

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"

TESIS:

"Calidad de Vida en Pacientes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad Atendidos en una Institución de Alta Especialidad: Percepción del Adolescente y Padres"

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA  
INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:

Miriam Galeana Valente

TUTOR:

Dr. José Humberto Nicolini Sánchez

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. Nicolini', written over a horizontal line.



SECRETARÍA DE SALUD  
HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL  
DR. JUAN N. NAVARRO  
DIVISIÓN DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2014





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Resumen

El objetivo de esta investigación fue medir y describir la percepción de la calidad de vida en adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), así como también la percepción de los padres en relación con la calidad de vida de los adolescentes con TDAH. Participaron 50 adolescentes de 13 a 18 años de edad que acudieron al servicio de admisión del Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro, previamente diagnosticados con este trastorno, sin presentar comorbilidad con abuso de sustancias, trastorno psicótico, ó trastorno de la alimentación.

El estudio es de tipo descriptivo, observacional y transversal. El instrumento que se aplicó para su medición fue el Inventario de Calidad de Vida Pediátrico (PedsQL), en la versión para adolescentes y padres o tutores respectivamente que consiste en 23 reactivos agrupados en 4 escalas ó dominios (función física con 8 reactivos, función emocional 5 reactivos, función social 5 reactivos, y función escolar 5 reactivos).

Los resultados obtenidos de los participantes adolescentes con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el 72% para sexo masculino y para sexo femenino un 28% con una media de edad de 14 años. En relación a los dominios donde se observó el porcentaje más alto correspondió a la función escolar con 46,6%. En los subgrupos de adolescentes con TDAH que presentaron comorbilidad con Trastorno Negativista Desafiante presento mayor percepción de problemas en el dominio de la función escolar. Los padres o tutores que participaron en el estudio (n=50) el 86% eran madres, con una media 41.64, DE =8.24, se observo en el dominio escolar con  $p < 0.5$  que es estadísticamente significativa donde los adolescentes y padres coinciden que se tiene problema en este dominio. La percepción de los padres sobre problemas relacionados en la calidad de vida fue mayor, por lo que esto nos sugiere que acuden a solicitar asistencia médica en los diferentes servicios de salud, y así mismo informando que los adolescentes con TDAH presentan pobre rendimiento académico.

### **PALABRAS CLAVES:**

Calidad de vida de los adolescentes, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

## Índice General

I.- Introducción	.....	1
II. Marco Teórico	.....	2
III. Justificación	.....	13
IV. Planteamiento del problema	.....	15
V. Hipótesis	.....	15
VI. Objetivo General	.....	15
VII. Objetivos específicos	.....	15
VIII. Material y métodos	.....	15
A. Tipo de diseño	.....	15
B. Población y/o muestra	.....	15
C. Criterios	.....	16
D. Variables	.....	16
E. Instrumento de medición	.....	17
F. Procedimiento	.....	20
G. Análisis estadístico	.....	21
IX. Consideraciones éticas	.....	21
X. Resultados	.....	22
XI. Discusión	.....	29
XII. Conclusiones	.....	31
XIII. Referencias Bibliográficas	.....	33
XIV Anexos	.....	39- 46

## Índice de Tablas

<b>TABLAS:</b>		<b>pág.</b>
Tabla. 1	Cuestionarios Genéricos para Evaluar la Calidad de Vida en Niños y Adolescentes	6
Tabla. 2	Cuestionarios Específicos para Evaluar la Calidad de Vida en Niños y Adolescentes con una Enfermedad Específica.	7
Tabla. 3	Características socio-demográficas más frecuente de la muestra	22
Tabla. 4	Descripción del Diagnóstico de Trastorno con Déficit de Atención / Hiperactividad de acuerdo al subtipo.	23
Tabla. 5	Comorbilidad con Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad	23
Tabla. 6	Persona a cargo del adolescente (proxy)	24
Tabla. 7	Edad de los padres ó cuidadores (proxy)	24
Tabla. 8	Estado Civil de los padres (proxy)	25
Tabla. 9	Escolaridad de los padres o cuidadores (proxy).	25
Tabla. 10	Comparación de la percepción sobre la Calidad de Vida en adolescentes con Trastorno por déficit de Atención con hiperactividad y padres.	27
Tabla. 11	Comparación sobre la percepción de la calidad de vida en adolescentes con TDAH con comorbilidad con Trastorno Negativista Desafiante y padres.	28
Tabla. 12	Comparación de la calidad de vida en adolescentes con TDAH subtipo mixto y padres ó cuidadores.	29

## **I. Introducción.**

La calidad de vida es un concepto evolutivo que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno (la familia, amigos).

Las enfermedades son los factores más relevantes que puede afectar a la calidad de vida<sup>1</sup>. Existe evidencia que los trastornos mentales tiene un mayor impacto en los diferentes dominios de la calidad de vida<sup>2</sup>.

La relación entre la salud física y en la salud mental los cambios en la valoración de la vida puede verse afectada la calidad de vida, siendo considerada más sobresaliente el bienestar psicológico en consideración con la salud física<sup>3</sup>.

Para su medición existen diversos instrumentos que se han elaborado para medir la calidad de vida, el Inventario de Calidad de Vida Pediátrico (PedsQL) de Varni (2003a) es un instrumento que se ha aplicado de forma extensa en diversas poblaciones y países; en un inicio, se probó en población pediátrica con diversos padecimientos médicos, y recientemente en población normal, evaluando varios dominios (función física, salud psicosocial, salud emocional, función social, función escolar).

Se han identificado efectos negativos en relación a la calidad de vida de niños y adolescentes con TDAH, de acuerdo a la percepción de los padres, y no siempre se ven así mismos con menor funcionamiento que los niños sin TDAH<sup>4</sup>.

En general la investigación actual se orienta en como suele ser la percepción en relación de la calidad de vida de los adolescentes con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en contraste con la percepción de los padres o tutores.

Las investigaciones han demostrado que los adolescentes con antecedentes de trastorno por déficit de atención con hiperactividad experimentan más rechazo entre sus compañeros, y

tiene alteraciones en las relaciones entre pares, así como menos amigos íntimos, así también son propensos a sufrir de acoso escolar por parte de sus compañeros<sup>5-6</sup>.

La estigmatización asociada al trastorno por déficit de atención con hiperactividad, es percibida con consecuencias negativas, está relacionada con síntomas de ansiedad, estrés social, y depresión. Los problemas de los niños con TDAH presentan un impacto significativo sobre la salud emocional, y en general está asociado con baja autoestima y pensamientos suicidas<sup>7-8</sup>.

El presente trabajo, se realiza con la intención de evaluar a través del Inventario de calidad de vida pediátrico TM 4.0 la calidad de vida relacionada con la salud y la severidad de los síntomas en adolescentes con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, con la intención de determinar la asociación de que la calidad de vida en los diferentes dominios esta población de acuerdo a su misma percepción, esto con la finalidad de elaborar estrategias educativas en este grupo etario.

## **II. Marco Teórico**

### **Antecedentes:**

#### **Concepto de Adolescencia**

La palabra adolescencia proviene del verbo latino *adoleceré*, que significa “crecer” o llegar a la madurez<sup>9</sup>.

Algunos autores han dividido a la adolescencia en tres etapas de los 10 a los 13 años adolescencia temprana, de los 14 a los 17 años adolescencia media y de los 18 a los 21 años adolescencia tardía<sup>10</sup>.

La Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPM/OMS) considera que la adolescencia es la etapa de la vida que va desde los 10 a los 19 años y la Juventud de los 15 a los 24 años y utiliza el término de “personas jóvenes” para denominar a ambos grupos<sup>11</sup>.

En relación a su funcionamiento psicológico, las dimensiones más destacadas del desarrollo adolescente se dan en el plano intelectual, sexual, social y en la elaboración de la identidad, reconocer la adolescencia como una etapa crucial del desarrollo humano, permite abandonar la imprecisión que involucro considerarla como una transición. Desde la perspectiva de

transición los únicos hechos claramente reconocibles son el abandono de la niñez por las transformaciones biológicas que se presentan y el ingreso a la edad adulta, reflejado en los cambios de la situación social. El período adolescente constituye una etapa privilegiada en la cual se producen procesos claves de desarrollo, contando por primera vez, con la propia capacidad para conducir el proceso, completar vacíos y reenfocar situaciones tanto de la niñez, como de su presente<sup>12</sup>.

### **Concepto de Calidad de Vida.**

El concepto de salud está fundamentado en un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural, teniendo en cuenta los valores positivos y negativos que afectan nuestra vida, nuestra función social y nuestra percepción; por tanto, la redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional. De ahí deriva la importancia de medir la calidad de vida<sup>13-14</sup>.

La calidad de vida (CV) es un concepto que en los últimos años ha cobrado gran importancia, aun cuando su definición no ha alcanzado un acuerdo generalizado, si se han definido ciertos consensos, tales como que la CV es subjetiva, que incluye tanto funcionamientos positivos como negativos y que es multidimensional, por lo que debe incorporar diversas facetas o dimensiones de la vida de las personas<sup>15</sup>.

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Este término ha evolucionado desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud, tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad, se dejan influir por las experiencias personales y por las expectativas de una persona. Considerando que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud<sup>16</sup>.

En la década de los 90, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó un grupo de trabajo para llegar acuerdos sobre la calidad de vida que considera que el constructo de calidad de vida tiene tres consensos:

1. Información subjetiva y comprende tres niveles:

a) Información sobre el funcionamiento.

b) Evaluación global del funcionamiento.

c) Evaluación de funcionamiento altamente personal.

2. Con una naturaleza multidimensional, que como mínimo influye las dimensiones físicas, psicológicas y social.

3. La CV incluye dimensiones positivas (funcionamiento de rol y movilidad) y dimensiones negativas (sentimientos negativo, fatiga, dolor).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1958) define a la calidad de vida "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes, se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno"<sup>17</sup>.

