



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**Facultad de Medicina**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**“IDENTIFICACIÓN CON PRUEBA DE ESCRUTINIO DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF N 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DRA. SANDOVAL IBARRA LUCIA**

**DIRECTOR DE TESIS**

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO**

Médico Familiar, Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública  
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud  
HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

**ASESOR METODOLÓGICO**

**DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO**

Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación  
Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar  
HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

**ASESOR CLÍNICO**

**DR. SÁNCHEZ PINEDA JORGE**

Médico Familiar adscrito al HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

**CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2019**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

# **“IDENTIFICACIÓN CON PRUEBA DE ESCRUTINIO DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN PACIENTES PEDIATRICOS QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF N 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

Autores: Dra. Sandoval Ibarra Lucia<sup>1</sup>, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto<sup>2</sup> Dr. Vilchis Chaparro Eduardo<sup>3</sup>, Dr. Sánchez Pineda Jorge<sup>4</sup>

1 Médico Residente de segundo año. Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

2 Médico Especialista en Medicina Familiar. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud. HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS

3 Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor Titular de la Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

4 Médico Especialista en Medicina Familiar. Adscrita al HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

## **OBJETIVO:**

Identificar con prueba de escrutinio la presencia de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8.

## **MATERIALES Y METODOS:**

Estudio transversal, descriptivo. Muestra: 31 pacientes, con intervalo de confianza 99%. Criterios de inclusión: Niños con edad entre 6 y 11 años, sin distinción de sexo, que acudan a urgencias y consulta externa pediatría. Instrumento de medición Prueba de Conners para padres versión abreviada con alfa de Cronbach de .90, así como diversas variables sociodemográficas.

**RESULTADOS:** Se estudio a 61 pacientes con edades entre 6 y 11 años en el HGZ/UMF N°8. La media de edad fue 8.34 con una desviación estándar de 2, con una moda de 6 años, un valor minino de 6 años y valor máximo de 11 años, frecuencia del TDAH 6.6%, con predominio en masculinos, traumatismos principal motivo de consulta, predominio de padres solteros con escolaridades entre primaria y preparatoria.

**CONCLUSIONES:** Se identifico con prueba de escrutinio la sospecha de TDAH en pacientes pediátricos, observándose mayormente en varones con traumatismos y atopias. Al lograr demostrar la presencia se hace hincapié en la importancia de su diagnóstico para prevenir comorbilidades futuras.

**PALABRAS CLAVE:** Trastorno, Déficit de atención, Hiperactividad, Escrutinio Comorbilidades.

**“IDENTIFICACIÓN CON PRUEBA DE ESCRUTINIO DEL  
TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E  
HIPERACTIVIDAD EN PACIENTES PEDIATRICOS QUE  
ACUDEN A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y  
CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF N 8  
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/ UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°8  
“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN INVESTIGACIÓN MEDICA**

**AUTORIZACIONES**

---

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA  
DIRECTOR DE H.G.Z / U.M.F N°8  
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN EN INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEL H.G.Z / U.M.F N°8“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
DEL H.G.Z / U.M.F N°8  
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**  
**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN EN INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
**DEL H.G.Z / U.M.F N°8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**  
**DIRECTOR DE TESIS**

---

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO**  
**PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**  
**DEL H.G.Z / U.M.F N°8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**  
**ASESOR METODOLOGICO DE TESIS**

---

**DR. JORGE SANCHEZ PINEDA**  
**ADSCRITO AL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR**  
**HGZ UMF N°8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**  
**ASESOR CLINICO**

## AGRADECIMIENTOS

“Hay una fuerza motriz más poderosa que el vapor, la electricidad y la energía atómica: la voluntad” Albert Einstein

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por que sin él nada puede ser.

Agradezco al Dr. Gilberto Espinoza Anrubio, al Dr. Eduardo Vilchis Chaparro, Al Dr. Jorge Sánchez Pineda y a la Dra. Norma Velia Ballesteros Solís por interesarse y confiar en mi propuesta de investigación, porque sin su apoyo no hubiera sido posible abordar y obtener los resultados y el análisis propuesto. Así como por la enseñanza que me han brindado, no solo en el ámbito científico si no también en el emocional, en estos tres años de residencia. Los reconozco como pilares humanos y excelentes maestros, cuyos perfiles científicos y sabiduría te recuerda que, por suerte, el conocimiento no se acaba nunca.

A mi familia que con su apoyo y amor han forjado en mi parte de lo que soy. A mi Ma porque siempre esta y yo siempre estaré, quien me ha enseñado que con esfuerzo y dedicación las cosas pasan, a mi Pa hombre sabio que me ha enseñado que el camino de la rectitud y justicia es el único. A ambos no tengo como agradecerles por darme todo, por estar siempre a mi lado amándome. A mis hermanos por creer en mí y darme su apoyo.

A mi compañero que me ha dado su amor, tolerancia y apoyo, quien camina a mi lado para construir juntos el presente y futuro anhelado, que ha sabido apreciar la importancia del conocimiento, así como comprender el extenso tiempo dedicado a la residencia.

A mis amigos que hicieron que la residencia se convirtiera en mi segunda familia.

A Mary por ser un excelente ser humano, a quien considero familia, quien estuvo para mí en momentos muy difíciles. Gracias.

A todos aquellos que me aprecian.

Gracias.

Lucia Sandoval Ibarra

## ÍNDICE

<b>TEMA</b>	<b>PÁGINA</b>
1.Marco teórico	8
2.Justificación	17
3.Planteamiento del problema	18
4.Objetivos	19
5.Hipotesis	20
6.Material y métodos	21
7.Diseño de la investigación	22
8. Ubicación temporal y espacial de la población	23
9.Muestra	24
10.Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	25
11.Variables	26
12.Diseño estadístico	30
13.Instrumento de recolección	31
14.Metodo de recolección	33
15.Maniobras para evitar y controlar sesgos	34
16.Cronogramas de actividades	35
17.Recursos humanos, físicos y financiamiento del estudio	37
18.Consideraciones éticas	38
19. Resultados	39
20.Tablas y graficas	42
21.Discusion	64
22.Conclusiones	69
23.Bibliografia	70
24. Anexos	75

## 1.MARCO TEÓRICO

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos mentales del neurodesarrollo más frecuentes de la consulta psiquiátrica infantil, que se caracteriza por las siguientes manifestaciones cardinales según el DSMV: inatención, hiperactividad e impulsividad en niveles excesivos. Se clasifica en tres subtipos como son la presentación inatenta, hiperactividad con impulsividad y la combinación de ambos. Es una patología crónica y permanente que tiene comienzo en la infancia. Se manifiesta cuando existen situaciones que exigen inhibición o control de impulsos, afectando el proceso de socialización y cognición del individuo. Durante la adolescencia los síntomas que caracterizan a este trastorno pierden intensidad, principalmente en los síntomas de hiperactividad. Este trastorno se ve complicado por la frecuente asociación con otros trastornos psiquiátricos que medran aún más la calidad de vida del paciente, como son los trastornos del afecto. Trastorno que produce un grave deterioro en el funcionamiento psicosocial o afectivo del paciente, así como su desempeño académico. <sup>(1)</sup>

### **Epidemiología**

De acuerdo con el DSMV el TDAH se define como un patrón de conductas persistentes de inatención y/o hiperactividad-impulsividad su prevalencia mundial varía entre el 5.01%-5.5%. Es la enfermedad más común en la infancia y la adolescencia. Este trastorno afecta en mayor medida a hombres que a mujeres con una relación 3-4:1<sup>(2)</sup>

En otras literaturas encontramos que la prevalencia de este trastorno se estima entre el 5.4% en niños sin embargo es importante recalcar que esta varía de acuerdo con las características y muestra del estudio. Con respecto a la utilización de los servicios de salud se observó que los pacientes diagnosticados con este trastorno comparado con pacientes sin este trastorno visitan con mayor frecuencia al médico general o a su médico familiar, particularmente con comorbilidades psiquiátricas. Conforme aumenta la edad de estos pacientes también incrementan los diagnósticos de ansiedad y depresión. No existe una asociación significativa entre el nivel socioeconómico y la presentación de este trastorno. <sup>(3)</sup>

Estudios revelan que distintos factores provocan diferencias en la prevalencia de este trastorno como pueden ser la edad del rango de la muestra, la proporción de sexos, la elección del informante, el entorno cultural, el tipo de población y los criterios diagnósticos entonces así encontramos gran variabilidad de prevalencias que van del 1.6-26% a nivel mundial y en América Latina tenemos un rango de 5.7-26%, para el continente africano encontramos un prevalencia de 5.4-8.7%, el continente asiático 1.6-12.3%, y en Europa 3-8%. Así mismo en la variabilidad de la población también influye la edad, puesto que conlleva a una disminución de la presentación de los síntomas de acorde a la edad. <sup>(4)</sup>

En México el TDAH es una de las causas más frecuentes de consulta psiquiátrica infantil sin embargo los estudios de prevalencia están limitados a pequeños y específicos grupos. En un estudio realizado en la ciudad de Guadalajara marca la prevalencia de acuerdo con los subtipos de TDAH encontrando el subtipo combinado fue el más frecuente con el 37.4%, seguido del inatento con el 33.6% y el hiperactivo-impulsivo con el 29% <sup>(5)</sup>

Del total de los pacientes que acuden a los servicios de psico-psiquiatria en México se estima que 30% es debido a este trastorno. <sup>(6)</sup>

El INEGI nos revela que en nuestro país existen aproximadamente 42.5 millones de niños y adolescentes de los cuales se estima que 1.5 millones podría presentar TDAH. <sup>(7)</sup>

### **Factores de riesgo**

Los factores de riesgo más reconocidos son el tener padres con TDAH factor que se ha relacionado principalmente con este trastorno, género masculino, posteriormente encontramos factores perinatales como el bajo peso al nacer, la prematuridad, hipoxia, así como el abuso de sustancias durante la gestación como el alcohol y el cigarro. <sup>(8)</sup>

Otros factores que se relacionan, pero en menor cantidad son los factores psicosociales como el maltrato y la pobreza que podrían influir en el neurodesarrollo, exposición a toxinas como los organofosforados que se ha observado pueden causar alteraciones estructurales a nivel cerebral parecidas a las que presentan los pacientes con TDAH <sup>(9)</sup>.

## **Etiología**

Esta patología es de etiología multifactorial con mayor tendencia a la carga genética, así como neurológica. Existen estudios que muestran una fuerte contribución genética de hasta 76%, se considera que existe un mayor riesgo de presentación en los hijos. Es importante recalcar que este trastorno no tiene como causas los factores del comportamiento, sociales, ni de la educación es más bien de estrato neurobiológico y genéticos que cumplen un rol clave en su expresión. Otra probable etiología que se plantea en los estudios es la relación que se ha encontrado con madres fumadoras o alcohólicas durante el embarazo que se ha visto pueden afectar el neurodesarrollo del producto <sup>(10)</sup>.

## **Fisiopatología**

El TDAH es un trastorno caracterizado por la deficiencia de dopamina y noradrenalina. Dentro del factor genético de ha demostrado que genes que codifican para receptores del trasportador de dopamina (DAT1), receptores de dopamina (DRD2, DRD3, DRD4 y DRD 5) el trasportador de serotonina (5HTT), los receptores 1B y 2ª para serotonina, la enzima catecol-o-metil trasferasa (COMT) la enzima monoaminooxidaza (MAO) y la proteína asociada a sinaptosoma 25 pueden relacionarse con mayor susceptibilidad al trastorno. El DAT1 que es el gen que codifica para la dopamina el cual presenta mayor expresión a lo normal en la hendidura presináptica en ratones knockout con incremento en la actividad motora, con estudios de tomografía computarizada por emisión de positrones y fotones en afectados se observó mayor cantidad de DAT1 a nivel del núcleo estriado, es blanco del Metilfenidato que tiene por mecanismo de acción el bloqueo del más del 50% de los trasportadores de dopamina a nivel de la neurona presináptica. Encontrándose que en los portadores del genotipo existe una velocidad del procesamiento más baja, así como la capacidad de rastrear y diferenciar información visual lo que nos habla de la mala atención y mala memoria visual <sup>(11)</sup>

Dentro de la etiológica se habla de la ruptura de los procesos del control cognitivo, la función ejecutiva, la atención, la selección, y el esfuerzo que dependen de la integridad de los circuitos prefrontales. Tres estructuras subcorticales implicadas que son el núcleo caudado, el putamen y el globo pálido que son parte del circuito fronto-estriado-pálido-talámico que regula la conducta. Dentro de estos modelos neurocognitivos se hace diferencia entre las funciones ejecutivas frías y calientes, las primeras son los déficit neuropsicológicos que más frecuentemente se encuentran como la inhibición de la respuesta motora, atención sostenida, memoria de trabajo, planificación y flexibilidad cognitiva mediadas por la red fronto-estriatal, dorsolateral y frontoparietal; las funciones ejecutivas calientes implican incentivos y motivación mediadas por estructura paralímbica orbito-medial y fronto-límbica ventro-medial. <sup>(12)</sup>

Otra probable causa es la lesión traumática o infecciosa de las vías dopaminérgicas por diversos factores ambientales como son las que afectan la señalización catecolaminérgica por ejemplo con intoxicación con plomo, donde estudios revelan que las probabilidades de desarrollar TDAH se pueden incrementar hasta 8 veces cuando los niveles de plomo en la sangre rebasan los 10 microgramos por decilitro. (13)

Se ha observado que existe una relación con los niveles elevados de citosinas las cuales tienen un rol importante en el metabolismo del triptófano y de la dopamina, causando incremento de la norepinefrina y reducción de la dopamina como los que se pueden encontrar en el TDAH, esto explicaría por qué las infecciones en el periodo perinatal son consideradas un factor de riesgo para desarrollo de TDAH. (14)

### **Cuadro clínico**

Trastorno caracterizado por el inicio de los síntomas antes de los 12 años (DSMV) en la actualidad, ya que inicialmente se consideraba en menores de 7 años (edición DSMIV) con la presentación de inatención y la hiperactividad-impulsividad en más de dos ambientes por ejemplo el escolar, el familiar o el social, lo que puede causar un deterioro clínicamente significativo en su actividad laboral social y académica. (15)

