aprendizaje. ADD/ADHD*. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio; 2007.
- 33.- Jiménez VCA. *Pedagogía Lúdica. El Taller cotidiano y sus aplicaciones*. Colombia: Editorial Kinesis; 2004.
- 34.- Organización Mundial de la Salud. *El Desarrollo de la Primera Infancia*. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/10facts/es/. Última consulta: 26 de enero de 2013.
- 35.- Organización Panamericana de la Salud. *Simposio II. Neurodesarrollo Infantil*. Disponible en: bdigital.binal.ac.pa/bdp/descarga.php?f=desafiopediatrico2. Última consulta: 20 de enero de 2013.
- 36.- Mikkonen J, Raphael D. *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Toronto: York University School of Health Policy and Management. Disponible en: <http://www.thecanadianfacts.org/>. Última consulta: 13 de septiembre de 2014.
- 37.- *Exploración de las Determinantes Sociales de la Salud en América Central: un análisis de Nicaragua, Guatemala, Honduras y El Salvador. Un Informe desde Centroamérica para Centroamérica. Estado de la Región en desarrollo Sustentable*. Enero 2008. Disponible en: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan035322.pdf>. Última consulta: 13 de septiembre de 2014.
- 38.- Rogoff B. *The Cultural Nature of Human Development*. New York: Oxford University Press. 2003.
- 39.- Woodhead M, Oates J. *Child and Youth Studies Group. The Open University*. Reino Unido: Milton Keynes; 2007.
- 40.- IBM Corp. Released 2010. *SPSS Statistics for Windows, Version 19.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- 41.- Ley General de Salud. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html> Última consulta: 10 de septiembre de 2014.
- 42.- Bährer-Kholer S (edit). *Social Determinants and Mental Health*. *Psychology Research Progress*. New York: Nova Science Publishers Inc.; 2012.
- 43.- Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, Swartz L, Patel V. *Poverty and health: Towards a research agenda for low and middle-income countries*. *Soc Sc Med* 2014; 111: 134-6.
- 44.- Goncalves de Assis. S, Carvalahes de Oliveira R V, Quintes Avanci JV, Pires Pesce R. *Lifespan perspective-child mental health: Socioeconomic inequalities and family resource*. En : Bährer-Kholer S (edit). *Social Determinants and Mental Health*. *Psychology Research Progress*. New York: Nova Science Publishers Inc.; 2012.
- 45.- McLeod J, Shanahan M. *Trajectories of Poverty and Children's Mental Health*. *Journal of Health and Social Behavior* 1996; 37: 207-20.
- 46.- Najman JM, Beherns BC, Andersen M, Bor W, O'Callaghan M, Williams G. *Impact of family quality on child behavior problems: a longitudinal study*, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(10): 1357-65.
- 47.- Najman JM, Aird R, Bor W, O'Callaghan M, Williams GM, Shuttlewood GJ. *The generational transmission of socioeconomic inequalities in child cognitive development and emotional health*. *Soc Sc Med* 2004; 58(6): 1147-58.
- 48.- Nayar KR, Kapoor SS. *Editorial. Commission on social determinants in health: a piece meal move?*. *Indian J. Med Res* 2009; 129: 117-9.