Otros autores describen, la Calidad de vida (CV) como la percepción subjetiva de un individuo de su posición en la vida como lo demuestra su funcionamiento físico, psicológico y social. Es un estado de satisfacción general derivado de la realización de las potencialidades de la persona posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal, y la salud objetiva. Las relaciones armónicas con el ambiente físico, social con la comunidad y la salud objetivamente percibida<sup>18</sup>.

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) entendida ésta como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza en diversos dominios de su vida, considerando el impacto que éstos tiene su estado de salud <sup>19</sup>.

## **La importancia de medir la Calidad de Vida en Adolescentes**

A partir de los años 50's ha ido cobrando fuerza la importancia de valorar la calidad de vida de las personas, la necesidad de valorar a los pacientes no solo en relación a su enfermedad, si no considerando los aspectos positivos como es la mejoría en la calidad de vida, los adolescentes son un grupo especialmente vulnerable en los que sus riesgos proceden de causas prevenibles, por lo cual es importante valorar su calidad de vida. La percepción sobre su vida desde múltiples dimensiones considerando los aspectos positivos y negativos. En relación a los cambios en las políticas, condiciones y recursos influyen en la manera en que ellos perciben su vida<sup>20</sup>.

En un estudio realizado con adolescentes sanos y con la presencia de una enfermedad crónica se valoró el concepto sobre calidad de vida en cada grupo, por medio de una encuesta realizada a 54 adolescentes con enfermedad crónica y 91 sanos, con una media de 13 años (10-17 años) de edad. El 57% de los enfermos refirieron comprender el concepto de CV y 90% en los otros grupos. En general, los enfermos interpretaron CV en relación con el estado funcional relacionado a la salud en contraste con un pequeño número de los sanos ( $p < 0.001$ ). Los adolescentes sanos interpretaron con mayor frecuencia a la CV de acuerdo con el bienestar económico y social. Los adolescentes enfermos crónicos interpretaron el concepto de CV de acuerdo con el estado funcional relacionado a la salud; los sanos, en función de satisfactorias materiales. La mayoría de los adolescentes parecen conocer el significado del concepto CV desde un punto de vista relacionado con bienestar<sup>21</sup>.

## **Instrumentos sobre Calidad de Vida en adolescentes**

Se han utilizado diversos instrumentos para valorar la calidad de vida y se recomienda que debido a que se mide un aspecto subjetivo, el método para recoger la información debe ser consistente. El efecto que se tiene en relación a la calidad de vida en todas las edades al recibir tratamiento es una necesidad urgente, y debido que es importante la realización de estudios sobre el impacto en la calidad de vida<sup>22</sup>.

**Tabla 1 Cuestionarios Genéricos para Evaluar la Calidad de Vida en Niños y Adolescentes.**

<b>Instrumento</b>	<b>Población</b>	<b>Lugar</b>	<b>Idioma</b>	<b>Año</b>
Play Performance Scale for Children: PPSC	Niños y Adolescentes	EUA*	Inglés	1958
The Functional Status Measure of Child Health: FS II (R)	Niños	EUA	Inglés	1990
The Physical Health Status Instrument	Niños y Adolescentes	EUA	Inglés	1991
The Quality of Wellbeing Scale: QWB	Niños y Adolescentes	EUA	Inglés	1994
The Dartmouth -COOP	Niños y Adolescentes	México	Español	1996
The Childhood Health Questionnaire:CHAQ	Niños	Brasil	Portugués	1994
The Childhood Health Assessment Questionnaire: CHAQ	Niños	EUA	Inglés	1997
The Childhood Health Assessment Questionnaire:CHAQ	Niños	México	Español	1997
The Costa Rica Childhood Assessment Questionnaire:CHAQ	Niños	Costa Rica	Español	1997
The Short form Health Related Quality of Life: HRQL	Niños	EUA	Inglés	1997
The Pediatric Quality of Life Inventory:PedsQL	Niños	EUA	Inglés	1999
The Health Related Quality of Life:HRQL	Niños	EUA	Inglés	2000
The Childhood Health Chilhood Assessment Questionnaire Disabily Index :CHAQ-ID	Niños	Canada	Inglés	2000
The “How are you” questionnaire: HAY	Niños	Países bajos	Inglés	2000
The Activities Scale for Kids Questionnaire: ASK	Niños	Canada	Inglés	2000

\*EUA Estados Unidos de América. Fuente: Velarde- Jurado (2002)

**Tabla 2 Cuestionarios Específicos Para Evaluar la Calidad de Vida en Niños Y Adolescentes con una Enfermedad Específica.**

<b>Instrumento</b>	<b>Población</b>	<b>Enfermedad</b>	<b>Lugar</b>	<b>Idioma</b>	<b>Año</b>
Calidad de Vida del Niño con Epilepsia: test CAVE	Niños	Epilepsia	España	Español	1997
The Quality of Life in Epilepsy Inventory for Adolescents:QOLIE-AD-48	Adolescentes	Epilepsia	EUA*	Inglés	1999
The quality of Live Newly Diagnosed Epilepsy Instrument:NEWQOL	Niños adolescentes	Epilepsia	Reino Unido	Inglés	2000
The Quality of Life in Pediatric Epilepsy Scale (Pared Form)	Niños adolescentes	Epilepsia	EUA	Inglés	2000
The Quality of Life in Childhood Epilepsy Questionnaire:QOLCE	Niños adolescentes	Epilepsia	Australia	Inglés	2000
The Oral Health-Related Quality of Life Questionnaire:OHRQOL	Niños adolescentes	Salud Oral	Nueva Zelandia Polonia	Lengua nativa	2000
The Sinus Symptom Questionnaire:SSQ	Niños	Sinusitis	EUA	Inglés	1999
The Canadian Acute Respiratory Illness and Flu Scale:CARIFS	Niños	Infección respiratoria aguda	Canada	Inglés	2000
The Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire:PAQLQ	Niños	Asma	EUA	Inglés	1996
The Modified and Shortened Version on the Living with Asthma Questionnaire:MS-LWAQ	Niños	Asma	Canada	Inglés	1999
The Caregiver Quality of Life-Questionnaire:PACQLQ	Niños	Asma	Canada	Inglés	2000
The Juvenile Arthritis Functional Status Index:JASI	Niños adolescentes	ArtritisReumatoide Juvenil	Canada	inglés	1996
The Juvenile Arthritis Quality of Life Questionnaire:JAQQ	Niños/adolescentes	Artritis reumatoide Espondilo-artropatía	EUA	Inglés	1997
The Childhood Arthritis Health Profile: CHAP	Niños	Enfermedad reumatica	EUA	Inglés	1999
Escala de Actividades del Niño con Leucemia	Niños adolescentes	Cáncer	México	español	1996
The Pediatric Oncology Quality of Life Scale POQOLS	Niños	Cancer	EUA	Inglés	1996
The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory: PCQL	Niños	Cancer	EUA	Inglés	1998
The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory:PCQL-32	Niños	Cancer	EUA	Inglés	1999

\*EUA: Estados Unidos de América Fuente: Velarde-Jurado (2002)

En este sentido, las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. Una aproximación válida para su medición se basa en el uso de cuestionarios, los cuales ayudan a cuantificar en forma efectiva problemas de salud<sup>15</sup>.

Mientras que los instrumentos genéricos permiten evaluar diversos grupos y poblaciones, los instrumentos específicos permiten medir el impacto de un diagnóstico específico en condiciones crónicas. Los instrumentos disponibles actualmente para medir la calidad de vida son confiables y constituyen una herramienta complementaria para evaluar la respuesta al tratamiento. Entre los diversos instrumentos que se han elaborado para medir la calidad de vida, se encuentra el Inventario de Calidad de Vida Pediátrico (PedsQL) de Varni (2003<sup>a</sup>) es un instrumento que se ha aplicado de forma extensa en diversas poblaciones y países; en un inicio, se probó en población pediátrica con diversos padecimientos médicos, y recientemente en población normal, en la mayoría de dichos estudios propiedades psicométricas similares a las versión original<sup>23</sup>.

El PedsQL TM es un instrumento confiable y útil para verificar la calidad de vida en relación con la salud

Abreviatura	Nombre	Autor/año	Edades aplicar	Items	Fiabilidad	Validez	Observaciones
P e d s Q L 4 .0	<b>Pediatric quality of life Inventory</b>	Varni Burwinkle Jacobs Gottschalk, 2003. Reinfjell Diseth Veenstra Vikam, 2006	2-18 años	23	Se realizó fiabilidad de la versión noruega (Reinfjell, et 2006	Se realizó fiabilidad y validez de la versión noruega de las escalas genéricas encontrando que el alfa de Cronbach variaba entre .77 y .88 al análisis factorial se reporto igual que la escala original excepto en la escala de salud física. Reinfjell,( 2006	Es una escala genérica, un instrumento modular diseñado para medir la CVRS en niños y adolescentes. El autoreporte del niño y de los padres son medidas genéricas que se integran a módulos específicos. Las escalas principales distinguen entre los pacientes sanos y enfermos con condiciones crónicas o agudas. Varni, (2003)

## **Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad.**

Las primeras descripciones de interés médico fueron las observaciones de George Still en Inglaterra a finales del siglo diecinueve y principios del siglo veinte, (1902) describió a una serie de niños que presentaban un exceso de actividad motora y muy escaso control de los impulsos. Son los que actualmente denominaremos niños con trastornos por déficit de atención, hiperactivos o hipercinéticos<sup>24</sup>.

Actualmente los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association) se refiere al trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un trastorno de inicio en la infancia que comprende un patrón persistente de conductas de desatención, hiperactividad e impulsividad. Se considera que el trastorno está presente cuando estas conductas tienen mayor frecuencia e intensidad de lo que es habitual según la edad y el desarrollo de la persona, y tales manifestaciones interfieren de forma significativa en el rendimiento escolar o laboral, y en sus actividades cotidianas, para el diagnóstico plantea dos agrupaciones de síntomas (hiperactividad – impulsividad y desatención) bastando la presencia de al menos seis síntomas en una sola de las agrupaciones para hacer el diagnóstico por lo que es suficiente que se cumplan los criterios de hiperactividad-impulsividad o desatención por sí solos para diagnosticar el cuadro<sup>25</sup>.