Observándose una relación genética que contribuya a la posibilidad de que un padre presente el trastorno lo que podría complicar la dinámica familiar, puesto que los cuidadores recurren a los castigos que afectaría de manera negativa el desarrollo del trastorno. (16)

Este trastorno está caracterizado por impulsividad, falta de atención e hiperactividad, esto sugiere déficits en el control voluntario de la conducta, generalmente asociados a trastornos neurológicos en los circuitos fronto-estriatales, que son áreas fundamentales en el funcionamiento ejecutivo. Entonces se habla del déficit en la inhibición de respuestas que afecta al desarrollo de cuatro funciones ejecutivas, las cuales son las que el individuo usa para autorregularse y son: memoria de trabajo no verbal, memoria de trabajo verbal o habla internalizada, autocontrol de la activación, la motivación y el afecto y por último la reconstitución, como resultado de los déficits de estas funciones las personas con TDAH se caracterizan por dificultades para desarrollar conductas orientadas hacia un fin así como una reducida capacidad de persistencia, pobre control de la conducta y la activación emocional. (17)

Distracción, periodos de atención breve, la inquietud motora, la inestabilidad emocional y las conductas impulsivas son comportamientos característicos del TDAH. Cuestión que interfiere en su rendimiento académico, lo que los hace requerir de asesoramiento. Los pacientes con este trastorno mostraron en cuanto a habilidades motoras la dificultad en el alineamiento postural, posicionamiento torpe y asimétrico, lo que indica incremento en el esfuerzo postural con un incremento en el consumo de energía para poner atención que interfiere en la calidad de vida para desempeñar tareas familiares, académicas y rutinarias. <sup>(18)</sup>

Se encuentra relación estadísticamente significativa entre el TDAH y las dificultades en el lenguaje expresivo, lenguaje comprensivo y psicomotricidad fina, así como en la adquisición de habilidades básicas de alfabetización que son precursoras evolutivas a las formas convencionales de lectura y escritura que son fuertes predictores del rendimiento académico. <sup>(19)</sup>

Varios estudios han demostrado que el tener un paciente con TDAH genera un impacto negativo no solo en lo personal si no también en el núcleo familiar, provocando relaciones disruptivas, así como la separación y divorcio de los padres lo que puede contribuir en la aparición de las comorbilidades del trastorno. <sup>(20)</sup>

### **Comorbilidades**

De manera general dentro de las comorbilidades que encontramos en los pacientes con este trastorno se encuentran los trastornos disruptivos de la conducta, (trastorno negativista desafiante, trastorno disocial) trastornos emocionales (ansiedad, la depresión) trastorno específico del aprendizaje (dislexia, por ejemplo), el trastorno obsesivo compulsivo, Síndrome de Tourette y epilepsia. <sup>(21)</sup>

El riesgo de trauma y accidentes o abuso de sustancias que incrementa la posibilidad de acudir a los servicios de urgencias. También los estudios han demostrado la asociación significativa del TDAH con traumatismo durante la hora de jugar. <sup>(22)</sup>

Se relaciona el TDAH con el suicidio y la adicción secundario al aislamiento social, victimización y a la depresión en algunos de los casos con ideas suicidas. El trastorno bipolar se ha relacionado con una alta prevalencia de TDAH hasta el 85% a diferencia que del total del TDAH solo el 22% se ha relacionado con el trastorno bipolar. Los pacientes con este trastorno tienen mayor riesgo de ser violentados en algún momento en su vida. <sup>(23)</sup>

En cuanto a lo económico la relación de TDAH y trauma tiene un impacto importante al incrementar el ausentismo laboral y disminuir los años de vida económicamente activa. <sup>(24)</sup>

## **Clasificación**

El DSMV nos habla de un tipo combinado, inatención-hiperactividad; el de predominio hiperactivo y menor inatención; y el subtipo inatento.

## **Diagnostico**

El diagnóstico se realiza basándose en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V). Este diagnóstico es fundamentalmente clínico, se realiza entrevistando al paciente, a sus padres o cuidadores y mediante información de terceros en cuyo caso particularmente se hace referencia a los maestros. Se rige bajo 5 criterios enlistando 18 síntomas o conductas del TDAH los cuales constituyen el criterio A; la edad de aparición es a partir de los 6 hasta los 12 años criterio B; el ámbito social en el que se presenta es el criterio C; la afectación del funcionamiento en dicho ámbito es el criterio D y como criterio E se excluyen otras causas que expliquen los síntomas o comportamiento. Es importante observar que de la edición del DSM-IV al V lo único que varía es el criterio B pues anteriormente se tenía como edad de diagnóstico a los 7 años. Para realizar el diagnóstico se deben tener al menos seis de los nueve síntomas de cada dominio o una combinación de ambos por al menos 6 meses. <sup>(25)</sup>

Para su identificación podremos usar la prueba de Conners en niños de 6-11 años, que es una herramienta de investigación y clínica para obtener informes de los padres sobre el comportamiento infantil, que podemos utilizar en la atención primaria y también especializada. Aunque en un inicio se desarrolló para evaluar la respuesta al tratamiento farmacológico, su uso se ha extendido para la evaluación anterior al tratamiento, es decir para identificar a los pacientes con TDAH. Tiene un Alfa de Cronbach de .90. Esta escala cuenta con dos versiones la original y la abreviada. En la guía de práctica clínica se muestra el instrumento abreviado que consta de 10 preguntas que se contestarán como nada, poco, bastante y mucho, se sumara la puntuación. Los niños con una puntuación mayor a 16 serán sospechosos de TDAH mientras que las niñas deberán cumplir con mínimo 12 puntos para ser sospechosas. <sup>(26)</sup>

## Tratamiento

El tratamiento que presenta una mayor evidencia de mejores resultados es la terapia combinada, esto es psicofármacos junto con medidas psicosociales. <sup>(27)</sup>

Los fármacos estimulantes mejoran no solo los síntomas y el deterioro asociado al comportamiento, también problemas concomitantes como irritabilidad, cambios de humor, baja autoestima, problemas cognitivos y el funcionamiento familiar. Estos fármacos tienen una estructura similar a las catecolaminas como la dopamina por lo tanto eleva el nivel de alerta y la actividad del sistema nervioso central, son medicamentos lipofílicos y se absorben vía gastrointestinal. La vida media de eliminación del Metilfenidato es de tres a seis horas, su efecto terapéutico se nota a los 30-60 min de su administración, este medicamento se metaboliza en el hígado a ácido ritalinico metabolito inactivo que se elimina totalmente de 12-24 horas. Actúa aumentando la liberación de dopamina y noradrenalina en el espacio intersináptico bloqueando el transporte y la recaptura de estas. El 60-75% de los pacientes responden de manera favorable puesto que además de mejorar la hiperactividad, la inatención y la impulsividad también mejora las funciones sociales y cognitiva. Entonces por sus múltiples beneficios los medicamentos estimulantes son la primera línea de tratamiento. El metilfenidato se usa a una dosis de 0.6-1mg/kg/día sin exceder los 72mg/día. Se puede usar el Metilfenidato de liberación corta en pacientes con peso bajo para la edad y el de liberación prolongada debido a que favorece la adherencia terapéutica. <sup>(28)</sup>

Otros medicamentos de uso en este trastorno son los no estimulantes como la Atomoxetina a dosis de 0.5mg/kg/día de una a tres semanas y luego de 1.2 a 1.8mg/día, este medicamento es un inhibidor presináptico de la recaptura de noradrenalina, multiplicando así su concentración y la de dopamina en la corteza prefrontal, área responsable de la concentración, atención, memoria, juicio, control de impulsos y autocontrol. Es el medicamento de segunda opción en el tratamiento de TDAH. Se recomienda para pacientes con predominio inatento, cuando presentan alteraciones del sueño, síntomas de ansiedad, enuresis, tics o Síndrome de Tourette. <sup>(29)</sup>

Se estudio comparativamente a la Atomoxetina contra el Metilfenidato y se encontró que ambos medicamentos mostraron una eficacia comparable en el tratamiento de pacientes pediátricos con TDAH, pero si comparan el sistema de liberación oral que presenta el Metilfenidato en comparación con la Atomoxetina es más efectiva motivo por el cual es el tratamiento de elección en este trastorno. <sup>(30)</sup>

El metilfenidato mejora la memoria de trabajo de los pacientes con TDAH <sup>(31)</sup>

Parte importante del tratamiento es que las personas cercanas al paciente, incluidos sus maestros tengan conocimiento de este trastorno, existen estudios en los que se revela que no hay el conocimiento para una debida sospecha e identificación de la enfermedad, lo cual sumado a no tener claro el componente biológico causante se desconoce o niega la necesidad del tratamiento farmacológico, el cual es pilar fundamental en estos pacientes. <sup>(32)</sup>

En cuanto a las intervenciones psicosociales, la primera elección para el tratamiento de los problemas de conducta en edades tempranas es la psicoeducación de los padres y de los pacientes. Basándose en que gran parte de la conducta del niño se genera en el hogar con las interacciones desadaptativas con los padres, por lo tanto, se busca modificar la conducta de los padres para potenciar la conducta social y disminuir las conductas desadaptativas. Dirigiéndose no solo al paciente sino a todo el entorno familiar, aportando información de la enfermedad para así desarrollar formas más efectivas de afrontamiento de problemas emocionales, conductuales y cognitivos asociados al trastorno. <sup>(33)</sup>

La terapia conductual es el tratamiento no farmacológico más eficaz. Este tipo de intervenciones deben iniciarse desde el momento de diagnóstico. <sup>(34)</sup>

### **Antecedentes**

En 2004 Gómez Quiñonez y colaboradores utilizaron la escala de Conners versión para padres en un grupo de 34 niños y niñas en edad escolar entre 6 y 12 años y con retraso mental leve, para demostrar la utilidad en el diagnóstico de TDAH, obteniendo que la muestra presenta una buena sensibilidad (89.5%) y alta especificidad (80%) en la identificación de este trastorno. <sup>(35)</sup>

El siguiente estudio “Identificación por padres y maestros de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad” realizado en el Hospital Civil Fray Antonio alcalde en Guadalajara utilizando la prueba de Conners para padres, se observó que los niños presentaron mayores puntajes en dicha prueba siendo positivos o sospechosos en más ocasiones. <sup>(36)</sup>

Del Gordo D Amanto y cols. realizaron un estudio en Málaga España en niños de entre 6-12 años en el área de urgencias una clínica de la localidad de Santa Marta. Se otorgo el instrumento de escrutinio que fue llenado por los padres y luego de sistematizados los datos se manifestó que el 6.5% menciona que sus hijos cuentan con alguna característica de hiperactividad o inatención. De este porcentaje se demostró que la mayoría de los pacientes identificados eran del sexo masculino, que se encontraban en edades avanzadas, lo que coincide con que los grados de escolaridad también eran avanzados correspondientes al nivel de secundaria o últimos de primaria, otro resultado es que la mayoría de estos pacientes pertenecían a escolaridad tipo pública. <sup>(37)</sup>

Pineda D et al en un estudio realizado en Colombia en 1999 intentaron estimar la frecuencia y la prevalencia del TDAH en un población escolar y preescolar, además de analizar la influencia de las variables de género, edad y estado socioeconómico en el trastorno. Se obtuvo una muestra de 540 niños, utilizaron dos grupos de géneros, tres de edades (4-5, 6-11 y de 12 a 17 años) y utilizaron la escala de síntomas del DSM-IV, concluyendo que las variables sociodemográficas son correlatos significativos del diagnóstico, se obtuvo una frecuencia y una prevalencia más alta de la lo que generalmente se informa, así como se demostró que la frecuencia es más elevada en niños que en niñas.<sup>(38)</sup>

No se encuentra evidencia en México de un estudio con la utilización de la prueba de Conners versión abreviada para padres para la identificación del TDAH, se encuentran estudios parecidos pero con diferente instrumento, aun cuando la Guía de práctica clínica recomienda su uso para evaluar dentro del IMSS la presencia de este trastorno, por lo que es importante su aplicación en el primer nivel para mejorar la calidad de la atención, el diagnóstico oportuno y así la disminución de comorbilidades en beneficio del paciente y la institución.

## 2.JUSTIFICACION

Esta patología es considerada como un problema de Salud Pública afectando el desarrollo y la calidad de vida de las personas. Se estima que el 30% de la población pediátrica que acude a los servicios de salud mental son diagnosticados con TDAH.

Contrario a lo que se creía anteriormente esta enfermedad es crónica, conforme avanza la edad presenta una disminución de la intensidad de los síntomas, sin desaparecer en su totalidad. Por lo tanto, los pacientes que no son identificados en la edad pediátrica tienen mayor predisposición de llegar a la adultez presentando comorbilidades que afectaran su calidad de la vida repercutiendo en la administración de los recursos, con un aumento en el costo de los servicios de salud.

Es importante identificar y conocer la enfermedad puesto que el desconocimiento es el principio del problema. En nuestro país se está iniciando el crecimiento de la cultura psiquiátrica, actualmente el medico familiar obtiene competencias dentro del área psiquiátrica lo que permite realizar los diagnósticos oportunos y tratamiento en edades tempranas incrementando la calidad de vida de estos pacientes al disminuir las comorbilidades que se pueden presentar en la edad adulta.

Identificar a los pacientes de forma inicial concientizando a los padres de la necesidad de un tratamiento oportuno permitirá disminuir la sintomatología en la edad adulta, permitiendo una mayor calidad de vida.

### **3.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el DSMV, la prevalencia mundial del TDAH es del 5%; en México no se tiene una cifra precisa, se estima que afecta a un millón y medio de niños. Considerándose un problema de Salud Pública presentando alteraciones cognoscitivas, conductuales, emocionales y sociales que repercutirán en el comportamiento global de la persona que lo padece.

**¿Cuál es la frecuencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8?**

#### **4.OBJETIVO**

Identificar con prueba de escrutinio la presencia de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del Hospital General de Zona con UMF N°8.

## **5.HIPOTESIS**

Las hipótesis en este estudio se realizaron por motivos de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no requieren el desarrollo de estas. Basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis

Hipótesis Nula  $H_0$ :

Los pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 a quienes se les aplicó la prueba de escrutinio no mostraron TDAH.

Hipótesis Alterna  $H_1$ :

Los pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 a quienes se les aplicó la prueba de escrutinio mostraron TDAH.

## **6. MATERIALES Y METODOS**

Se incluyeron a los pacientes pediátricos en un rango de 6 a 11 años que asistieron a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” durante el periodo de recolección de muestra y que cumplieron con los criterios de inclusión. Previo consentimiento informado, se les aplicó el cuestionario de conducta de Connors para padres versión abreviada. Cuestionarios que fueron aportados por el Médico Residente, de acuerdo con la muestra total calculada, posteriormente se analizaron los resultados en el programa estadístico SPSS.

### **TIPO DE ESTUDIO**

Es un estudio descriptivo, trasversal, prospectivo, observacional.

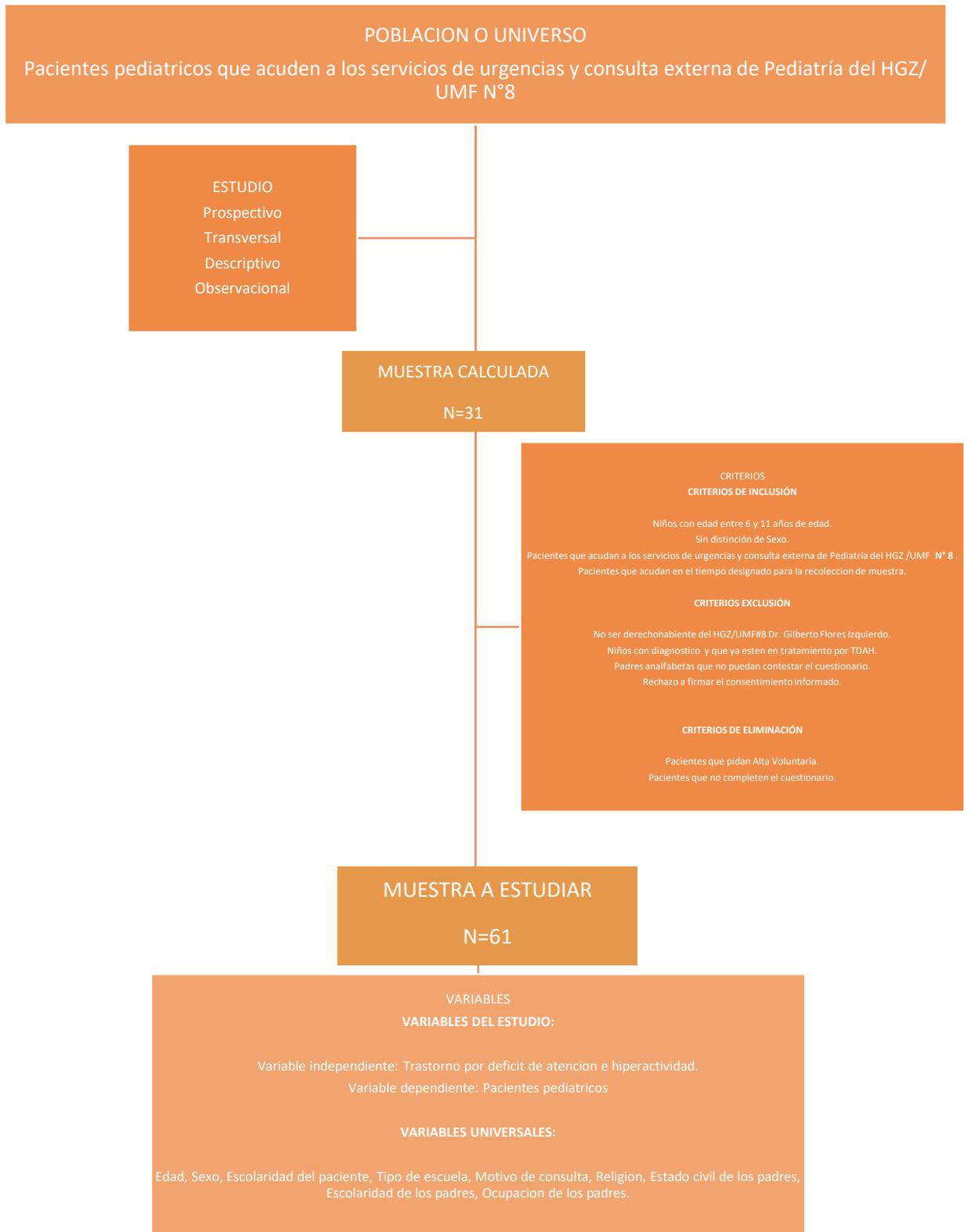
Transversal: según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio.

Descriptivo: según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados.

Observacional: de acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza.

Prospectivo: según el proceso de tiempo de ocurrencia de los hechos y los registros de la información.

## 7. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



ELABORÓ: DRA LUCÍA SANDOVAL IBARRA

## **8. UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN**

### **POBLACIÓN**

Este estudio se llevó a cabo en una población urbana derechohabiente de HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, en niños de 6 años a 11 años.

### **LUGAR**

La investigación se realizó en los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del IMSS en la Colonia Tizapán San Ángel, Delegación Álvaro Obregón.

### **TIEMPO**

En un periodo comprendido de 3 años de marzo 2017 a febrero del 2020.

## 9. MUESTRA

### TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica, para población finita, será de 31 pacientes con un intervalo de confianza de 99%. Con una proporción del 0.05. Con amplitud total del intervalo de confianza de 0.10.

### DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

n= Tamaño muestral

N= Tamaño de la población, número total de historias

Z= Prevalencia esperada del parámetro a evaluar

q= 1-p

i= Error que se prevé cometer.

$$n = Z^2 \frac{N \cdot p \cdot q}{i^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

## **10.CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- ❖ Niños con edad entre 6 y 11 años.
- ❖ Sin distinción de Sexo.
- ❖ Pacientes que acudieron a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.
- ❖ Pacientes que acudieron a los servicios en el tiempo designado para la recolección de muestra.

### **CRITERIOS EXCLUSIÓN**

- ❖ No ser derechohabiente del HGZ/UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.
- ❖ Niños con diagnóstico y que ya estén en tratamiento por TDAH.
- ❖ Padres analfabetos que no puedan contestar el cuestionario.
- ❖ Rechazo a firmar el consentimiento informado.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- ❖ Pacientes que pidan Alta Voluntaria.
- ❖ Pacientes que no completen el cuestionario.

## 11. VARIABLES

### VARIABLES DEL ESTUDIO:

Variable independiente: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Variable dependiente: Pacientes pediátricos

### VARIABLES UNIVERSALES:

- Edad
- Sexo
- Escolaridad del paciente
- Tipo de escuela
- Motivo de consulta
- Religión
- Estado civil de los padres
- Escolaridad de los padres
- Ocupación de los padres

### VARIABLES DEL INSTRUMENTO

- Prueba de Conners abreviada para padres.
  - Con sospecha a TDAH
  - Sin sospecha a TDAH

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

### DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN DE ESTUDIO

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL
Trastorno por déficit y atención e hiperactividad	Trastorno de la conducta que se caracteriza por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que es más grave que lo observado habitualmente en los sujetos de un nivel de desarrollo similar. Deberá cumplir con los criterios signados en el DSM-V con duración de 6 meses como mínimo y que se presente en dos o más ambientes. (Anexo)
Pacientes pediátricos	Personas desde el momento de su nacimiento hasta la adolescencia.

Elaboró: Dra. Sandoval Ibarra Lucia

### DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES UNIVERSALES:

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL
Edad	Tiempo que ha vivido un individuo a partir de su nacimiento
Sexo	Género al que pertenece un individuo.
Edad en rangos	Conjunto de niveles en que se puede dividir la edad.
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.
Tipo de escuela	Acorde a si es proporcionada por el gobierno o por una institución privada.
Motivo de consulta	Causa por la que acude el paciente a recibir atención médica.
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor a ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto
Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.
Ocupación	Acción y efecto de ocupar u ocuparse, respecto a trabajo si están empleados o no.

Elaboró: Dra. Sandoval Ibarra Lucia

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES UNIVERSALES

<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Valores de Medición</b>
Edad	Cuantitativa	Continua	Años
Edad en rangos	Cuantitativa	Continua	1. 6-8 años 2. 9-11 años
Sexo	Cualitativa	Nominal	3. Femenino 4. Masculino
Escolaridad de los pacientes	Cualitativa	Nominal	1. Primaria 1. Secundaria
Tipo de escuela	Cualitativa	Nominal	1. Gobierno 2. Paga
Motivo de consulta	Cualitativa	Nominal	1. Enfermedad respiratoria 2. Enfermedad gastrointestinal 3. Traumatismo 4. Enfermedad del tracto urinario 5. Enfermedad del sistema nervioso
Religión	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Estado civil de los padres	Cualitativa	Nominal	1. Solteros 2. Casado/ Unión libre 3. Divorciado / separado 4. Viudo
Escolaridad de los padres	Cualitativa	Nominal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria/Bachillerato 4. Licenciatura 5. Posgrado
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1. Empleado 2. Desempleado
Elaboró: Dra. Sandoval Ibarra Lucia			

## VARIABLES DEL INSTRUMENTO

<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Valores de Medición</b>
Prueba de Conners para padres versión abreviada	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Con sospecha a TDAH con puntuación mayor igual a 12 en niñas y mayor igual a 16 en niños.</li><li>2. Sin sospecha con puntuación menor igual a 11 en niñas y menor igual a 15 en niños</li></ol>

Elaboró: Dra. Sandoval Ibarra Lucia

## **12. DISEÑO ESTADÍSTICO**

Se llevo a cabo un análisis estadístico utilizando el programa SPSS 22 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de distribución de frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es de una población urbana, es representativa y se calculó a través de su prevaecía, la cual es 5%.

### 13. INSTRUMENTO DE RECOLECCION

Instrumento que evalúa conductas y emociones de los niños y adolescentes por medio de los informes de padres y maestros. Que se desarrolló en 1970 por C. Keith Conners para evaluar el cambio de comportamiento en los niños con TDAH cuando comenzaban con tratamiento farmacológico con estimulantes. Se realizó un estudio de validación para la versión para padres en México. Donde se identificaron nueve factores conducta, antisocial, ansioso-depresivo, problemas escolares, síntomas somáticos, obsesivo compulsivo, inmadurez, tensión muscular y alteraciones del lenguaje. Este instrumento se recomienda como tamizaje y para evaluación periódica de los pacientes con este trastorno. Tiene un alfa de Cronbach de .90.

La escala abreviada es contestada por los padres del paciente y consta de 10 preguntas con puntuación de nada que equivale a 0 puntos, poco 1 punto, bastante 2 puntos y mucho 3 puntos, se hace sumatoria de los puntos y se califica de la siguiente manera: en los niños entre los 6-11 años que obtengan una puntuación mayor a 16 y las niñas con puntuación mayor a 12 significa sospecha de Déficit de atención e hiperactividad. (anexo)

Instrucciones:

Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

Nada= 0 puntos

Poco =1 punto

Bastante= 2 puntos

Mucho= 3 puntos

Ítems

1. Es impulsivo o irritable
2. Es llorón/a
3. Es más movido de lo normal
4. No puede estarse quieto/a
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos)
6. No acaba las cosas que empieza
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños

Puntuación:

11. Con sospecha: Mayor igual a 12 en niñas y mayor igual a 16 en niños.

12. Sin sospecha: Menor igual a 11 en niñas y menor igual a 15 en niños.

#### **14. MÉTODO DE RECOLECCIÓN**

La recolección se llevó a cabo en el área de Urgencias y Consulta externa Pediatría del HGZ/UMF # 8 a los pacientes pediátricos de ambos sexos que cumplieron con los criterios de inclusión. Se llevo a cabo en el año 2018, se verifico que los pacientes sean derechohabientes y pertenezcan al HGZ/UMF N°8. Se procedió a la presentación del médico encuestador, se explicó de los beneficios que pudieran obtenerse con la investigación, se le invito a participar en el estudio y se firmó el consentimiento informado. Se procedió a la aplicación de la hoja de recolección de datos creada que contiene las variables sociodemográficas, así como el cuestionario de Connors abreviada, se otorgaron 10 min para contestar, se resolvieron dudas que surgieron para evitar sesgos. Se realizó la recolección y se hizo el escrutinio para los criterios de eliminación, se hizo una base de datos con la cual se procedió a la realización del análisis estadístico.

## **15. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS**

### **Control de sesgo de información:**

- Se realizó una revisión sistemática de la literatura con la mayor evidencia y de fuentes de información confiable de medicina basada en la evidencia.
- Las fuentes bibliográficas fueron artículos de máximo 5 años de antigüedad.
- Utilización para la búsqueda de artículos de fuentes de artículos indexados.
- La hoja de recolección de datos fue revisada por los asesores del estudio.

### **Control de sesgos de selección:**

- Se evaluaron cuidadosamente los criterios de inclusión, exclusión y eliminación y con base en estos se llevó a cabo la selección del grupo representativo.
- Se calculó el tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una población de 31 pacientes mínimo, con un intervalo de confianza de 99%.

### **Control de sesgos de medición:**

- Se utilizó el Cuestionario abreviado de Conners para Padres en los niños que acudieron a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

### **Control de sesgos de análisis:**

- Los resultados se analizaron mediante el programa SPSS que sirvió para la elaboración de tablas y gráficos, además se obtuvieron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de frecuencias y porcentajes.
- No se manipularon los resultados con la intención de lograr objetivos de conclusiones.