La CIE 10 por su parte define a los trastornos hiperkinéticos (F90) como caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas, las definiciones de la CIE-10 Y DSM-IV-TR son descriptivas; poniendo énfasis a las manifestaciones clínicas y su permanencia en el tiempo<sup>26</sup>.

Los adolescentes que cursan con trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, es el padecimiento más frecuentemente diagnosticado en la población infantil. La prevalencia del TDAH es de 3 a 6% en la población general y sus síntomas persisten hacia la adolescencia y la vida adulta en 60% de los pacientes. Este trastorno constituye la principal causa de búsqueda de atención psiquiátrica en la población infantil y muestra un gran incremento en su diagnóstico en los servicios de salud mental (31% en nuestro medio)<sup>27</sup>.

El desarrollo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad durante el transcurso de la vida en relación a los adolescentes, en relación a la inatención se ha observado la incapacidad para estudiar solos, ya que no logran concentrarse por períodos largos, las

tareas quedan incompletas y requieren un tiempo mucho mayor que el esperado. La impulsividad se encuentra en actos o comentarios inapropiados que fácilmente pueden ser interpretados como irrespetuosos por los adultos. La dificultad para inhibir o controlar la conducta según las normas, preestablecidas para la situación es un reflejo de hiperactividad e impulsividad<sup>28</sup>.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, está asociado con daños significativos a lo largo del ciclo de la vida, por lo que el tratamiento y el reconocimiento son importantes en todos los niveles del desarrollo, no solo en la infancia. Alrededor del 85% de los pacientes que presentaron el padecimiento en la niñez seguirán presentándolo en la adolescencia y en la vida adulta. Los niños con TDAH suelen presentar un bajo aprovechamiento académico recursan grados escolares, son suspendidos frecuentemente, necesitan buscar un nuevo colegio o abandonan la escuela durante la adolescencia, presentan problemas para relacionarse con pares, disfunción familiar y mayores probabilidades de delinquir que aquellos niños que no tienen TDAH. Con frecuencia se asocian trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos bipolares y el riesgo por abuso de alcohol y/o de sustancias, problemas de aprendizaje, problemas legales, y trastornos de la alimentación. En relación con la vida sexual, los adolescentes con TDAH presentan conductas sexuales de alto riesgo. El adolescente con TDAH no tratado y con comorbilidad con el trastorno oposicionista desafiante y/o trastorno disocial, tiende a rodearse de malas compañías lo cual es precipitado por el rechazo social que sufre, lo que los coloca en riesgo de involucrarse en robos peleas consumo de drogas y posesión de armas de fuego<sup>29</sup>.

Otros autores mencionan que el paciente y su familia, necesitan familiarizarse con los riesgos y beneficios de la farmacoterapia, la disponibilidad de tratamiento alternativo y los efectos adversos posible<sup>30</sup>.

El tratamiento farmacológico, se debe desarrollar y diseñar adecuadamente un plan comprehensivo, multimodal e individualizado de acuerdo a las necesidades de cada paciente. El uso de la psico-educación es indispensable en todas las etapas del manejo. La decisión de aceptar un tratamiento farmacológico debe ser responsabilidad compartida de los padres, el paciente y el médico. Los adolescentes y adultos deben participar activamente en su tratamiento con apoyo familiar<sup>27</sup>.

En relación al tratamiento farmacológico es conveniente explicar a los padres sobre el mismo que no va a curar al niño o adolescente de este trastorno; que a su vez los medicamentos modifican conductas y funciones, lo que suele permitir la acción de otras medidas terapéuticas y mejorar las respuestas negativas que el niño exhibe ante los estímulos habituales, por lo tanto debe ser un especialista encargado en su tratamiento y seguimiento<sup>31</sup>.

### **Calidad de Vida en Adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.**

La importancia de una evaluación completa de la calidad de vida en los niños y adolescentes con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, ya que se ha reconocido como un componente importante en el impacto que tiene en los niños y adolescentes con problemas de salud<sup>4</sup>.

Estudio realizado en Australia, evaluaron a 3.597 niños y adolescentes entre 6 -17 años de edad, donde se comparó la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en relación con tres enfermedades mentales (TDAH, Trastorno depresivo mayor, o trastorno de conducta), con aquellos sin ningún trastorno mental o físico, se valoró mediante la escala The Health-related quality of life (HRQL). Niños que no presentaron ningún trastorno mental o físico (n=2507), con Trastorno depresivo mayor (n=53), trastorno de conducta (n=35), TDAH (n=308). Se observó que los niños con trastornos mentales presentaron una peor CVRS en varios dominios en comparación a aquellos sin el trastorno mental o físico. Los padres de los niños con un trastorno mental informó que sus hijos tenían baja autoestima, más problemas de comportamiento en relación a que no presentan una enfermedad mental o física<sup>32</sup>.

En una muestra de adolescentes entre 11 a 18 años de edad, con 56 varones con diagnóstico con TDAH, se comparó con dos grupos controles un primer grupo con 107 adolescentes (64 hombres, 43 mujeres) sin condición crónica, y un segundo grupo con 52 adolescentes (29 hombres, 23 mujeres) que presentaban problemas motores, se aplicó The Youth Quality of Life Instrument Research Version (YQOL-R), que mostró una consistencia interna aceptable con un (alfa Cronbach 0,77 a 0,96). Los resultados mostraron una disminución en la calidad de vida en los pacientes con TDAH similar a los adolescentes con problemas motores en comparación al grupo control sin condiciones crónicas. Los

adolescentes con TDAH reportaron una puntuación más baja en el dominio de sí mismo ( $p < .05$ ) relacionado con la relación entre padres e hijos, y también puntajes más bajos en el dominio del Medio Ambiente que puede ser reflejo de un pobre sentido de sí mismo y de su incapacidad para atender a las señales sociales y su medio ambiente, lo que indica que los adolescentes tienen un déficit en el funcionamiento social. El estudio reportó que en adolescentes con TDAH se compromete la calidad de vida<sup>33</sup>.

En un estudio realizado con una muestra de 46 niños con diagnóstico de TDAH, en comparación con 94 niños como grupo control sin trastorno físico o mentales, entre 10 a 13 años de edad, se les aplicó Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™), se evaluó la calidad relacionada con la salud de la vida entre los dos grupos, se reportó que la calidad de vida en los niños con TDAH principalmente en las puntuación del dominio de la función física y psicosocial fueron significativamente menor que el grupo control. En el dominio de la función física los padres de los niños que recibieron la medicación informó significativa mejoría en el puntajes que los de los niños, sin la medicación ( $p = 0,003$ ), la mayoría de los padres de niños con TDAH informó un menor rendimiento académico más frecuente que los padres de los niños controles<sup>34</sup>.

En un estudio realizado en niños de 5 a 16 años de edad, en la población sana 3256 niños, 66 niños con cáncer, 72 niños con TDAH, 57 niños con parálisis cerebral se valoró la calidad de vida en niños utilizando el instrumento Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™) informó que los niños con TDAH de manera significativa presentaron mejor funcionamiento físico en comparación con los niños con diagnóstico reciente de cáncer y niños con parálisis cerebral, y más bajos en el dominio de funcionamiento social (pero similares puntajes totales y emocional y el funcionamiento de la escuela) a los niños con cáncer y comparables las puntuaciones totales y funcionamiento psicosocial, emocional, social y escolar. El instrumento PedsQL 4.0 mostró una excelente fiabilidad para la calificación en la escala total con un  $\alpha = 0,92$  en niños con auto-informe, y 0,92 en padre/proxy informantes. Los resultados sugieren que el monitoreo de salud de la población puede identificar a los niños con TDAH en riesgo de negativa en relación a la CVRS<sup>35</sup>.

En un estudio realizado en Noruega con 425 adolescentes sanos y 237 personas encargadas del cuidado de los participantes (proxy). con la finalidad de evaluar la fiabilidad

de alfa de Cronbach, así como la Validez del constructo mediante análisis factorial exploratorio, intercorrelación bilateral y multilateral entre las cuatro subescalas del PedsQL™ para los adolescentes y sus padres. Los resultados fue una fiabilidad alfa de Cronbach entre (0,77 y 0,88)<sup>36</sup>.

Hakkaart-van Roijen L y cols., 2007 estudio realizado con 60 niños con TDAH, reportó que aquellos pacientes que presentaba TDAH y aunado con otra psicopatología, se observó mayor costo en su atención médica, que en aquellos sin comorbilidad psiquiátrica, en relación a las madres de estos pacientes tenían una puntuación demás alto rendimiento, con un mal funcionamiento en el hogar y trabajo o ambos. La calidad de vida de los pacientes con TDAH se observó que era peor en el ámbito psicosocial, al presentar una comorbilidad psiquiátrica. La evidencia inicial sugiere que el TDAH tiene un impacto global sobre la calidad de vida en comparación con otros problemas de salud mental<sup>37</sup>.

En una revisión sistemática de 1445 estudios se incluyeron solo 36 de los cuales se comparó la calidad de vida de los niños y adolescentes con déficit de atención con hiperactividad, concluyen que los niños percibe su calidad de vida es menos negativa que lo reportado por uno de sus padres. Los niños con TDAH tienen un impacto global comparable en la calidad de vida en comparación con otros problemas de salud mental y trastornos físicos graves. Se reportó que el TDAH compromete la calidad de vida, esto es especialmente desde la perspectiva de uno de los padres<sup>4</sup>.

Se realizó un estudio con 721 pacientes entre edades de (6-17 años) mostró que los niños y adolescentes con TDAH presentan una disminución en su calidad de vida, siendo independiente de la gravedad de los síntomas que prevalecen, así como también al agregarse un problema de conducta puede haber un impacto más negativo en relación a la calidad de vida, mientras que el uso de medicamentos para el TDAH suelen presentar una mejoría en la calidad de vida<sup>38</sup>.

### **III. Justificación**

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno de inicio en la infancia que comprende un patrón persistente de conductas de desatención, hiperactividad e impulsividad, DSM-IV -TR (American Psychiatric Association 2001)<sup>25</sup>.

Los niños con este trastorno tienen un mayor riesgo de fracaso escolar, problemas de comportamiento y dificultades en las relaciones socio-familiares como consecuencia de los síntomas propios del TDAH<sup>39</sup>.

No todos los pacientes que presentan un TDAH son correctamente identificados y tratados; este hecho tendrá importantes repercusiones, tanto personales y familiares como de salud pública<sup>40</sup>.

El TDAH interfiere en la vida diaria de niños, padres y familias más que el asma bronquial, principalmente relacionados con el funcionamiento psicosocial y también conlleva el consecuente deterioro en el funcionamiento físico<sup>41</sup>.

Los terapeutas deben de considerar la importancia de la calidad de vida de los pacientes con TDAH para considerar una planificación multimodal en el tratamiento así como las intervenciones que se realizaran, de acuerdo a las opinión subjetiva de los pacientes en relación a su deterioro en la CV<sup>40</sup>.

Los trastornos mentales van afectar la calidad de vida, y a su vez la salud mental tendrá un impacto en la capacidad de la persona para participar efectivamente en las actividades diarias y esto puede generar una reacción en cadena con consecuencias en su bienestar general<sup>41</sup>.

La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. En este sentido, las personas con trastorno por déficit de atención con hiperactividad requieren evaluaciones no solo en la presencia de síntomas, sino también en relación al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida, en forma individual, familiar y social lo que motiva la realización de esta investigación.

Como ya se ha descrito sobre el impacto de la calidad de vida en adolescentes con TDAH en múltiples estudios internacionales, se conoce poco en la población mexicana. Como lo describe Villarruel & Lucio (2010) en un estudio en adolescentes mexicanos en relación a la calidad de vida, en donde es necesario seguir estudiando la utilidad del instrumento, Propiedades Psicométricas del Inventario de Calidad de Vida Pediátrico, Versión 4.0, (PedsQL) en condiciones sociales y culturales de este grupo etario en Población Mexicana<sup>42</sup>.

#### **IV. Planteamiento del Problema.**

¿Cuál es impacto de la calidad de vida en adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad?

#### **V. Hipótesis**

Los pacientes adolescentes con Trastorno con Déficit de Atención con Hiperactividad presentan disminución en la calidad de vida en los diferentes dominios (emocional, social, escolar y físico), con mayor impacto en lo emocional y social.

#### **VI. Objetivos General:**

Evaluar a través del Inventario de calidad de vida pediátrico TM 4.0 la calidad de vida relacionada con la salud y la severidad de los síntomas de los pacientes de 13 a 18 años de edad con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad del HPIJNN.

#### **VII. Objetivos Específicos:**

- 1.- Evaluar la percepción de los padres o tutores en relación a la calidad de vida de los adolescentes con TDAH.
- 2.- Evaluar la percepción de los adolescentes con TDAH en relación a su calidad de vida.
- 3.- Describir la calidad de vida en pacientes adolescentes con TDAH y otra comorbilidad.
- 4.- Describir características socio demográficas de los adolescentes con TDAH y de los padres o tutores.

#### **VIII. Material y Métodos**

**A). Tipo de estudio:** Descriptivo, observacional, transversal.

**B). Población/ Muestra:** Los pacientes adolescente de 13 a 18 años de edad, reclutados en el servicio de admisión y en la clínica de adolescencia del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, con diagnóstico Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad (TDAH) de acuerdo a la DSM IV y la CIE-10 y corroborando con la entrevista semi - estructurada (MINI-KID).

## **C. Criterios**

### **Criterios de Inclusión**

1. Participantes adolescentes de 13 a 18 años de edad de ambos sexo, que acepten participar con diagnóstico de trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de acuerdo al examen clínico que cumplan criterios de acuerdo al DSM IV, y La CIE- 10 corroborado MINI International Neuropsychiatric Interview para Niños y Adolescentes (MINI-KID).
2. Paciente que no reciban tratamiento psicofarmacológico.
3. Que los pacientes y representantes legales sean capaces de leer y escribir.

### **Criterio de Exclusión**

1. Paciente que presente comorbilidad con trastorno bipolar, psicosis. Trastornos de la alimentación, consumo de sustancias.
2. Paciente que no acepten participar en el estudio.

### **Criterios de Eliminación**

1. Que no contesten de manera completa el cuestionario aplicado.
2. Personas que retiren su participación del estudio.

## **D. Variables:**

### **Definición de Variables**

Variable Dependiente: Calidad de Vida (CV)

Variable Independiente; Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Covariable Dependiente: Comorbilidad

### **Definición Conceptual**

Variable Dependiente: Calidad de Vida, es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, de felicidad, satisfacción y recompensa. Será dada por el instrumento autoaplicable en la versión para adolescentes y padres (Pediátrica Quelite of Life Inventor TM 4.0)

Variable Independiente: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es considerado un trastorno de base neurológica o química aunque el grado de afectación en cada sujeto dependerá de su grado de armonía psíquica y también del contexto familiar en el que crece y se desenvuelve y permitirá o no una mayor despliegue de los inconvenientes derivados de este trastorno, de acuerdo con los criterios del DSM IV TR y a la CIE -10.

Las características observables que describe el trastorno déficit de atención con hiperactividad (TDAH), que contemplan las tres áreas: impulsividad, hiperactividad, y atención.

Covariable Dependiente: Comorbilidad se refiere a cualquier entidad clínica adicional a la ya existente o a la coexistencia de dos o más trastornos mentales. Diagnósticos en el Eje I, obtenidos de una entrevista clínica basada en el MINI-Kid.

**Sujetos:** Participaron 50 sujetos entre 13 y 18 años de edad que fueron diagnosticados con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el Hospital psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro, en el servicio de admisión.

## **E. Instrumentos de Medición.**

Características del Instrumentos Utilizados

Escala de Medición.

El PedsQL TM 4.0 Generic Core Scale (Pediatric Quality of Life Inventory TM) fue diseñado como un modelo multidimensional y modular (en donde se incluye las dimensiones sugeridas por la WHO), para medir la calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) en niños y adolescentes integrando tanto los aspectos genéricos y específicos de CVRS. Nació de su predecesor, el PedsQL Cancer Module™ un instrumento específico para niños que padecen cancer con ya cerca de 15 años de uso en Estados Unidos, (país de origen) y en Europa, y diseñado por James W. Varni y su equipo de investigación. El Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™) es considerado como un prometedor instrumento de calidad de vida relacionado en la salud (CVRS) con la disponibilidad de su edad versiones paralelas y formas para ambos; niños y padres de familia. Es un instrumento que evalúa de manera multidimensional la calidad de vida relacionado a condiciones médicas crónicas en niños/ adolescentes y sus padres. Este instrumento ha sido validado previamente en muchos países europeos y otros idiomas internacionales, y ampliamente utilizado en la investigación.

Reportado en estudios descriptivos como en otros destinados a medir la eficacia en intervenciones médicas y psicosociales en relación a la calidad de vida. El modelo de medición (PedsQLTM) integra a la perfección las dos escalas básicas y módulos específicos en el sistema de medición en la enfermedad, cuenta con 23 ítems.

Escala (PedsQLTM), la versión genérica 4,0 Core, pueden agruparse en 4 dominios, que avalan su multidimensionalidad:

Escalas o Dominios	Ítems	Puntaje Total Escala: 23 ítems.
1.- Función física:	8 ítems	Puntaje total Salud Física: 8
2.- Función emocional	5 ítems	
3.- Función social	5 ítems	Puntaje de Salud Psicosocial: 15
4.- Función escolar	5 ítems	

Estas escalas son viables para los niños, auto-informe que incluirá las edades de 5 a 7, 8 a 12 y de 13 a 18 años. Padres (proxy-informe) incluye las edades de 2 a 4, 5 a 7, 8 a 12 y 13 a 18, y evalúa la percepción que el padre tiene de su hijo CVRS.

Los elementos para el auto-informe y poder-informe son esencialmente idénticos, con diferencias en el desarrollo de un lenguaje apropiado, en primera o tercera persona.

Las instrucciones son El PedsQL utiliza una escala tipo Likert de 5 opciones de respuestas, (0 = nunca es un problema, 1 = casi nunca, 2 = a veces, 3 = con frecuencia, 4 = siempre).

Los elementos se anotaron atrás y lineal transforma en un 0 a 100 escala (0 = 100, 1 = 75, 2 = 50, 3 = 25, 4 = 0), de manera que las puntuaciones más altas indican una mejor CVRS<sup>43</sup>.

Las propiedades psicométricas de la versión del Reino Unido fueron analizadas después de la administración a 1399 de 970 niños y sus padres. La muestra incluyó a niños sanos, los niños con diagnóstico de asma, la diabetes o la enfermedad inflamatoria intestinal y los niños de cáncer en remisión. Las Propiedades psicométricas fueron similares a los reportados por el original PedsQL™. La confiabilidad interna superó 0,70 para todos los proxy auto-informe y las sub-escalas. La validez discriminante se estableció para proxy y auto-reporte con mayor CVRS se informó de niños sanos que aquellos con problemas de salud. Se observaron diferencias en el funcionamiento emocional subescala, con la presentación de informes inferior CVRS mujeres que en los hombres. Proxy y auto-informe de correlación fue mayor para los niños con problemas de salud que para los niños sanos<sup>44</sup>.

El análisis de los resultados obtenidos con la aplicación de este instrumento, al permitir utilizar grandes muestras le da una confiabilidad reflejada en la consistencia interna que excede el 0.7 del alfa de Cronbach al comparar grupos y es cercano a un alfa de Cronbach de 0.9, recomendado para comparaciones hechas en los mismos pacientes. La escala total para los padres y los niños es similar (alfa de Cronbach de 0.93)<sup>45</sup>.