## 16. CRONOGRAMA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACIÓN NO. 3 SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8  
 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"  
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

**TÍTULO DEL PROYECTO: IDENTIFICACION CON PRUEBA DE ESCRUTINIO DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD EN PACIENTES PEDIATRICOS QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF N 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**  
 2017-2018

FECHA	MARZO 2017	ABRIL 2017	MAYO 2017	JUNIO 2017	JULIO 2017	AGOSTO 2017	SEPTIEMBRE 2017	OCTUBRE 2017	NOVIEMBRE 2017	DICIEMBRE 2017	ENERO 2018	FEBRERO 2018
Idea a estudiar	X											
Título		X										
Antecedentes			X									
Planteamiento del problema				X								
Justificación				X								
Objetivos					X							
Hipótesis					X							
Material y métodos						X						
Tipo de estudio						X						
Diseño metodológico							X					
Población							X					
Lugar y tipo de estudio								X				
Tipo y tamaño de la muestra								X				
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación								X				
Variables									X			
Definición de las variables									X			
Diseño estadístico									X			
Instrumentos de recolección										X		
Método de recolección										X		
Cronograma										X		
Recursos											X	
Consideraciones éticas											X	
Bibliografía											X	
Reporte de protocolo												X

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACIÓN NO. 3 SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8  
 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"  
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

**TÍTULO DEL PROYECTO: IDENTIFICACION CON PRUEBA DE ESCRUTINIO DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD EN PACIENTES PEDIATRICOS QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF N 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**  
 2018-2019

FECHA	MARZO 2018	ABRIL 2018	MAYO 2018	JUNIO 2018	JULIO 2018	AGOSTO 2018	SEPTIEMBRE 2018	OCTUBRE 2018	NOVIEMBRE 2018	DICIEMBRE 2018	ENERO 2019	FEBRERO 2019
Prueba piloto			X									
Ejecución del proyecto				X								
Recolección de datos					X	X	X	X				
Almacenamiento de datos								X				
Análisis de datos								X				
Descripción de datos									X			
Discusión de datos									X			
Conclusión										X		
Integración y revisión final										X		
Reporte final											X	
Autorizaciones											X	
Impresión del trabajo												X
Publicación												X

## **17. RECURSOS MATERIALES, FÍSICOS, HUMANOS Y DE FINANCIAMIENTO**

### **RECURSOS HUMANOS:**

Para la realización de la presente tesis se contó con el asesoramiento de tres investigadores (Dr. Jorge Sánchez Pineda adscrito al servicio de Medicina Familiar del HGZ/UMF N°8 IMSS, Dr. Gilberto Espinosa Anrubio, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud y Dr. Eduardo Vilchis Chaparro, Profesor Titular de la especialidad de Medicina Familiar), así como con un recolector de datos (Dra. Lucia Sandoval Ibarra).

Así mismo la realización del análisis e interpretación estadística se llevó a cabo por el Dr. Gilberto Espinoza Anrubio y el Dr. Eduardo Vilchis Chaparro. Asesores metodológicos del HGZ/UMF N°8 IMSS.

### **RECURSOS MATERIALES**

Computadora portátil DELL para registrar toda la información de la investigación.  
Servicio de fotocopiado para reproducir las hojas de recolección de datos y el test de Connors versión abreviada para padres.

Lápices.

Borradores.

Hojas blancas tamaño carta.

### **RECURSOS FÍSICOS**

Instalaciones HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

### **RECURSOS FINANCIEROS**

Los gastos en general se financiaron por parte del médico residente en Medicina Familiar Dra. Lucia Sandoval Ibarra.

## 18. CONSIDERACIONES ÉTICAS

### Declaración de Helsinki

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

**Párrafo 6:** El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

**Párrafo 7:** La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

**Párrafo 10:** Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

**Párrafo 22:** El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

**Párrafo 25:** La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

### Ley General de Salud

Con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 13 Inciso A, Fracción I, 14 y 96 de la Ley General de Salud, 5o. Inciso A y 113 al 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y Artículo 22 Fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación. Ver anexo 2.

## 19. RESULTADOS

Se estudio a 61 pacientes con edades entre 6 y 11 años en el HGZ/UMF N°8. La media de edad fue 8.34 con una desviación estándar de 2.007, con una moda de 6 años, un valor minino de 6 años y valor máximo de 11 años.

La categoría de rango de edad mostro: 42 (68.9%) dentro del rango de 6 a 8 años, y 19 (31.3%) en el rango de 9-11 años. (Ver tabla y grafica 1).

De acuerdo con el sexo se encontró 28 (45.9%) femenino y 33 (54.1%) masculino. (Ver tabla y grafica 2).

En escolaridad se observó: 57 (93.4%) primaria y 4 (6.6%) secundaria. (Ver tabla y grafica 3)

Para el rubro de tipo de escuela se analizó: 52 (85.2%) escuela de gobierno y 9 (14.8%) escuela privada. (Ver tabla y grafica 4)

Sobre el apartado de motivo de consulta se observó: 22 (36.1%) para enfermedad respiratoria, 8 (13.1%) enfermedad gastrointestinal, 13 (21.3%) Traumatismo, 9 (14.8%) Enfermedad del tracto urinario, 2 (3.3%) Enfermedad del sistema nervioso, 5 (8.2%) Dérmico y 2 (3.3%) otros. (Ver tabla y grafica 5).

Dentro de la sección de religión se analizó: 49 (80.3%) con religión y 12 (19.7%) sin religión. (Ver tabla y grafica 6).

De acuerdo con el estado civil de los padres de los pacientes estudiados se estudió: 14(23%) solteros, 37(60.7%) casados, 9(14.8%) Divorciados o separados y 1(1.6%) Viudos. (Ver tabla y grafica 7)

En la categoría de escolaridad de los padres de los pacientes estudiados se observó: 2 (3.3%) primaria, 17 (27.9%) secundaria, 28 (45.9%) Preparatoria, 12 (19.7%) Licenciatura y 2 (3.3%) para posgrado. (Ver tabla y grafica 8)

Con relación a la ocupación de los padres de los niños estudiados se encontró: 54 (88.35%) empleados y 7 (11.5%) desempleados. (Ver tabla y grafica 9)

De acuerdo con el principal cuidador de los pacientes se analizó: 44 (72.1%) madre o padre y 17 (27.9%) otro familiar. (Ver tabla y grafica 10).

Para la categoría de Prueba de Connors se encontró: 4 (6.6%) con sospecha a TDAH y 57 (93.4%) sin sospecha TDAH. (Ver tabla y grafica 11)

Ante la relación del sexo y el resultado obtenido en la prueba de Connors se observó: en femeninas que 1 (1.6%) fueron sospechosas a TDAH y 27 (44.3%) sin sospecha a TDAH y los hombres 3 (4.9%) sospechosos a TDAH y 30 (49.2%) sin sospecha a TDAH. (Ver tabla y grafica 12)

Según el apartado de edad en rangos y resultado en la prueba de Conners se obtuvo: para el rango de 6 a 8 años 1 (1.6%) sospechosos a TDAH y 41 (67.2%) sin sospecha a TDAH y para el rango de 9-11 años 3 (4.9%) sospechosos a TDAH y 16 (26.2%) sin sospecha a TDAH. (Ver tabla y grafica 13)

En la sección de escolaridad y resultado en la prueba de Conners se estudió: para Primaria 3 (4.9%) sospechosos y 54(88.5%) sin sospecha a TDAH y para Secundaria 1(1.6%) sospechosos a TDAH y 3(4.9%) sin sospecha a TDAH. (Ver tabla y grafica 14)

Para la categoría de tipo de escuela y resultado obtenidos en la prueba de Conners se encontró: De gobierno 4(6.6%) sospechosos a TDAH y 48 (78.7%) sin sospecha a TDAH mientras que en privada 0 (0%) sospechosos a TDAH y 9 (14.8%) sin sospecha a TDAH. (Ver tabla y grafica 15)

Dentro de la sección motivo de consulta y resultados obtenidos de la prueba de Conners se analizó: para Enfermedad respiratoria 0 (0%) sospechosos a TDAH y 22 (36.1%) sin sospecha a TDAH, para Enfermedad gastrointestinal 0 (0%) sospechoso a TDAH y 8 (13.1%) sin sospecha a TDAH, para Traumatismo 3 (4.9%) sospechosos a TDAH y 10 (16.4%) sin sospecha a TDAH, para Enfermedad del tracto urinario 0 (0%) sospechosos a TDAH y 9 (14.8%) sin sospecha a TDAH, para Enfermedad del sistema nervioso 0 (0%) sospechosos a TDAH y 2 (3.3%) sin sospecha a TDAH, para motivo dérmico 1(1.6%) sospechosos a TDAH y 4 (6.6%) sin sospecha a TDAH y para otros motivos 0 (0%) sospechosos a TDAH y 2 (3.3%) sin sospecha a TDAH. (Ver tabla y grafica 16)

En el apartado de religión y resultados obtenidos en la prueba de Conners se obtuvo: con religión 4 (6.6%) sospechosos a TDAH y 45 (73.8%) sin sospecha a TDAH y sin religión 0 (0%) sospechosos a TDAH y 12 (19.7%) sin sospecha a TDAH. (Ver tabla y grafica 17)

Sobre el estado civil de los padres de los pacientes y el resultado de la prueba de Conners se estudió: con padres solteros 2 (3.3%) resultados con sospecha a TDAH y 12 (19.7%) sin sospecha a TDAH, casados o en unión libre 1 (1.6%) con sospecha a TDAH y 36 (59%) sin sospecha a TDAH, Divorciados o separados 1 (1.6%) sospechosos a TDAH y 8 (13.1%) sin sospecha a TDAH y para viudos 0 (0%) con sospecha a TDAH y 1 (1.6%) sin sospecha a TDAH. (Ver tabla y grafica 18)

De acuerdo a la escolaridad de los padres de los pacientes y los resultados de la prueba de Conners se encontró: Primaria 0 (0%) sospechosos a TDAH y 2 (3.3%) sin sospecha a TDAH, Secundario 2 (3.3%) sospechosos a TDAH y 15 (24.6%) sin sospecha a TDAH, Preparatoria 2 (3.3%) sospechosos a TDAH y 26 (42.6%) sin sospecha a TDAH, Licenciatura 0 (0%) sospechosos a TDAH y 12 (19.7%) sin sospecha a TDAH y Posgrado 0 (0%) sospechosos a TDAH y 2 (3.3%) sin sospecha a TDAH. (Ver tabla y grafica 19)

Para la sección de ocupación de los padres de los pacientes y los resultados de la prueba de Conners se analizó: para Empleados 3 (4.9%) sospechosos a TDAH y 51 (83.6%) sin sospecha a TDAH y para desempleados 1 (1.6%) sospechosos a TDAH y 6 (9.8%) sin sospecha a TDAH. (Ver tabla y grafica 20)

En la categoría de principal cuidador y resultados de la prueba de Conners se encontró: Mamá o papá 3 (4.9%) sospechosos a TDAH y 41 (67.2%) sin sospecha a TDAH y otros familiares 1 (1.6%) sospechosos a TDAH y 16 (26.2%) sin sospecha a TDAH. (Ver tabla y grafica 21)

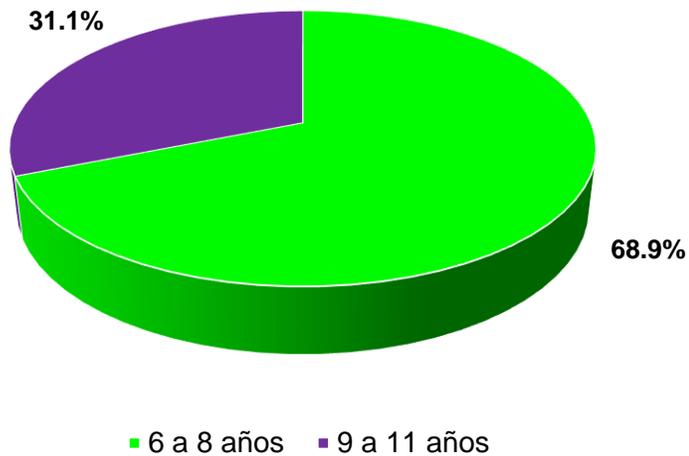
## 20. TABLAS Y GRÁFICOS

**Tabla 1. Rango de edad en Identificación de TDAH en pacientes pediátricos del HGZ/UMF N°8**

Rango de edad (años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
6-8	42	68.9
9-11	19	31.1
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100.0</b>

Fuente: n:61 Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "Identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Grafica 1. Rango de edad en Identificación de TDAH en pacientes pediátricos del HGZ/UMF N°8**



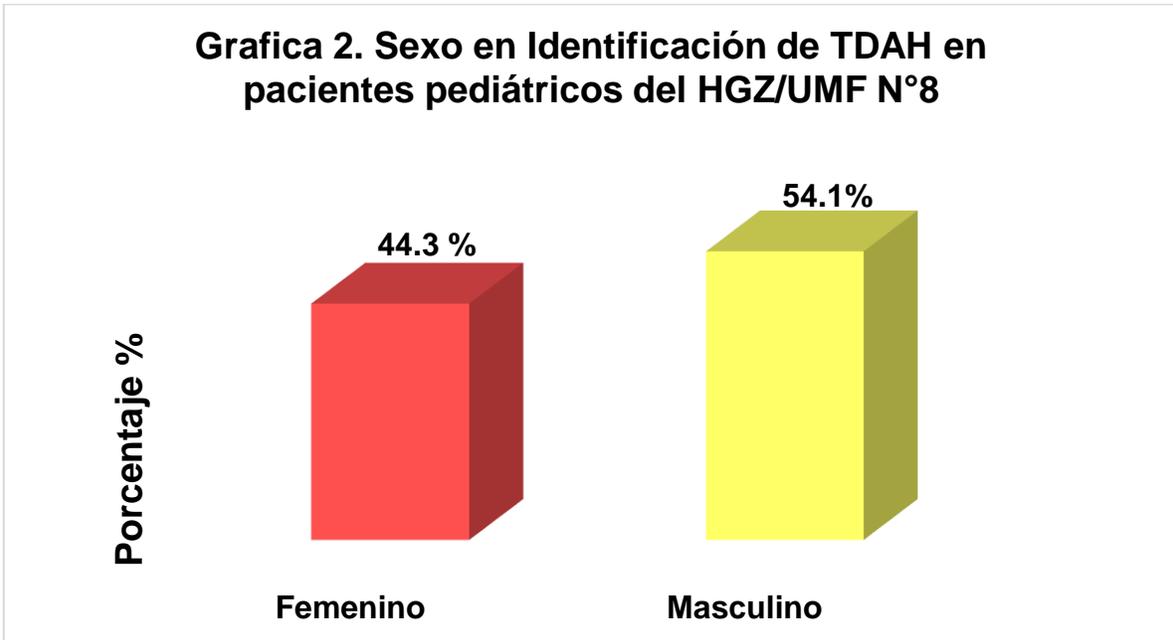
Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "Identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Tabla 2. Sexo en Identificación de TDAH en pacientes pediátricos del HGZ/UMF N°8**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	27	44.3
Masculino	33	54.1
Total	61	100