Estudios en México obtuvieron las Propiedades Psicométricas del Inventario de Calidad de Vida Pediátrico, Versión 4.0 en adolescentes Mexicanos de la forma genérica del (PedsQL™) se aplicaron las formas para adolescentes y padre/madre (proxy) en una muestra de 247 alumnos de una escuela secundaria pública, con edades de entre 13 y 17 años, el 51% eran hombres y 49% mujeres, aceptaron a participar 155 padres o cuidadores con edades entre 18 y 76 años. La confiabilidad de la versión para adolescentes se obtuvo a través del coeficiente de alpha Cronbach, obteniéndose 0.86 para la escala total, así como valores que oscilan entre 0.62 y 0.71 en los diferentes factores con formados por factor 1, reactivos de malestar emocional y cognitivo, seguidos por los reactivos de funcionamiento emocional, factor 2, funcionamiento físico, factor 3 funcionamiento social, factor 4 funcionamiento social relacionado con la escuela. En la versión para padres la confiabilidad de la escala total fue de 0.90, en tanto que los coeficientes por cada factor oscilaron entre 0.84 y 0.64 en orden sucesivo. La consistencia interna de las dos formas del instrumento es muy aceptable, tanto en las escalas totales como en las distintas subescalas y áreas que la integran. Los resultados muestran que el PedsQL™ en la forma general para adolescentes posee propiedades psicométricas aceptables. Es un instrumento auto aplicable, para completar en 4 minutos, diseñado para uso en la comunidad, la escuela, y la clínica en una población pediátrica<sup>42</sup>.

El PedsQL™ da énfasis a la percepción del niño de su estado de salud ya que los ítems utilizados para su diseño son los ítems que universalmente se tienen presentes al momento de hacer un instrumento, haciéndolo ideal para su aplicación<sup>41</sup>.

Al haberse traducido a varios idiomas le ha permitido tener una mayor validación transcultural, lo que es fundamental cuando se quiera comparar la CVRS de niños de diferentes nacionalidades. Al tomar en cuenta como punto primordial, la opinión del propio

niño de sus necesidades a través de la interpretación de su estado de salud y la que sus padres le dan, permite tener una visión integral del estado de salud del niño<sup>45, 46</sup>.

### **Mini-International Neuropsychiatric Interview para niños y adolescentes (MINI-Kid):**

Es una entrevista diagnóstica estructurada de una duración breve. En donde se explora la detección y orientación diagnóstica de los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Se ha probado su validez y confiabilidad de acuerdo al SCID.

La MINI-kid está dividida en módulos, identificados por letras cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Su sensibilidad para las categorías diagnósticas en concordancia con el SCID-P fue de 0.70 o mayor, la especificidad fue estimada en 0.85 o mayor para todas las categorías<sup>47</sup>.

Su confiabilidad inter-evaluador fue estimada con un coeficiente *kappa* en rangos de 0.88-1.0, la confiabilidad prueba- re prueba fue estimada con un coeficiente *kappa* de 0.76-0.93. Se desarrolló por los mismos autores con la finalidad de contar con un instrumento que fuera fácil de administrar en comparación con otros que se aplican a niños y adolescentes, se utiliza un lenguaje fácil de comprender para este grupo de edad<sup>48</sup>.

## **F. Procedimiento**

### **1. Ubicación espacio- temporal**

El estudio se realizó en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro en el periodo comprendido de noviembre del 2012 a enero del 2013. Durante este tiempo comprendido se valoró a 50 adolescentes que se les diagnosticó Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

### **2. Procedimiento para la recolección de la información**

Previa autorización y aprobación por el comité de ética del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. J. N Navarro” (HPIJNN) se invitó a participar en el estudio a todos los adolescentes que asistieron al servicio de admisión (HPIJNN) que se les diagnosticó Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), se corroboró el diagnóstico y la presencia de comorbilidad por medio de MINI Kid (entrevista semi-estructurada), posteriormente se

obtuvo el consentimiento informado a los padres o tutores y el asentimiento informado de los adolescentes, y se aplicó el Inventario de Calidad de Vida Pediátrico (PedsQLTM).

Por medio de una muestra piloto se observó posibles inconvenientes ó dificultades y confusiones que pudieran presentar respecto a la obtención de las respuestas, y con esto poder realizar las modificaciones necesarias para disminuir al máximo los sesgos.

### **G. Plan de Análisis**

Los datos fueron capturados en el SPSS versión en español 15, utilizando parámetros relacionados a la estadística descriptiva (frecuencia, porcentajes y medidas de tendencia central y t student).

### **IX. Consideraciones Éticas**

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos en el ARTICULO17, Categoría II. Se trata de un estudio con riesgo mínimo, ya que es un estudio descriptivo y no se involucró tratamiento farmacológico. A los pacientes como a los padres o tutores se aplico cuestionarios siendo informados correctamente y sin omitir ningún dato de relevancia en el estudio, se le aseguró completa confidencialidad de la información obtenida al paciente y al familiar responsable. Los padres o tutores de los pacientes firmaron una carta de consentimiento bajo información, así como también los adolescentes con diagnóstico con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad por medio de una carta de asentimiento informado.

Tras la evaluación de cada paciente, se agregó una nota correspondiente en su expediente clínico con el resultado de los instrumentos aplicados.

Este proyecto de investigación fue aprobado por la División de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, quedando registrado con la clave DI/CI/806/0812.

## X. Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la presente investigación, análisis estadístico de la población estudiada así como de los padres ó tutores participantes en el presente estudio.

### a). Características socio-demográficas de adolescentes con TDAH:

**Tabla 3 Características socio-demográficas más frecuente de la muestra.**

Características socio-demográfica		Frecuencia	%
Sexo	Masculino	36	72
	Femenino	14	28
Edad	13-14 años	35	70
	15-16 años	12	24
	17 años	3	6
Lugar que ocupa entre Hermanos	1°	23	46
	2°	17	34
	3°	7	14
	4° y +	3	6
Escolaridad	Primaria	3	6
	1° Secundaria	15	30
	2° Secundaria	14	28
	3° Secundaria	12	24
	1 y 2 ° Preparatoria	6	12

En la tabla 3 se presenta la características socio-demográficas de 50 adolescentes que acudieron al servicio de admisión del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N Navarro y se le diagnosticó Trastorno por déficit de atención con hiperactividad del total de la muestra el 72% pertenece al sexo masculino y el 28% al femenino. Frecuencia de acuerdo a la edad

correspondió un 70% entre los 13 a 14 años de edad, y con un 30% entre 15 y 17 años de edad, corresponde a una Media 14 años. Se puede observar que la frecuencia del lugar entre los hermanos por el orden de su nacimiento el 80% se encuentra en los dos primeros órdenes. El 82 % de los adolescentes se encuentran cursando el nivel de enseñanza media básica, y un 12% se encuentran cursando la educación media superior.

**Tabla 4 Descripción del Diagnóstico de Trastorno con Déficit de Atención / Hiperactividad de acuerdo al subtipo.**

Subtipos	Masculino	Femenino	Frecuencia	Porcentaje
<b>Mixto</b>	28	8	36	72
<b>Desatento</b>	6	4	10	20
<b>Hiperactivo/Impulsivo</b>	2	2	4	8
<b>Total</b>	36	14	50	100

En la tabla 4 se observa de acuerdo a los subtipos el 72% correspondió a los pacientes con TDAH de predominio mixto, seguido con un 20% desatento.

**Tabla. 5 Comorbilidad con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad**

Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno Negativista Desafiante	19	38
Trastorno Depresivo mayor	7	14
Trastorno Distimico	3	6
Trastorno de Ansiedad	2	4
Fobia Social	1	2
Fobia Especifica	1	2
Total	33	66

En la tabla 5 se presenta a los pacientes con TDAH, con comorbilidad con el trastorno negativista desafiante con un 38%, seguido por el Trastorno depresivo mayor con un 14 %, 34% sin comorbilidad.

b) Descripción de las características socio-demográficas de los padres ó cuidadores (proxy) del adolescente con TDAH:

**Tabla 6 Persona a cargo del adolescente (proxy):**

Proxy	Número	%
Padre	5	10
Madre	43	86
Abuelo	2	4
Total	50	100

En la tabla 6 Se observa que las personas que cuidan de estos adolescentes son sus madres en un 86%, en tanto que solo un 4% corresponde a otras personas.

**Tabla 7 Edad de los padres ó cuidadores (proxy)**

Edad (años cumplidos)	Número	%	% Acumulado
28- 40	25	50	50
41-51	17	34	84
52 -66 y +	8	16	100

En la tabla 7 se observa que la muestra de los padres tiene entre 28 y 40 años de edad, considerando que el 34% está conformado entre 41-51 años de edad, con una Media de (M 41.64, DE =8.24).

**Tabla 8 Estado Civil de los padres (proxy)**

Estado Civil	Número	%
Soltero	8	16
Casado	22	44
Separado	4	8
Unión Libre	10	20
Divorciado	3	6
Viudo	3	6
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

En la tabla 8 se presenta el estado civil de los padres o tutores predominando con un 44% los que están casados y un 20% de los padres menciono encontrarse en unión libre, y 16% solteros.

**TABLA 9 Escolaridad de los padres o cuidadores (proxy)**

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	16	32
Secundaria	19	38
Preparatoria	12	24
Licenciatura	3	6
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

En la tabla 9 se presenta la escolaridad de los padres o tutores con un predominio en el nivel básico (secundaria) con un 38%, seguido de nivel primaria 32%, nivel medio superior con un 24 %, y con un 6% nivel licenciatura.

C. Descripción de los resultados de la medición de la CVP con el instrumento PedsQL TM

Escala tipo Likert		Valores	Promedio %	Clasificación cualitativa de los resultados
0	Nunca es un problema	100	0	100 a 78 Buena calidad de vida 77 a 69 En riesgo ó mala CVP  < 69 CVP de alto riesgo (ó pésima CVP
1	Casi nunca es un problema	75	<u>23</u>	
2	Algunas veces es un problema	50	<u>46</u>	
3	Con frecuencia es un problema	25	69	
4	Casi siempre es un problema	0	92	

- Para crear los puntajes de la escala, el promedio es computado como la suma de todos los ítems divididos en el número de ítems respondidos en todas las escalas.

**Tabla 10 Comparación de la percepción sobre la Calidad de Vida en adolescentes con Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad y padres ó cuidadores.**

DOMINIO	Promedio Adolescentes TDAH	Promedio Padres ó tutores	Adolescentes Media	Padres Media	prueba t student Sig.(bilateral)
Puntaje Total	31	<u>46</u>	28.0800	42.3400	.000
Puntaje Salud Física	23	41	7.4200	13.4200	.000
Puntaje Total Salud Psicosocial	34	<u>48</u>	20.6600	28.9200	.000
Salud Emocional	37	<u>51</u>	7.4000	10.2000	.001
Función Social	19,7	39	3.9400	7.8200	.000
Función Escolar	<u>46,6</u>	<u>54</u>	9.3200	13.4200	*.053

\*p=.05

Tal como se observa en la tabla 10, los adolescentes con TDAH, no perciben que este afectada su calidad de vida, sobre saliendo en la función escolar con un 46,6% en relación a los otros dominios. En comparación con percepción de los padres que si presenta un problema y que está en riesgo en su calidad de vida en lo que los dominios de la, función escolar, y emocional con un 54 y 51% respectivamente, esto nos muestra que es estadísticamente significativo de la presencia de un problema a su calidad de vida de acuerdo a la percepción de los padres. En la prueba t student fue significativo en los dominios salud emocional con una p=.001, y función escolar con una p=0.5.

**Tabla 11 Comparación sobre la percepción de la calidad de vida en adolescentes con TDAH con comorbilidad con Trastorno negativista desafiante y padres ó cuidadores.**

Dominios	Promedio Adolescentes *TDAH + **TND	Promedio Padres	Adol.TDAH+TND Media	TDAH/sin comorbilidad con TND Media	Prueba T Sig.(bilateral)
Puntaje Total	31	<u>45</u>	28.6316	27.7419	.820
Puntaje Salud Física	23	41	7.5789	7.3226	.866
Puntaje Salud Psicosocial	35	<u>47</u>	21.0526	20.4194	.814
Salud Emocional	39	<u>53</u>	7.8947	7.0968	.489
Función Social	19	36	3.7895	4.0323	.829
Función Escolar	<u>47</u>	<u>53</u>	9.3684	9.2903	.951

\*TDAH; Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, \*\*TND; Trastorno negativista desafiante. n=19 Adolescentes con TDAH + comorbilidad con TND. n= 31 adolescente con TDAH sin comorbilidad con TND, n=19 padres o cuidadores.

Tal como se observa en la tabla 11 nos muestra que los adolescentes con TDAH con comórbidos con TND perciben problemas relacionados con su calidad de vida predominando en los dominios de la función escolar con 47%, en relación con los padres que su percepción es mayor en relación a la calidad de vida que se encuentra afectada en los diferentes dominios. En relación a las medias de adolescentes con y sin comorbilidad se observó que no hubo diferencia significativa en las medias con 28.6316 y 27.7419 respectivamente en el puntaje total.

**Tabla 12 Comparación de la calidad de vida en adolescentes con TDAH subtipo mixto y padres ó cuidadores.**

Dominios	Promedio	Promedio
	Adolescentes TDAH Mixto	Padres ó cuidadores
Puntaje total	30	<u>47</u>
Puntaje salud física	25	45
Puntaje Salud Psicosocial	32	49
Salud emocional	35	<u>52</u>
función social	19	39
Función Escolar	<u>43</u>	<u>56</u>

\*n=36 adolescentes con TDAH Subtipo Mixto, \*\*n=36 padres ó cuidadores.

En la tabla 12 se observa que los adolescentes con TDAH del subtipo Mixto en relación a su calidad de vida se encuentra más afectado en el dominio escolar, en comparación con sus padres ó cuidadores que su percepción en la calidad de vida se encuentra afectada principalmente en los dominios de Salud emocional y función escolar.

## **XI. DISCUSIÓN**

El objetivo de esta investigación fue evaluar por medio del Inventario de Calidad de Vida Pediátrico PedQL TM, la calidad de vida relacionada con la salud, o que se encuentra comprometida en los adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, desde la percepción de los mismos adolescentes y sus padres o tutores.

En relación a los resultados obtenido de una muestra de 50 adolescentes con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad se observo una puntuación significativamente más bajo

en el dominio psicosocial ( emocional, social, escolar) solo con un 31%, en comparación con la percepción de los padres que fue mayor con un 48%. Este resultado concuerda con un estudio realizado donde observó que los auto-informes son considerados estándar para medir la percepción de CVRS, la percepción de los padres influye en la CVRS para solicitar asistencia sanitaria<sup>36</sup>.

Las correlaciones entre padres-adolescentes de las valoraciones de la percepción de la calidad de vida de los adolescentes con TDAH, los adolescentes reportaron presentar problemas en el dominio del funcionamiento escolar con un 46,6%, en comparación con los padres 54%. Los resultados obtenidos de los adolescentes con TDAH muestran que la percepción del mismo no se encuentra afectada en relación a su calidad de vida, en los dominios evaluados, en comparación con la percepción de los padres como se reporta en la literatura, o cuando se realiza comparación con otros grupos, de acuerdo a lo reportado en otros estudios donde se informó que los niños con TDAH de manera significativa presentaron un mejor funcionamiento físico en comparación con los niños con diagnóstico reciente de cáncer y niños con parálisis cerebral, y más bajo funcionamiento en el dominio del funcionamiento social, emocional y en el funcionamiento escolar. En relación a los resultados de adolescentes con TDAH más una comorbilidad no observó que no había diferencia en comparación de los adolescentes con TDAH sin comorbilidad con Trastorno Negativista desafiante<sup>28</sup>.

De acuerdo a lo reportado en un estudio realizado en niños con trastorno mentales presentaron una peor CVRS en varios dominios en comparación a aquellos sin el trastorno mental o físico. Los padres con niños con un trastorno mental (TDM, TC, TDAH) percibieron que los problemas de salud mental interfieren significativamente en la calidad de vida de sus hijos. Los pacientes con TC y TDAH se identificaron con más problemas de comportamiento y con menores problemas emocionales<sup>25</sup>. Los padres son los que perciben que existe un problema cuando se presenta una enfermedad física o mental que puede afectar la calidad de vida en sus hijos, de acuerdo a lo observado en el presente estudio con adolescentes con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

De acuerdo a los resultados obtenidos donde los adolescentes en relación a que este afectada su calidad de vida, ya mencionado en estudio realizado en adolescentes varones entre 11 y 18 años de edad, donde presentan un pobre sentido de sí mismo y de su

incapacidad para atender a las señales sociales y su medio ambiente, lo que indica que los adolescentes tienen un déficit en el funcionamiento social <sup>26</sup>. En relación a los dominios de la salud física donde la percepción del adolescente fue menor con un 23%, concordante a los hallazgos que se menciona en estudio realizado menciona que en los niños con TDAH principalmente en las puntuaciones del dominio de la función física y psicosocial fueron significativamente menores <sup>27</sup>.

Otros autores mencionan que los niños con TDAH de su percepción suele ser menos negativa, desde la perspectiva de uno de sus padres que reportaron que el TDAH compromete la calidad de vida. Esto concuerda con lo obtenido en nuestro estudio donde los padres o tutores reportaron una peor calidad de vida en los adolescentes en los dominios de la función escolar y social<sup>24</sup>. La percepción de los adolescentes con TDAH, en correlación con los padres de los adolescentes con TDAH de predominio mixto en general concuerda en los dominios más afectados. La falta de correlación entre el reporte de los adolescentes y sus padres podrían explicarse que los padres al contestar, refieren aspectos del funcionamiento de sus hijos que para el adolescente en sí no son importantes <sup>35</sup>. La existencia de diferencia en la percepción de los adolescentes y los padres o tutores se observó en el presente estudio donde los adolescentes reportaron solo problema en el dominio escolar, a pesar de presentar una comorbilidad.

## **XII. CONCLUSIONES:**

Las dimensiones más destacadas del desarrollo del adolescente se dan en el plano intelectual, sexual, social y en la elaboración de la identidad. La relación al trastorno por déficit de atención con hiperactividad representa una importante causa de morbilidad en la población clínicas de adolescentes, por lo que se ha estudiado en diferentes ámbitos, en este estudio consistió en evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, utilizando un Instrumento pediátrico reconocido y estandarizado, para población mexicana entre 13 y 18 años de edad. Al medir la CVRS en los adolescentes la relevancia de considerar estos dominios (físico, emocional, social, escolar) como parte fundamental para la valoración antes y después de iniciar con su tratamiento multimodal. Respecto a la percepción de los padres que en su mayoría fueron las madres los resultados son discordantes ya que se observó diferencias en algunos de los dominios en relación a la percepción de los adolescentes.

Con una correlación significativa en el dominio del funcionamiento escolar donde se observó un mayor problema. Si observamos nuestros resultados con otros investigadores tendremos mucha semejanza, con por ejemplo las diferencias estadísticamente significativas entre niños y proxy en el dominio de la salud psicosocial, en relación a la existencia de cierta diferencia de la percepción de la enfermedad por los padres en su relación con la calidad de vida específicamente. Es importante mencionar que la calidad de vida se encuentra comprometida cuando se presenta un problema de salud mental desde la perspectiva de uno de los padres. Es importante que la evaluación no solo este a cargo del médico especialista si no que sea en conjunto con los pacientes mismos y padres o tutores, para realizar con mayor eficacia las intervenciones en relación al tratamiento. Los resultados de este trabajo de investigación nos proporciona un panorama de la importancia de la evaluación de la CVRS, por lo que se sugieren que el monitoreo de salud de la población puede identificar problemas relacionado con la Calidad de Vida en estos pacientes con TDAH, su percepción respecto a la forma en que se sienten física y emocionalmente, la manera en que se relacionan con sus pares, sus padres, sus compañeros y autoridades de la escuela permite reconocer y comprender mejor su “mundo interno”, así mismo integrarlos para su percepción de sí mismo, y de sus padres ó cuidadores. Medir la CVRS es de gran importancia para desarrollar estrategias y planes en salud mental para mejorar la calidad de vida de este grupo etario.