Fuente: n:61 Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "Identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Gráfica 2. Sexo en Identificación de TDAH en pacientes pediátricos del HGZ/UMF N°8**



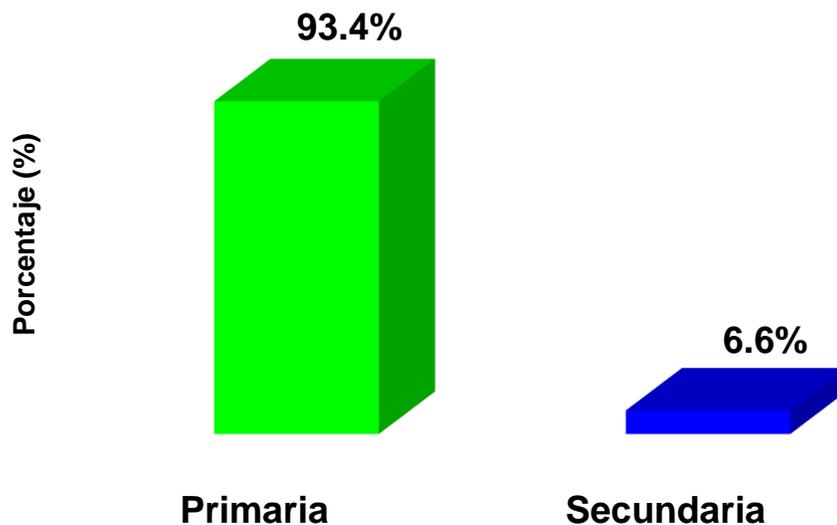
Fuente: n:61 Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "Identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Tabla 3. Escolaridad en pacientes con prueba de escrutinio para TDAH en el HGZ/UMF N°8**

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	57	93.4
Secundaria	4	6.6
Total	61	100.0

Fuente: n:61 Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Grafica 3. Escolaridad en pacientes con prueba de escrutinio para TDAH en el HGZ UMF 8**



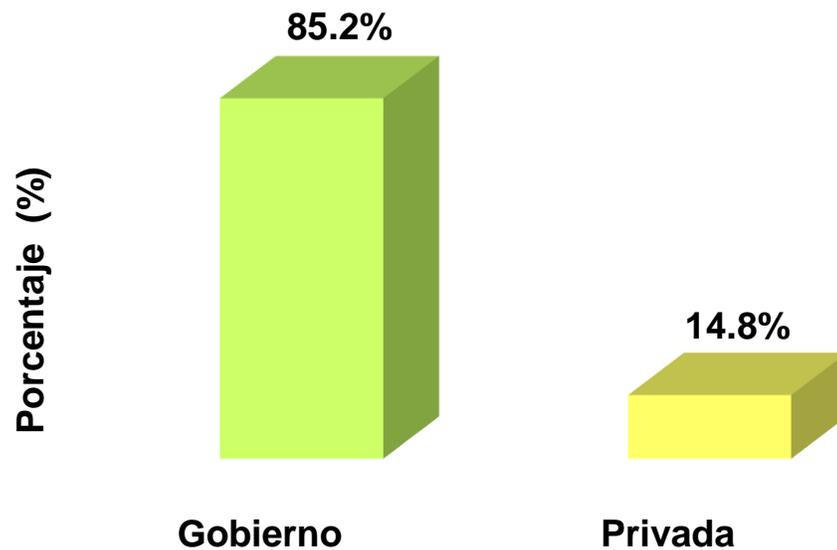
Fuente: n:61 Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Tabla 4. Tipo de escuela en pacientes con prueba de escrutinio para TDAH en el HGZ/UMF N°8**

Tipo de escuela	Frecuencia	Porcentaje
<b>Gobierno</b>	52	85.2
<b>Privada</b>	9	14.8
<b>Total</b>	61	100.0

Fuente: n:61 Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Grafico 4. Tipo de escuela en pacientes con prueba de escrutinio para TDAH en el HGZ UMF8**



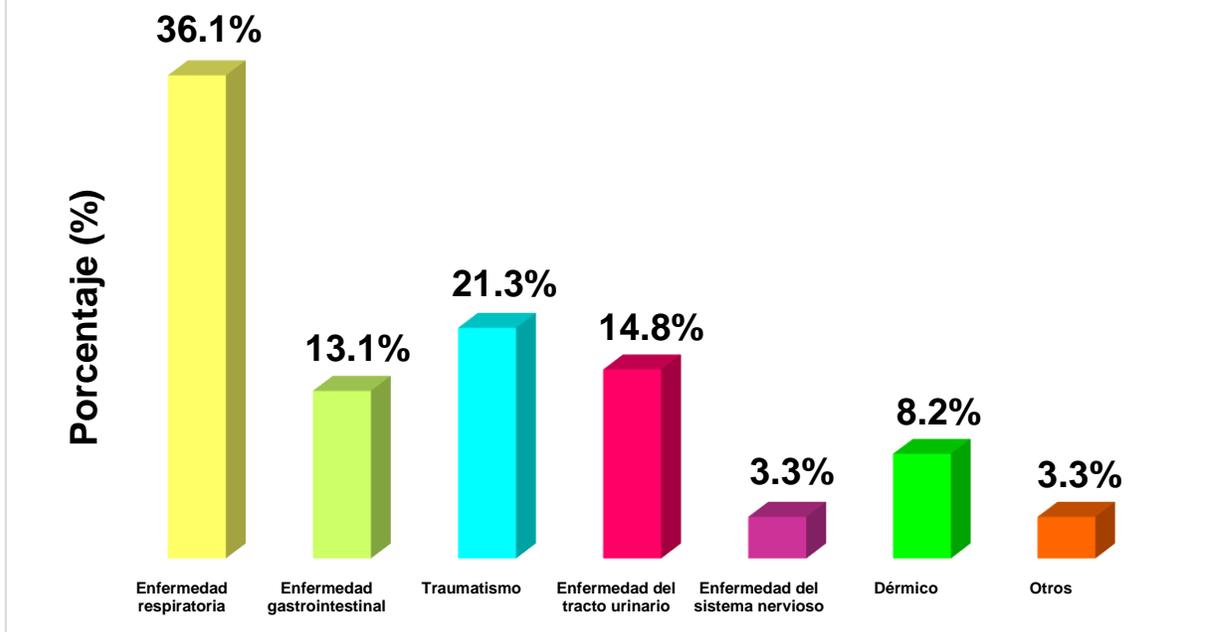
Fuente: n:61 Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Tabla 5. Motivo de consulta de pacientes a quienes se aplicó la prueba de escrutinio para TDAH en el HGZ/UMF N°8**

Motivo de consulta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Enfermedad respiratoria	22	36.1
Enfermedad gastrointestinal	8	13.1
Traumatismo	13	21.3
Enfermedad del tracto urinario	9	14.8
Enfermedad del sistema nervioso	2	3.3
Dérmico	5	8.2
Otros	2	3.3
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100.0</b>

Fuente: n:61 Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. “identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

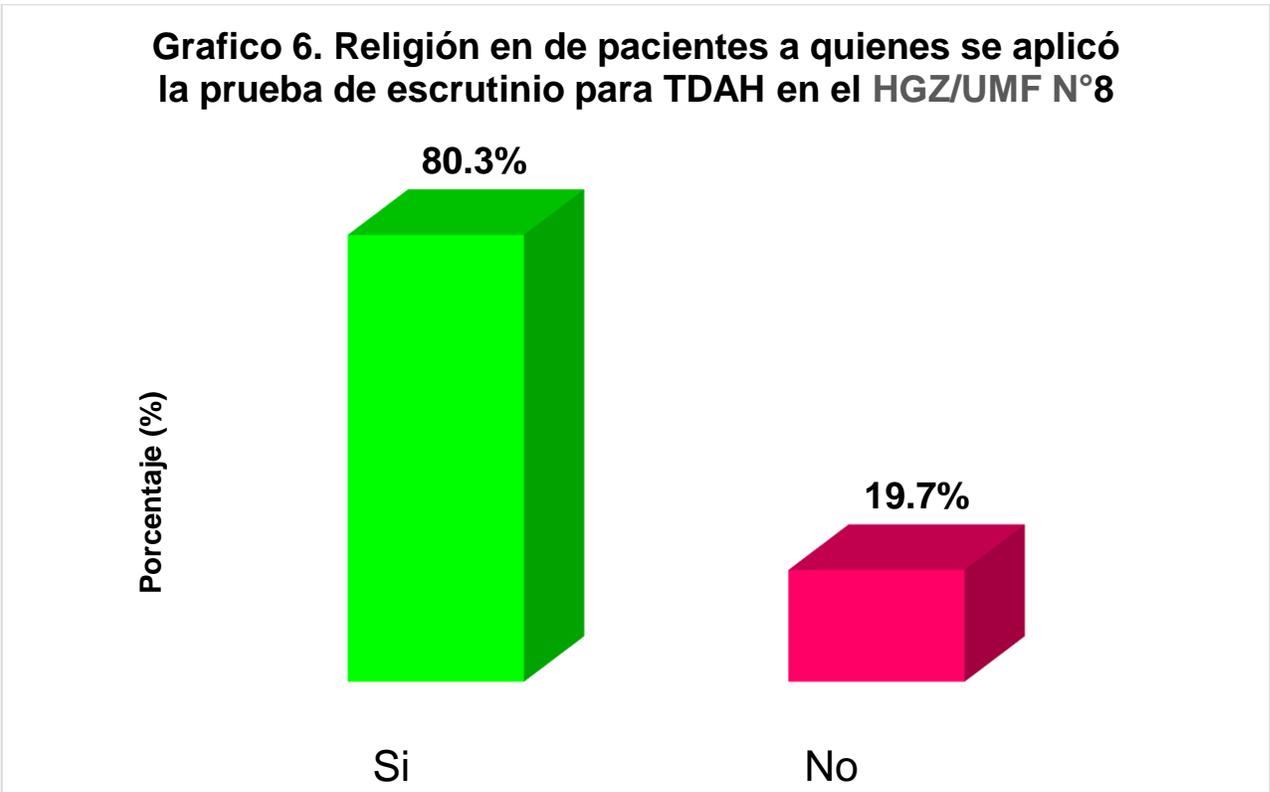
**Grafico 5. Motivo de consulta de pacientes a quienes se aplico la prueba de escrutinio para TDAH en el HGZ/UMF N°8**



Fuente: n:61. Sandoval IL, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. “identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Tabla 6. Religión en de pacientes a quienes se aplicó la prueba de escrutinio para TDAH en el HGZ/UMF N°8		
Religión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	49	80.3
No	12	19.7
<b>Total</b>	61	100.0

Fuente: n:61 Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"



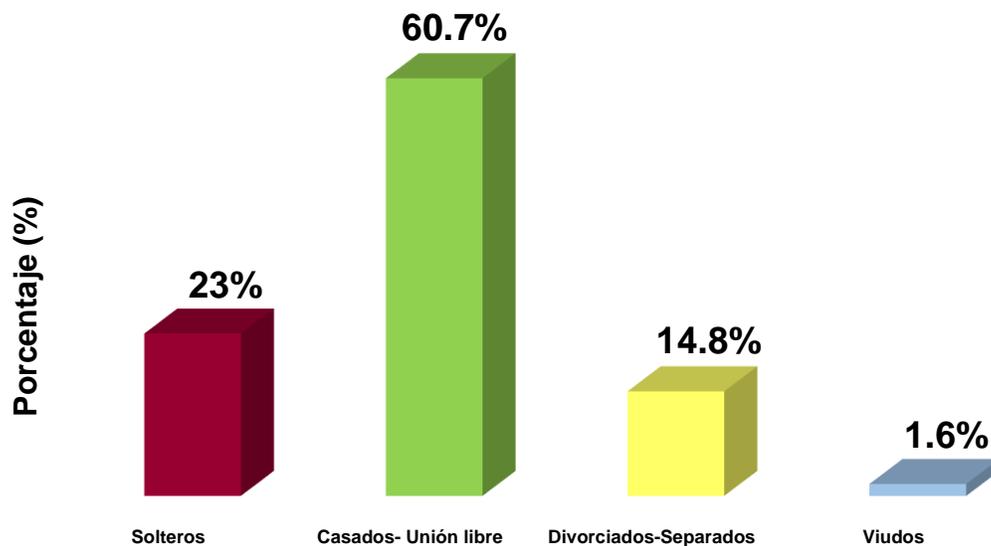
Fuente: n:61 Sandoval IL, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Tabla 7. Estad civil de los padres de los pacientes a quienes se le aplico la prueba de escrutinio de TDAH en el HGZ/UMF N°8**

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Solteros	14	23
Casados- Unión libre	37	60.7
Divorciados-Separados	9	14.8
Viudos	1	1.6
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100.0</b>

Fuente: n:61 Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Grafico 7. Estad civil de los padres de los pacientes a quienes se le aplico la prueba de escrutinio de TDAH en el HGZ/UMF N°8**