#### **Limitaciones del estudio:**

- Una limitación importante del presente estudio fue el número reducido de la muestra, así como la falta de grupo control, ya que no se puede contribuir el deterioro de la calidad de vida específicamente al TDAH.
- Fue una investigación abierta en un primer abordaje para determinar si los adolescentes con TDAH presenta un deterioro en su calidad de vida, de acuerdo a su percepción de sí mismo.
- Será de gran importancia en futuras investigación realizar comparaciones con grupo control, debido a que el instrumento es sensible para los padres que mencionan que

existe un problema en relación a su calidad de vida, en relación a los adolescentes que no percibe que este afectada, ya que existe una discrepancia entre los padres ó cuidadores y los adolescentes, para realizar instrumentos específicos para nuestra población.

- Los adolescentes con TDAH, refirieron que anteriormente se encontraba medicados durante la infancia, suspendiendo el tratamiento, sin una especificación, por lo que sugiere que haya influido al contestar el Inventario psicométrico de calidad de vida pediátrico de acuerdo a su percepción de tener un problema en su CV.

### **XIII Referencias Bibliográficas:**

1. Eiser C, Morse R. Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technol Assess.* 2001 ;( 4):1-157.
2. Bastiaansen D, Koot HM, Ferdinand RF. Quality of Life in Children With Psychiatric Disorders: Self-, Parent, and Clinician Report. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004; 43(2):221-30.
3. Rudnick A. The Impact of Coping on the Relation between Symptoms and Quality of Life in Schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes.* 2001; 64 (4):304-308.
4. Danckaerts M, Sonuga-Barke EJS, Banaschewski T, Buitelaar J, Döpfner M, Hollis CH, Santosh P, et al. The Quality of Life of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Related Disorders: A Systematic Review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2010; 19:83-103.
5. Bagwell C, Molina B.G, Pelham, W.E, Hoza B. Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: Predictions from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2001; 40, 1285-1292.
6. Holmberg K, Hjern A. Bullying and attention-deficit- hyperactivity disorder in 10-year-olds in a Swedish community. *Dev Med Child Neurol.* 2008 Feb; 50(2):134-8.

7. Kellison I, Bussing R, Bell L, Garvan C. Assessment of stigma associated with attention-deficit hyperactivity disorder: psychometric evaluation of the ADHD stigma questionnaire. *Psychiatry Research*. 2010 Jul 30; 178(2):363-9.
8. Klassen AF, Miller A, Fine S. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2004; 114(5):e541-7.
9. Rice F. Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital. México: *Prentice Hall*; 1997.
10. Rew Lynn. Adolescent Health. A multidisciplinary approach to theory research, and intervention. London: *SAGE Publications*; 2005.
11. Shutt-Aine J, Maddaleno M. Salud Sexual y desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington DC: *Organización Panamericana de la Salud*; 2003.
12. Krauskopof D. El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescente y Salud*. 1990; 1(2):23-31
13. Calero J. Del Rey, Alegre E. El tratamiento y la calidad de vida: En Calero J. Del Rey, Herruzo R, Rodríguez F, editores. *Fundamentos de Epidemiología Clínica*. Madrid: Síntesis. P. 153:166.
14. San Martín H. Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas. *Prensa Médica Mexicana*. México; 1992.
15. Newacheck Paul W, Halfon Neal. Prevalence and Impact of Disabling Chronic Conditions in Childhood. *American Journal of Public Health*. 1998; 88(4):610-617.
16. Schwartzmann L. Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales. *Ciencia y Enfermería*. 2003; IX (2): 9-21
17. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization: Ten years of the World Health Organization (Annexe I). (Geneva); 1958.

18. Ardila R. Calidad de Vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de psicología*.2003; 36:161-164.
19. Urzúa A, Méndez F, Acuña C, Astudillo J. Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Edad Preescolar. *Revista Chilena de Pediatría*. Marzo-Abril 2010; 81(2):129-138.
20. World Health Organization Quality of life Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). In J. Orley and W.Kuyken (Eds) *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. 1994.
21. Arias J, Garduño S. Concepto de calidad de vida en adolescente sano y enfermo. *Boletín Médico Hospital Infantil*.1998; 55(12): 707-711.
22. Coghill D. The impact of medications on quality of life in attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *CNS Drugs*. 2010; 1: 24(10):843-866.
23. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*. Junio-Agosto 2002; 44(4):349-361.
24. Vallejo J, Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 6ta ed. Barcelona España: *Masson*; 2006; pp. 828-83.
25. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. 4th ed. Washington DC: *Masson*;2001.
26. Valdivia M, Condeza M. Psiquiatría del adolescente, 2da ed. Chile: *Mediterráneo Editores*; 2006.
27. Ulloa RE, Arroyo E, Ávila JM, Cárdenas JA, Cruz E, Gómez D, et al. Algoritmo del tratamiento para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad d en niños y adolescentes. *Salud Mental*. Octubre 2005; 28(5):1-9.
28. Carrizosa J. Trastorno por déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. *Precop SCP CCAP*. Diciembre 2003: 28-42.

29. Ulloa RE., Fernández C, Gómez HD, Ramírez J, Reséndiz JC. Guías Clínicas Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. México; 2010.
30. Brown. Trastorno por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. México: *Masson*; 2003.
31. Pini E. Déficit de atención por Trastorno de Hiperactividad. [Tesis] Universidad Nacional Autónoma de México: Iztacala; 2003.
32. Sawyer M, Whaites L, Rey J, Hazell P, Graetz B, Baghurst P. Health-Related Quality of Life of Children and Adolescents With Mental Disorders. *Journal the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. May 2002; 41 (5):530-537.
33. Topolski TD, Edwards TC, Patrick DL, Varley P, Way ME, Buesching DP. Quality of life of adolescent males with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders*. Feb 2004; 7(3):163-173.
34. Pongwilairat K, Lauthrenoo O, Charnsil C, Witoonchart C. Quality of Life of Children with Attention-Deficit/Hyper Activity Disorder. *J Med Assoc Thai* 2005; 88(8):1062-1066.
35. Varni JW, Burwinkle TM. The PedsQL™ as a patient-reported outcome in children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a population-based study. *Health and Quality of Life Outcomes*. April 2006; 4(26):1-10.
36. Reinfjell T, Dizeit T, Veenstra M, & Vilkan A. Measuring health-related quality of life in young adolescents: Reliability and validity in the Norwegian version of the Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 (PedsQL) generic core scales. *Health and Quality of Life Outcomes* 2006; 4:61

37. Hakkaart-van Roijen L, Zwirs BW, Bouwmans C. Societal costs and quality of life of children suffering from attention deficient hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007; Aug; 16 (5):316-26.
38. Becker A, Roessner V, Breuer M, & Rothenberger A. Relationship between quality of life psychopathological profile: data from an observational study in children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011: 267-275.
39. Cardo E, Servera M, Llobera J. Estimation of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among the standard population on the island of Majorca. *Revista Neurología*. 2007; 44(1):10-14.
40. Barkley RA. Symptoms, diagnosis, prevalence and gender differences. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for diagnosis and treatment. Ed. London: The Guilford Press; 2006:77-121.
41. Escobar R, Soutullo CA, Hervas A, Gastaminza X. Worse. Quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*. 2005; (3): 116.
42. Villarruel MB; Gómez-Maqueo ME. Propiedades psicométricas del inventario de Calidad de Vida Pediátrico, Versión 4.0, en adolescentes mexicanos. *Psicología y Salud*. Enero-Junio 2010; 20 (1):5-12.
43. Varni JW, Seid M, Rode C. The PedsQL: Measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Med Care* 1999; 37(2):126-39.
44. Upton P, Eiser C, Cheung I, Hutchings HA, Jenney M, Maddocks A, Russel IT, Williams JG. Measurement properties of the UK-English version of the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQL) Generic Core Scales. *Health Qual Life Outcomes* 2005; 3:22
45. Varni JW, Burwinkle Tasha M, Seid Michael, Skarr Douglas. The PedsQL™ 4.0 as a Pediatric Population Health Measure: Feasibility, Reliability, and Validity. *Ambulatory Pediatrics* 2003; 3(6): 329-341.

46. Salek Sam. Compendium of Quality of Life instruments. Center for Socioeconomic Research- Cardiff University. *QoL News letter*. 2004; 33.
47. Sheehan D, Lecrubier Y, Harnett –Sheehan K. Reliability and validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997; 12:232-241.
48. Sheehan D, Lecrubier Y, Harnett –Sheehan K. The Mini- International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I): The development and validation of structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59 (supl 20): 22-33.

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

TM

**PedsQL**  
Cuestionario Sobre  
Calidad de Vida Pediátrica

Versión 4.0 – Español para México

REPORTE para ADOLESCENTES (edades 13-18)

**INSTRUCCIONES**

En la página siguiente hay una lista de cosas que pudieran ser un problema para tí. Por favor dínos cuánto problema ha sido ésto para tí en el MES PASADO (un mes). Por favor encierra en un círculo la respuesta:

- 0 si nunca es un problema
- 1 si casi nunca es un problema
- 2 si algunas veces es un problema
- 3 si con frecuencia es un problema
- 4 si casi siempre es un problema

No hay respuestas correctas o incorrectas.  
Si no entiendes una pregunta, por favor pide ayuda.

En el **MES PASADO (un mes)**, cuánto **problema** ha sido ésto para tí...

<b>SOBRE MI SALUD Y ACTIVIDADES</b> ( <i>problemas con...</i> )	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Se me hace difícil caminar más de una cuadra	0	1	2	3	4
2. Se me hace difícil correr	0	1	2	3	4
3. Se me hace difícil practicar deportes o hacer	0	1	2	3	4
4. Se me hace difícil levantar algo pesado	0	1	2	3	4
5. Se me hace difícil bañarme solo(a) en tina o regadera	0	1	2	3	4
6. Tengo dificultad para hacer quehaceres en la casa	0	1	2	3	4
7. Siento dolores	0	1	2	3	4
8. Me siento cansado(a)	0	1	2	3	4

<b>SOBRE MIS EMOCIONES</b> ( <i>problemas con...</i> )	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Me siento asustado(a) o con miedo	0	1	2	3	4
2. Me siento triste	0	1	2	3	4
3. Me siento enojado(a)	0	1	2	3	4
4. Tengo dificultad para dormir	0	1	2	3	4
5. Me preocupo por lo que me vaya a pasar	0	1	2	3	4

<b>COMO ME LLEVO CON LOS DEMAS</b> ( <i>problemas con...</i> )	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Tengo problemas para llevarme bien con otros adolescentes	0	1	2	3	4
2. No quieren ser mis amigos otros adolescentes	0	1	2	3	4
3. Se burlan de mí otros adolescentes	0	1	2	3	4
4. No puedo hacer cosas que otros adolescentes de mi edad pueden hacer	0	1	2	3	4
5. Se me hace difícil mantenerme físicamente igual que otros adolescentes de mi edad	0	1	2	3	4

<b>SOBRE LA ESCUELA</b> ( <i>problemas con...</i> )	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Se me hace difícil poner atención en clase	0	1	2	3	4
2. Se me olvidan las cosas	0	1	2	3	4
3. Se me hace difícil estar al corriente con las tareas y las actividades en las clases	0	1	2	3	4
4. Falto a la escuela por no sentirme bien	0	1	2	3	4
5. Falto a la escuela para ir al doctor o al hospital	0	1	2	3	4

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# PedsQL™

## Cuestionario Sobre Calidad de Vida Pediátrica

Versión 4.0 – Español para México

### REPORTE de PADRES para ADOLESCENTES (edades 13-18)

#### INSTRUCCIONES

En la página siguiente hay una lista de cosas que pudieran ser un problema para **su hijo(a) adolescente**. Por favor díganos **cuánto problema** ha sido esto para **su hijo(a) adolescente** en el **MES PASADO (un mes)**. Por favor encierre en un círculo la respuesta:

- 0 si **nunca** es un problema
- 1 si **casi nunca** es un problema
- 2 si **algunas veces** es un problema
- 3 si **con frecuencia** es un problema
- 4 si **casi siempre** es un problema

No hay respuestas correctas o incorrectas.  
Si Ud. no entiende una pregunta, por favor pida ayuda.

En el **MES PASADO (un mes)**, cuánto **problema** ha tenido su hijo(a) con ...

<b>FUNCIONAMIENTO FÍSICO (problemas con...)</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Con frecuencia</b>	<b>Casi siempre</b>
1. Caminar más de una cuadra	0	1	2	3	4
2. Correr	0	1	2	3	4
3. Participar en actividades deportivas o hacer ejercicio	0	1	2	3	4
4. Levantar algo pesado	0	1	2	3	4
5. Bañarse solo(a) en tina o regadera	0	1	2	3	4
6. Tener dificultad para hacer quehaceres en la	0	1	2	3	4
7. Tener dolores	0	1	2	3	4
8. Sentirse cansado(a)	0	1	2	3	4

<b>FUNCIONAMIENTO EMOCIONAL (problemas con...)</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Con frecuencia</b>	<b>Casi siempre</b>
1. Sentirse asustado(a) o con miedo	0	1	2	3	4
2. Sentirse triste	0	1	2	3	4
3. Sentirse enojado(a)	0	1	2	3	4
4. Tener dificultad para dormir	0	1	2	3	4
5. Preocuparse por lo que le vaya a pasar	0	1	2	3	4

<b>FUNCIONAMIENTO SOCIAL (problemas con...)</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Con frecuencia</b>	<b>Casi siempre</b>
1. Llevarse bien con otros adolescentes	0	1	2	3	4
2. No quieren ser sus amigos otros adolescentes	0	1	2	3	4
3. Otros adolescentes se burlan de él o ella	0	1	2	3	4
4. No poder hacer cosas que otros adolescentes de su edad pueden hacer	0	1	2	3	4
5. Poder mantenerse físicamente igual que otros adolescentes	0	1	2	3	4

<b>FUNCIONAMIENTO ESCOLAR (problemas con...)</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Con frecuencia</b>	<b>Casi siempre</b>
1. Poner atención en clase	0	1	2	3	4
2. Olvidar cosas	0	1	2	3	4
3. Estar al corriente con las tareas y las actividades en las clases	0	1	2	3	4
4. Faltar a la escuela porque no se siente bien	0	1	2	3	4
5. Faltar a la escuela para ir al doctor o al hospital	0	1	2	3	4

**HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL “DR. JUAN N NAVARRO”**

**DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Lugar \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_ FOLIO \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado.

**Calidad de Vida en Pacientes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad  
atendidos en una Institución de Alta Especialidad: Percepción del Adolescente y  
Padres**

Se me ha explicado sobre la participación del presente estudio el cual consistirá en responder con toda honestidad y claridad; el instrumento de Propiedades psicométricas del Inventario de Calidad de Vida Pediátrico, Versión 4. (PedsQL), así como datos socio-demográficos. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: El prestar un poco de mi tiempo para contestar las evaluaciones antes mencionadas. En el cual el investigador principal se ha comprometido, en responder cualquier pregunta y duda que se me plantee acerca de los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Entiendo que reservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que esto afecte la atención médica que recibo de la SSA (HPIJNN). El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del Padre o Tutor \_\_\_\_\_

Nombre del investigador: Miriam Galeana Valente \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_

**Asentimiento Informado**  
**Título de la Investigación**

**Calidad de Vida en Pacientes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad  
atendidos en una Institución de Alta Especialidad: Percepción del Adolescente y  
Padres**

Te invitamos a participar en un estudio de investigación en el que participaran 100 jóvenes de entre 13 a 18 años. A los cuales se les realizó el diagnóstico de TDAH, en el servicio de Urgencias, se realizara una valoración y quedara en tu expediente clínico.

La participación del presente estudio consistirá en responder con toda honestidad y claridad; el instrumento de Propiedades psicométricas del Inventario de Calidad de Vida Pediátrico, Versión 4. (PedsQL), así como datos sociodemográficos, además le daremos a uno de tus padres o tutor que consteste también el Instrumento PedsQL en la versión para padres. El investigador principal se ha comprometido, en responder cualquier pregunta y duda que se me plantee acerca de los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Entiendo que reservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que esto afecte la atención médica que recibo de la SSA (HPIJNN). El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

El prestar un poco de mi tiempo para contestar las evaluaciones antes mencionadas.

He leído esta información (o se me ha leído la información) y la entiendo por lo cual acepto participar en la investigación.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Carta de Aprobación del Comité de Investigación



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud  
y Hospitales de Alta Especialidad  
Servicios de Atención Psiquiátrica

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"



Oficio: DI/CI/806/0812  
Asunto: Aprobación  
México, D.F., a 27 agosto de 2012.

DRA. MIRIAM GALEANA VALENTE

**PRESENTE**

Por este medio le informamos que el proyecto de investigación titulado "*Calidad de vida en pacientes adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad atendidos en el hospital psiquiátrico infantil Dr. Juan N Navarro*", registrado en esta División de Investigación la clave IT2/18/0812, para obtener la diplomación en la Especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, ha sido **Aprobado**.

Se notifican las siguientes obligaciones que adquiere en calidad de tesista:

- Entregar una copia del presente a sus tutores, así como a la División de enseñanza.
- Entregar su primer informe semestral del desarrollo del estudio durante la primera semana del mes de Noviembre del año en curso con firma de sus tutores, así como de los productos derivados (presentaciones en congresos, etc.), y formato de registro de pacientes de su investigación.
- Entregar dos ejemplares del producto final de la tesis, uno para el área de investigación y otro como acervo para la biblioteca del hospital incluyendo los sellos de la biblioteca de la UNAM y del HPIDJNN.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**

  
Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo  
Presidenta de la Comisión de Investigación.

C.c.p Registro de productividad del HPIDJNN  
Archivo.

# Carta de Aprobación del Comité de Ética de Investigación



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud  
y Hospitales de Alta Especialidad  
Servicios de Atención Psiquiátrica

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"



No. de oficio: CEI/148  
Asunto: Dictamen de aprobación.

México D.F., a 26 de noviembre del 2012

**DRA. MIRIAM GALEANA VALENTE  
RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD EN  
PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA**

Comunico a usted que el Comité de Ética en Investigación, ha evaluado el protocolo titulado "*Calidad de vida en pacientes adolescentes con trastorno por déficit de la Atención con Hiperactividad atendidos en el hospital psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro"*", proyecto de tesis para obtener el diploma de la Especialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, con clave en el hospital IT2/18/0812, apareciendo como tutor el Dr. José Humberto Nicolini Sánchez, y como asesor la Dra. Alejandrina Inés Nogales Imaca.

El Comité de Ética en Investigación decide dar al protocolo el carácter de **aprobado**.

Tengo a bien recordarle que debe cumplir con la obligación de notificar a este comité sobre todo evento que reestructure las condiciones éticas del proyecto, de comunicar el inicio del reclutamiento y la finalización del estudio, y de entregar por escrito un informe final. Debe tener presente que los compromisos que usted ha adquirido con el hospital incluyen la imprescindible devolución de los resultados a los sujetos de estudio participantes en el protocolo.

Atentamente

**PSIC. VERÓNICA PÉREZ BARRÓN  
PRESIDENTE DEL COMITÉ  
DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN**

Cep. Dra. Dora María Pérez Ordaz - Directora del Hospital  
Dra. Araceli Granada Rojas - Jefe de la División de Enseñanza y Capacitación.  
L. E. O. Lucía Arvizu Bismarini - Secretaria de la Comisión de Investigación.  
Archivo del Comité de Ética en Investigación.



Av. San Buenaventura 86 Col Belisario Domínguez Del. Tlalpan C.P 14080 México DF  
5573-2855 5573-4866 5573-4844