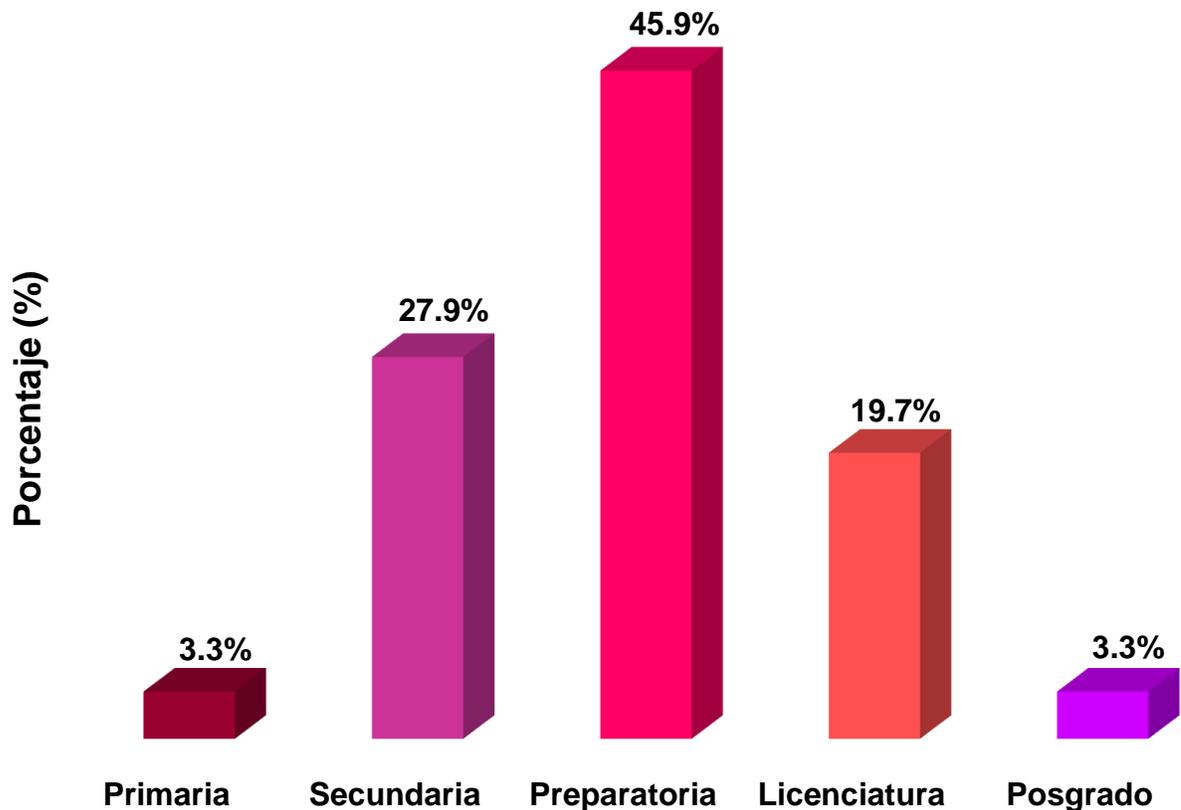
Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Tabla 8. Escolaridad de los padres de los pacientes a quienes se le aplico la prueba de escrutinio de TDAH en el HGZ/UMF N°8**

Escolaridad de los padres	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	2	3.3
Secundaria	17	27.9
Preparatoria	28	45.9
Licenciatura	12	19.7
Posgrado	2	3.3
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100.0</b>

Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Grafico 8. Escolaridad de los padres de los pacientes a quienes se le aplico la prueba de escrutinio de TDAH en el HGZ/UMF N°8**



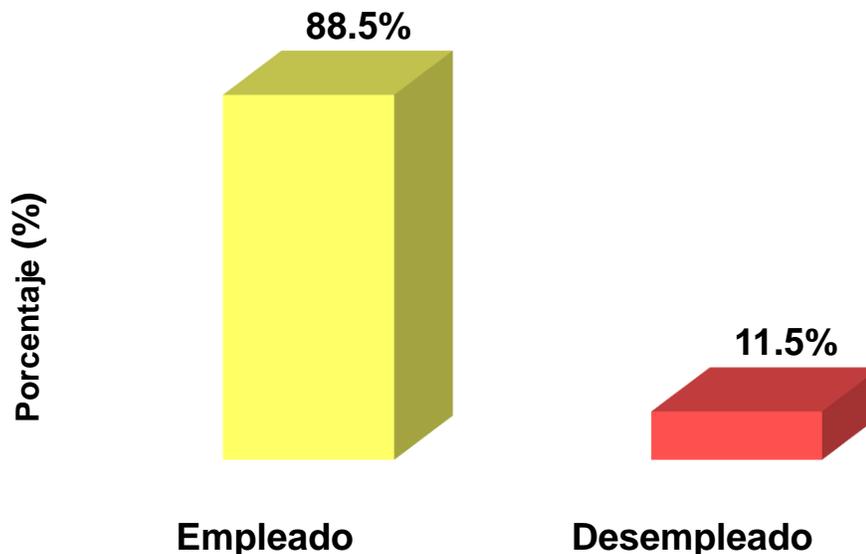
Fuente: n:61. Sandoval IL, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Tabla 9. Ocupación de los padres de los pacientes a quienes se le aplico la prueba de escrutinio de TDAH en el HGZ/UMF N°8**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	54	88.5
Desempleado	7	11.5
Total	61	100.0

Fuente: n:61 Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ-UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Grafico 9. Ocupación de los padres de los pacientes a quienes se le aplico la prueba de escrutinio de TDAH en el HGZ/UMF N°8**



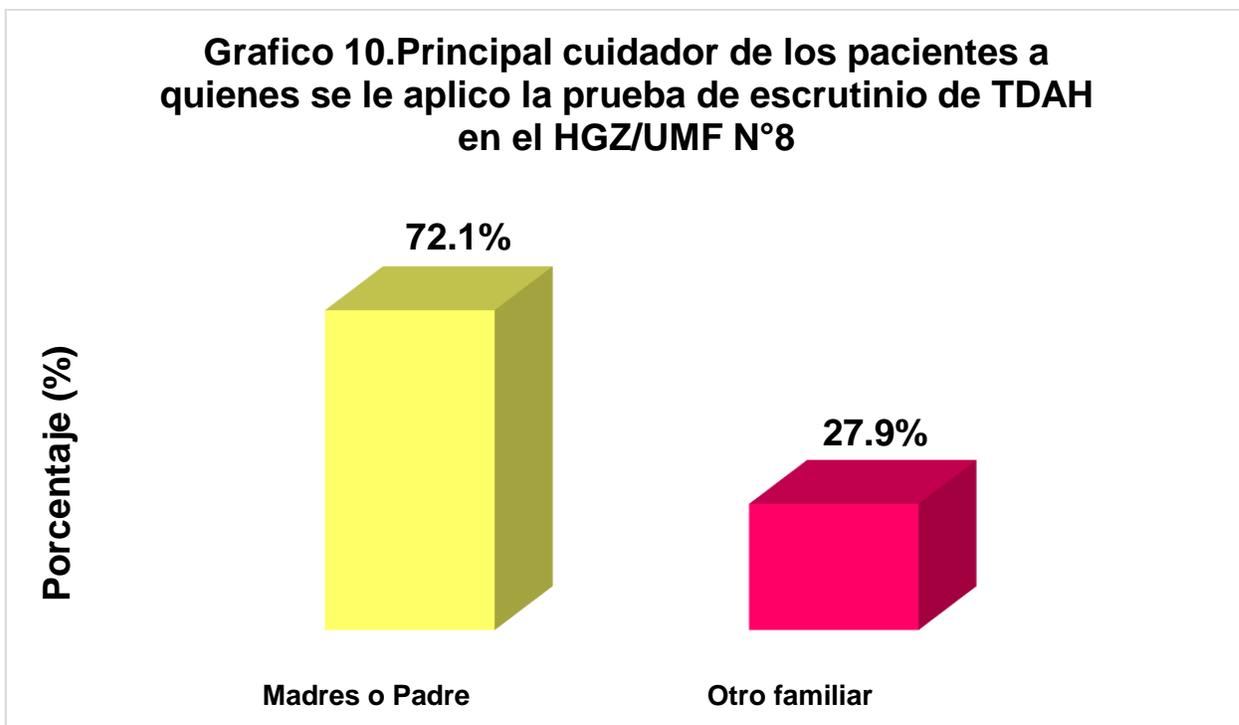
Fuente: n:61 Sandoval IL, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ-UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Tabla 10. Principal cuidador de los pacientes a quienes se le aplico la prueba de escrutinio de TDAH en el HGZ/UMF N°8**

Principal cuidador	Frecuencia	Porcentaje (%)
Madre o Padre	44	72.1
Otro familiar	17	27.9
Total	61	100.0

Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Gráfico 10. Principal cuidador de los pacientes a quienes se le aplico la prueba de escrutinio de TDAH en el HGZ/UMF N°8**



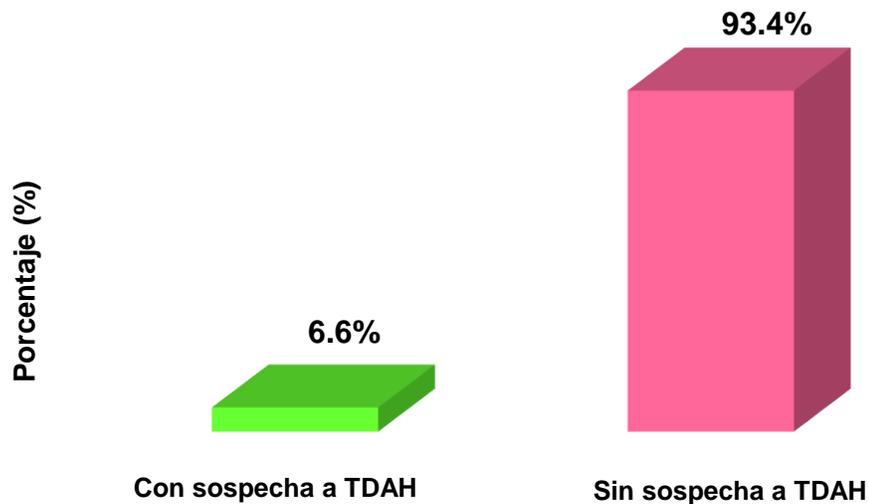
Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Tabla 11. Resultados de la prueba de Conners en pacientes pediátricos del HGZ/UMF N°8**

Resultado	Frecuencia	Porcentaje (%)
Con sospecha a TDAH	4	6.6
Sin sospecha a TDAH	57	93.4
Total	61	100.0

Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que a los servicios de urgencias y consulta externa de pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Grafica 11. Resultados de la prueba de Conners en pacientes pediátricos del HGZ/UMF N°8**

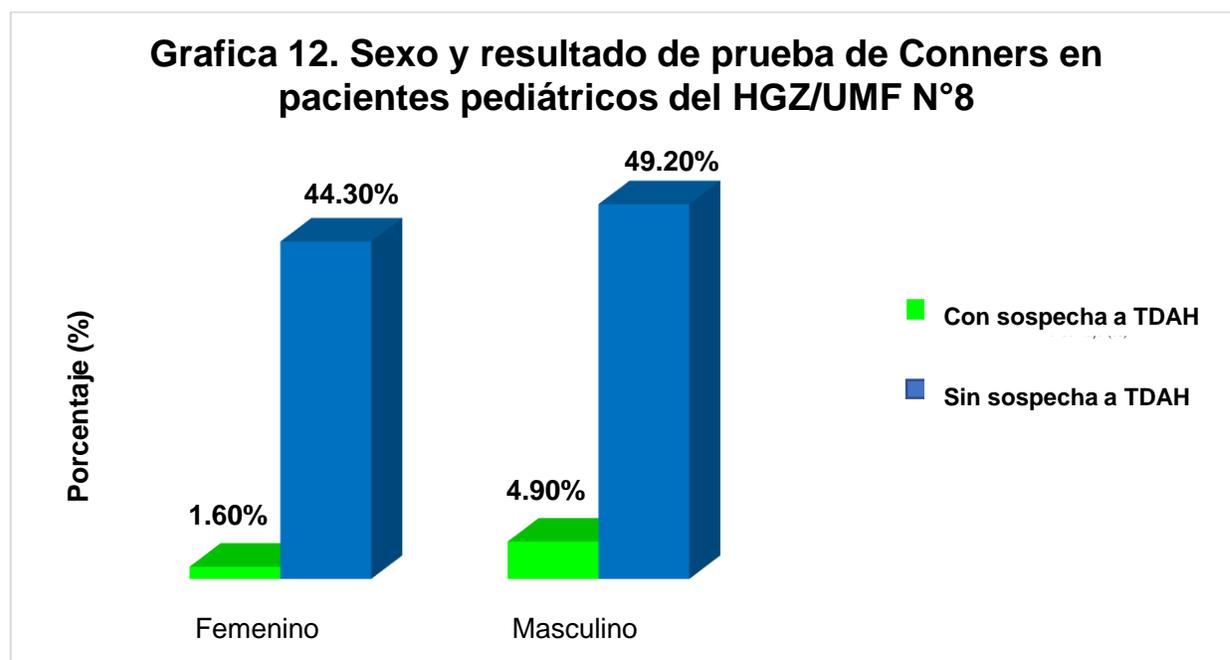


Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

TABLAS DE CONTINGENCIA

Tabla 12. Sexo y resultado de prueba de Conners en pacientes pediátricos del HGZ/UMF N°8						
Sexo	Prueba de Conners				Total	
	Con sospecha a TDAH		Sin sospecha a TDAH			
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	1	1.6	27	44.3	28	45.9
Masculino	3	4.9	30	49.2	33	54.1
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>6.6</b>	<b>57</b>	<b>93.4</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"



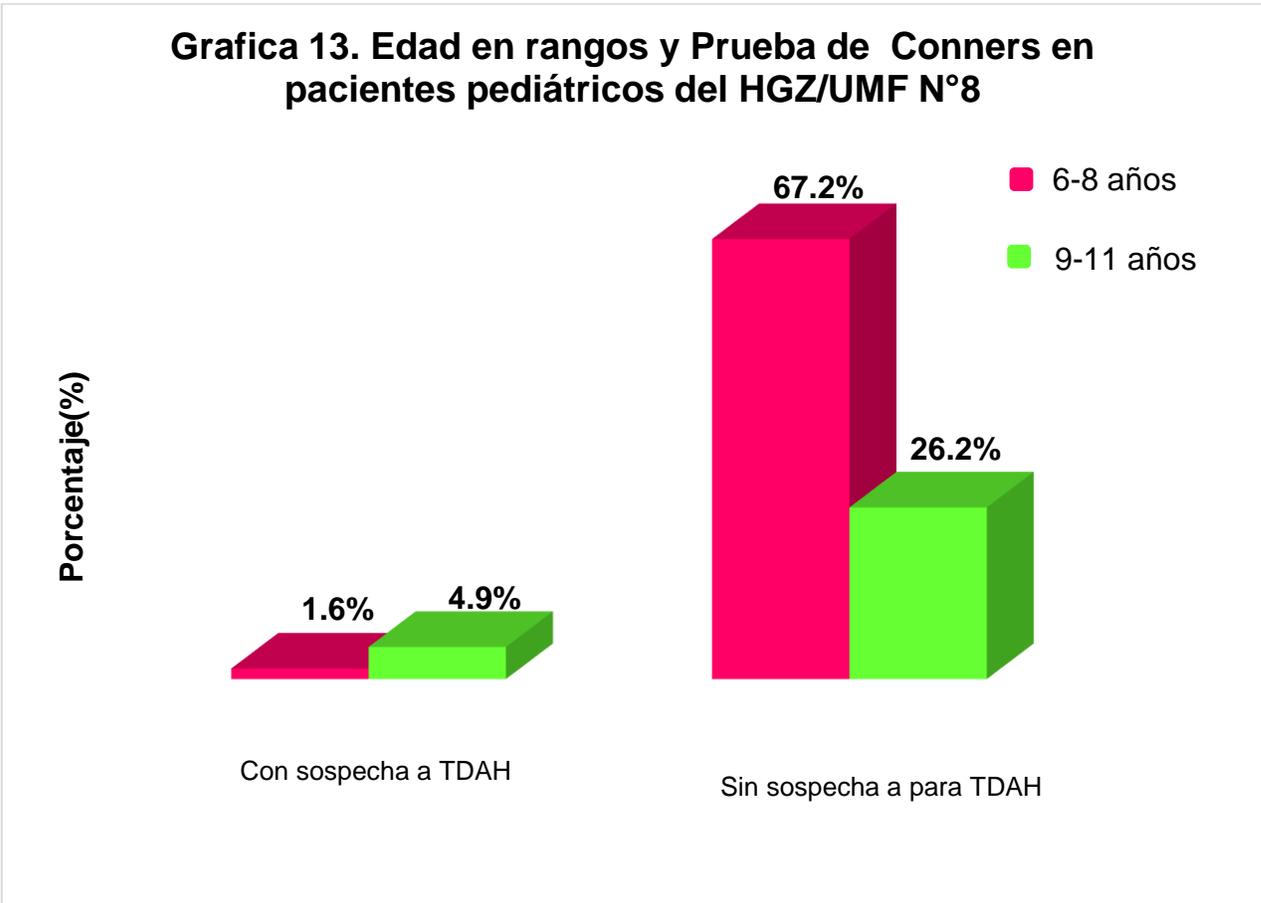
Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de pediatría del HGZ-UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Tabla 13. Edad en rangos y Prueba de Conners en pacientes pediátricos del HGZ/UMF N°8**

Edad en rangos	Prueba de Conners				Total	
	Con sospecha a TDAH		Sin sospecha a TDAH			
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
6-8	1	1.6	41	67.2	42	68.9
9-11	3	4.9	16	26.2	19	31.1
<b>Total</b>	4	6.6	57	93.4	61	100

Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que a los servicios de urgencias y consulta externa de pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Grafica 13. Edad en rangos y Prueba de Conners en pacientes pediátricos del HGZ/UMF N°8**

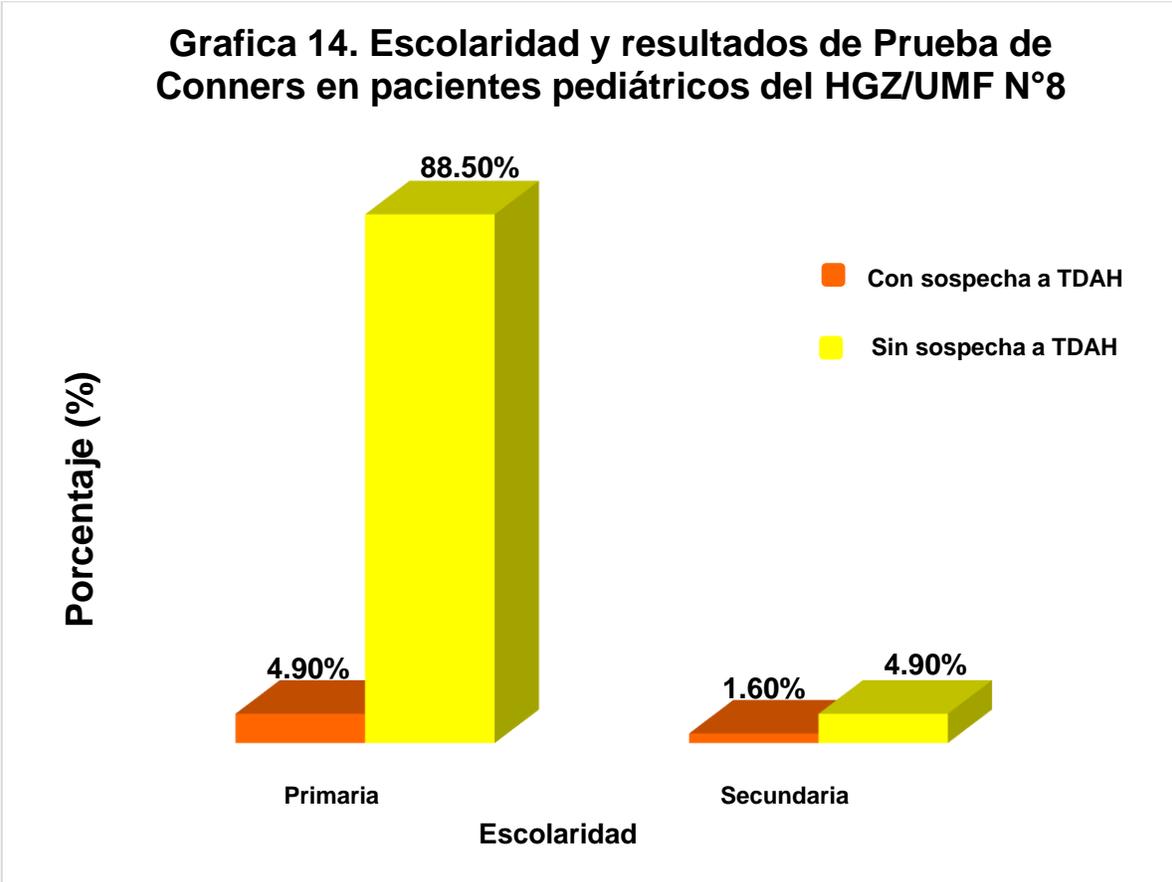


Fuente: n:61. Sandoval IL, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Tabla 14. Escolaridad y Prueba de Conners en pacientes pediátricos del HGZ/UMF N°8						
Escolaridad	Prueba de Conners				Total	
	Con sospecha a TDAH		Sin sospecha a TDAH			
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	3	4.9	54	88.5	57	93.4
Secundaria	1	1.6	3	4.9	4	6.6
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>6.6</b>	<b>57</b>	<b>93.4</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Grafica 14. Escolaridad y resultados de Prueba de Conners en pacientes pediátricos del HGZ/UMF N°8**



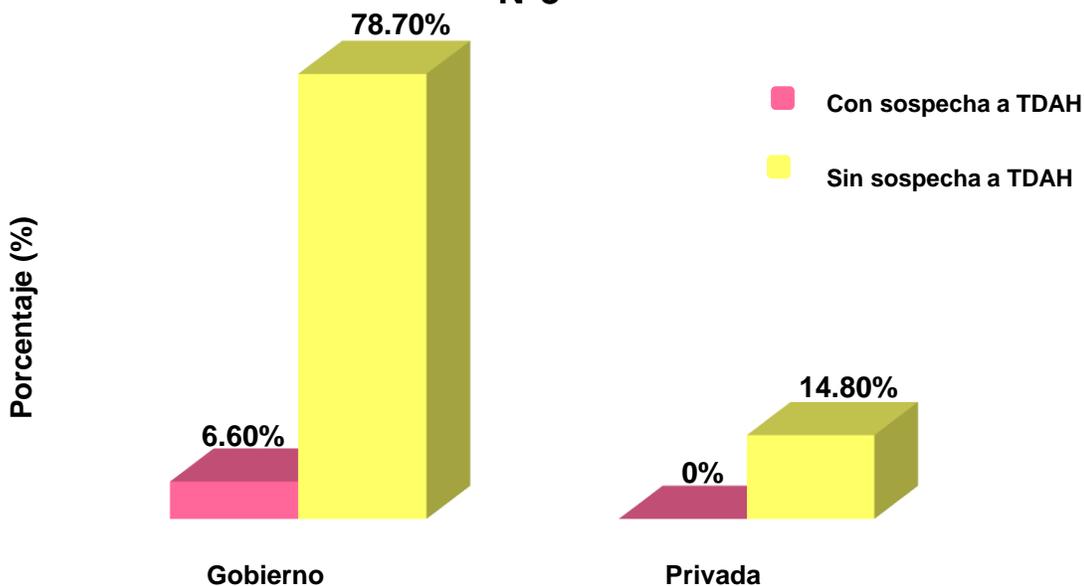
Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Tabla 15. Tipo de escuela y Prueba de Conners en pacientes pediátricos del HGZ/UMF N°8**

Tipo de escuela	Prueba de Conners				Total	
	Con sospecha a TDAH		Sin sospecha a TDAH			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Gobierno</b>	4	6.6	48	78.7	52	85.2
<b>Privada</b>	0	0	9	14.8	9	14.8
<b>Total</b>	4	6.6	57	93.4	61	100

Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Grafica 15. Tipo de escuela y resultados de Prueba de Conners en pacientes pediátricos del HGZ/UMF N°8**



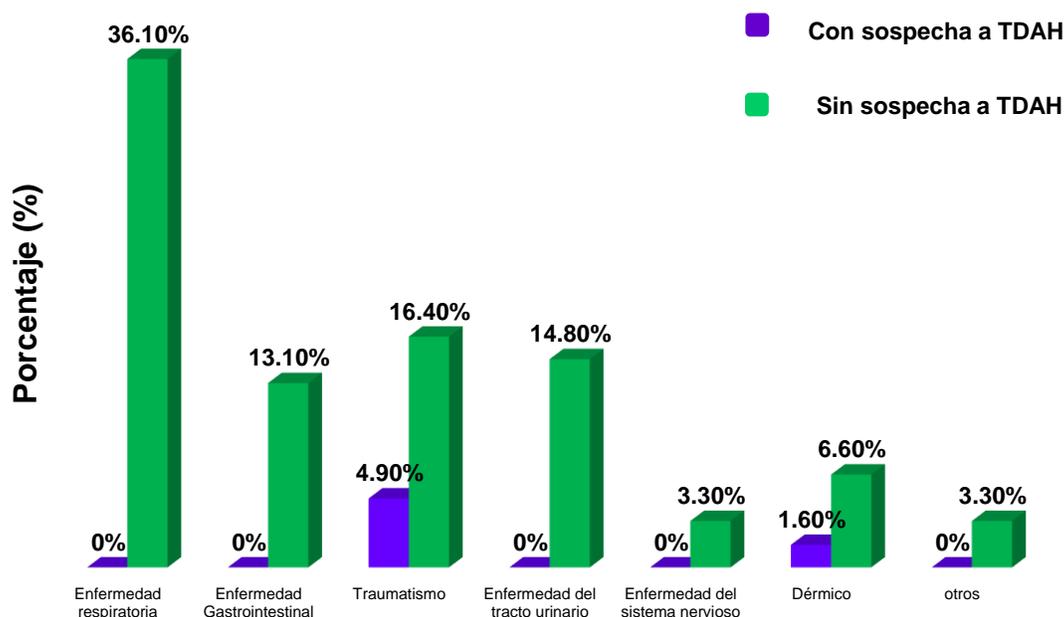
Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Tabla 16. Motivo de consulta y Prueba de Conners en pacientes pediátricos del HGZ/UMF N°8**

Motivo de consulta	Prueba de Conners				Total	
	Con sospecha a TDAH		Sin sospecha a TDAH		Frecuencia	Porcentaje (%)
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Enfermedad respiratoria	0	0	22	36.1	22	36.1
Enfermedad Gastrointestinal	0	0	8	13.1	8	13.1
Traumatismo	3	4.9	10	16.4	13	21.3
Enfermedad del tracto urinario	0	0	9	14.8	9	14.8
Enfermedad del sistema nervioso	0	0	2	3.3	2	3.3
Dérmico	1	1.6	4	6.6	5	8.2
otros	0	0	2	3.3	2	3.3
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>6.6</b>	<b>57</b>	<b>93.4</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

Fuente: n:61 . Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Grafica16. Motivo de consulta y resultados de Prueba de Conners en pacientes pediátricos del HGZ/UMF N°8**



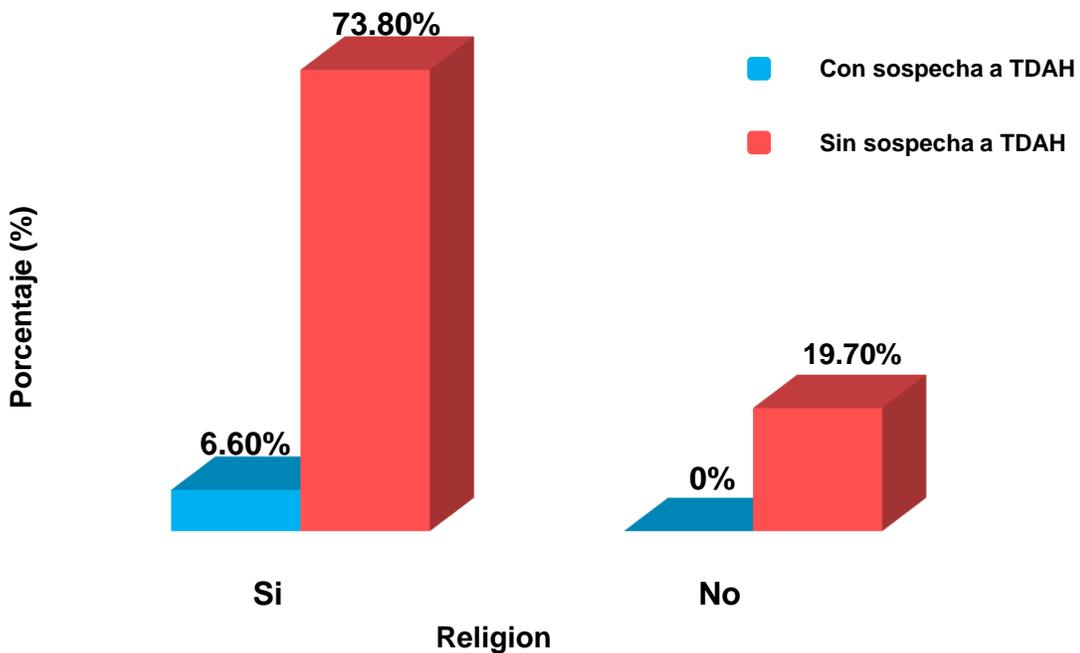
Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Tabla 17. Religión y resultados de Prueba de Conners en pacientes pediátricos del HGZ/UMF N°8**

Religión	Prueba de Conners				Total	
	Con sospecha a TDAH		Sin sospecha a TDAH			
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Si</b>	4	6.6	45	73.8	49	80.3
<b>No</b>	0	0	12	19.7	12	19.7
<b>Total</b>	4	6.6	57	93.4	61	100

Fuente: n:61 . Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Grafica 17. Religión y resultados de Prueba de Conners en pacientes pediátricos del HGZ/UMF N°8**



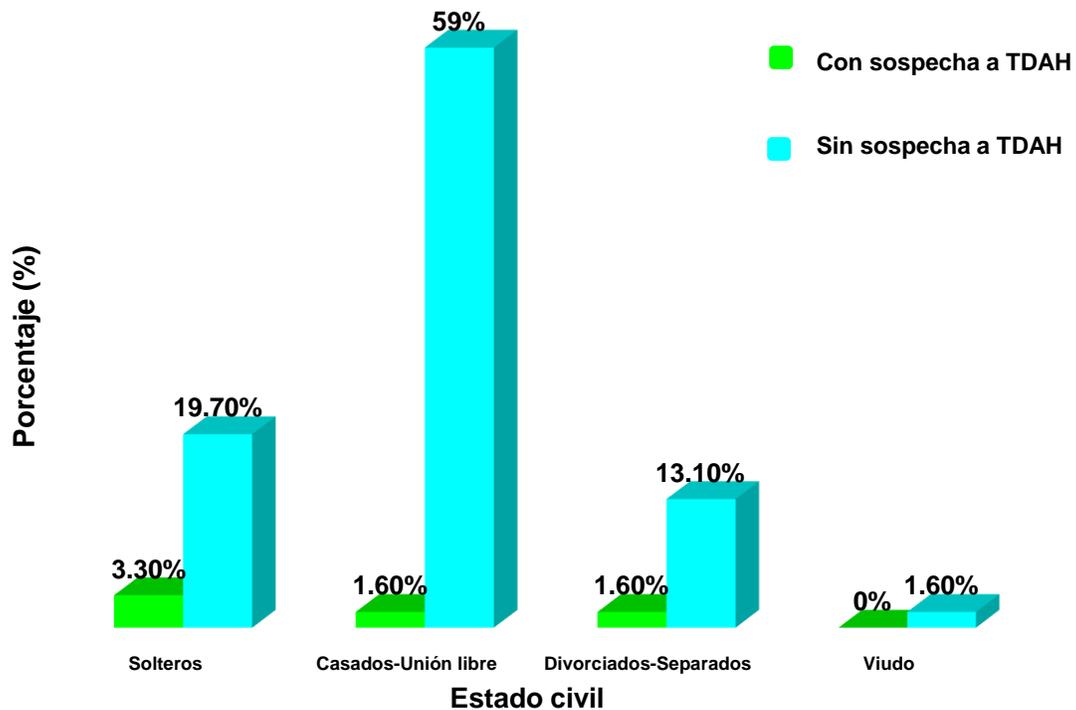
Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**Tabla 18. Estado civil de los padres de los pacientes pediátricos a quienes se les aplico la Prueba de Conners del HGZ/UMF N°8**

Estado civil	Prueba de Conners				Total	
	Con sospecha a TDAH		Sin sospecha a TDAH			
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Solteros	2	3.3	12	19.7	14	23
Casados- Unión libre	1	1.6	36	59	37	60.7
Divorciados- Separados	1	1.6	8	13.1	9	14.8
Viudo	0	0	1	1.6	1	1.6
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>6.6</b>	<b>57</b>	<b>93.4</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

Fuente: n:61 . Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de Pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo

**Grafica 18. Estado civil de los padres de los pacientes pediátricos a quienes se les aplico la Prueba de Conners en el HGZ/UMF N°8**



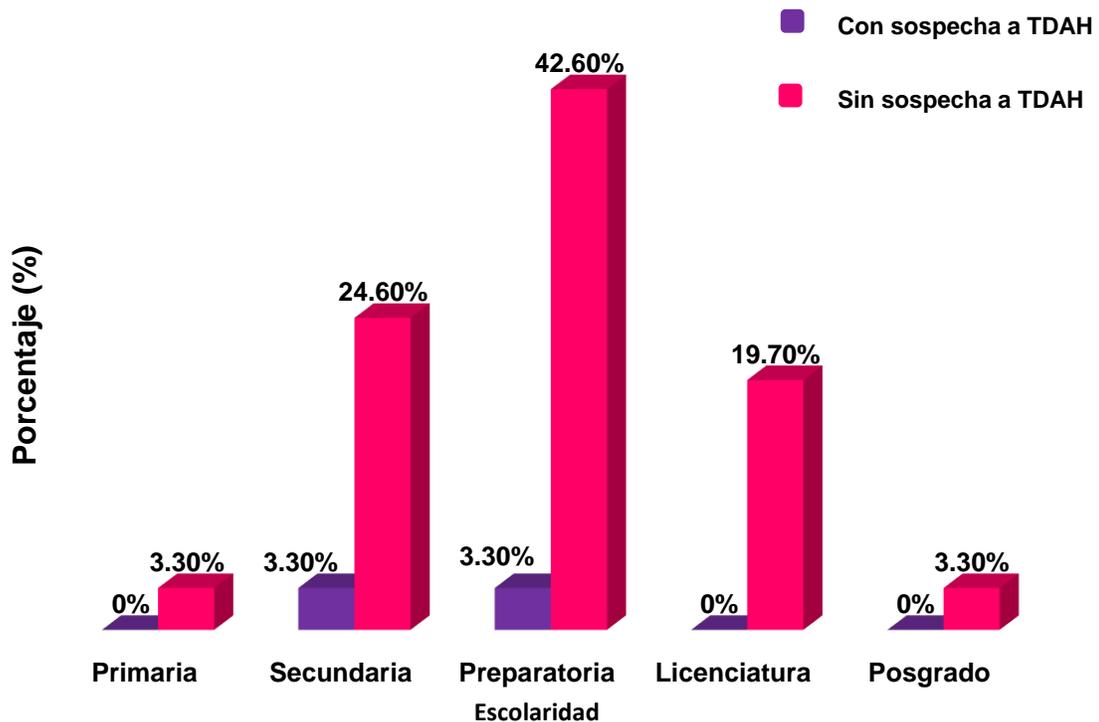
Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo

**Tabla 19. Escolaridad de los padres de los pacientes pediátricos a quienes se les aplicó la Prueba de Conners en el HGZ/UMF N°8**

Escolaridad	Prueba de Conners				Total	
	Con sospecha a TDAH		Sin sospecha a TDAH			
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	0	0	2	3.3	2	3.3
Secundaria	2	3.3	15	24.6	17	27.9
Preparatoria	2	3.3	26	42.6	28	45.9
Licenciatura	0	0	12	19.7	12	19.7
Posgrado	0	0	2	3.3	2	3.3
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>6.6</b>	<b>57</b>	<b>93.4</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo

**Grafica 19. Escolaridad de los padres de los pacientes pediátricos a quienes se les aplicó la Prueba de Conners en el HGZ/UMF N°8**



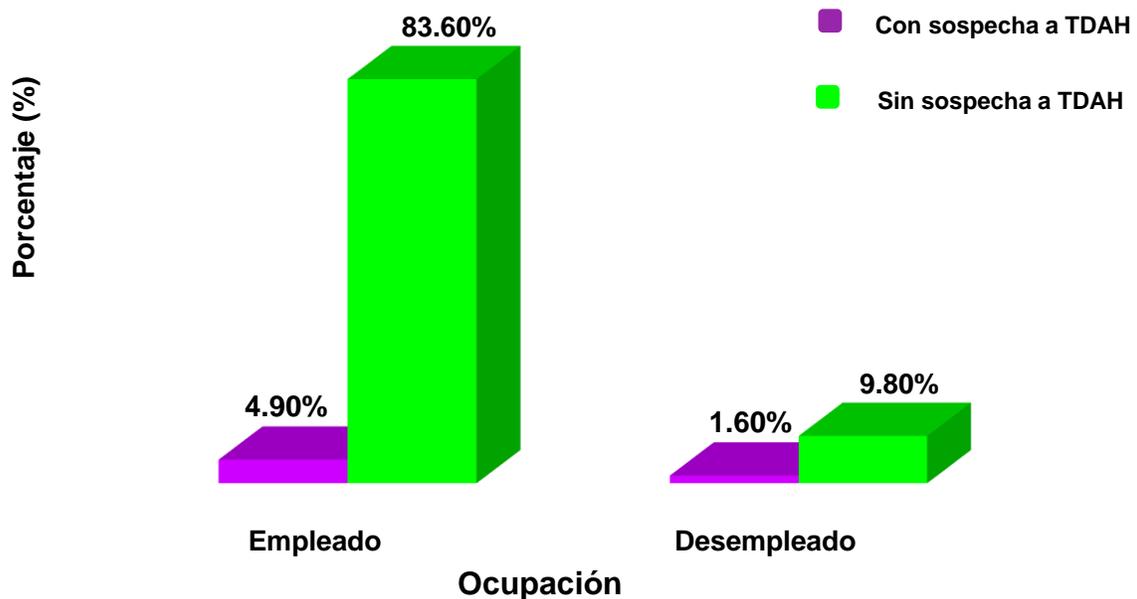
Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo

**Tabla 20. Ocupación de los padres de los pacientes pediátricos a quienes se les aplico la Prueba de Conners del HGZ/UMF N°8**

Ocupacion	Prueba de Conners				Total	
	Con sospecha a TDAH		Sin sospecha a TDAH		Frecuencia	Porcentaje (%)
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Empleado</b>	3	4.9	51	83.6	54	88.5
<b>Desempleado</b>	1	1.6	6	9.8	7	11.5
<b>Total</b>	4	6.6	57	93.4	61	100

Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo

**Grafica 20. Ocupación de los padres de los pacientes pediátricos a quienes se les aplico la Prueba de Conners en el HGZ/UMF N°8**



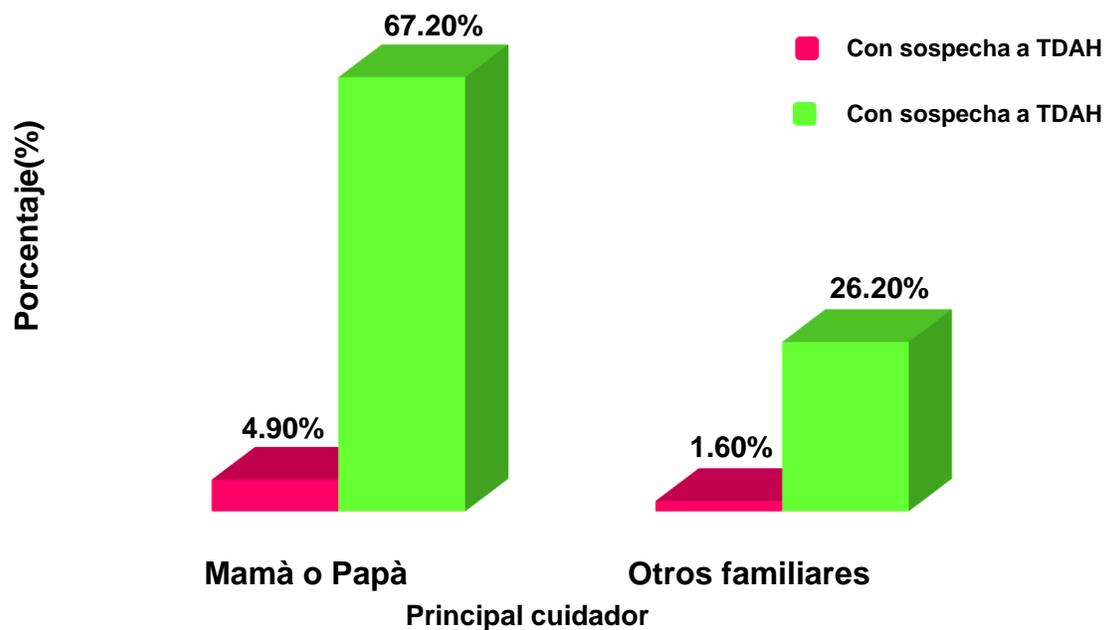
Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo

**Tabla 21. Principal cuidador de los pacientes pediátricos a quienes se les aplicó la Prueba de Conners en el HGZ/UMF N°8**

Principal cuidador	Prueba de Conners				Total	
	Con sospecha a TDAH		Sin sospecha a TDAH		Frecuencia	Porcentaje (%)
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mamá o Papá	3	4.9	41	67.2	44	72.1
Otros familiares	1	1.6	16	26.2	17	27.9
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>6.6</b>	<b>57</b>	<b>93.4</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "Identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo

**Grafica 21. Principal cuidador de los pacientes pediátricos a quienes se les aplicó la Prueba de Conners en el HGZ/UMF N°8**



Fuente: n:61. Sandoval I L, Espinoza A G, Vilchis C E, Sánchez P J. "Identificación con prueba de escrutinio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de urgencias y consulta externa de pediatría del HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo

## 21. DISCUSIONES

Existen pocos estudios sobre la utilización de la prueba de Conners versión abreviada para padres para la identificación del TDAH, a pesar de ser un trastorno frecuente en la consulta psiquiátrica infantil, es importante puesto que al identificar los posibles casos desde en el primer nivel de atención mejoraría la calidad de vida de los pacientes y disminuiría el costo en salud que a la larga se generan por las comorbilidades que se presentan con este trastorno.

Pastor P, et al <sup>(38)</sup> muestran datos clínicos de los pediátricos con diagnóstico de TDAH relacionado con el género, presentando mayor proporción en niños (73.4%) con respecto a las niñas (26.6%) con el mismo diagnóstico. Barón-Cohen S et al 2011<sup>(39)</sup> en un estudio demostraron una significativa proporción de niños diagnosticados con TDAH con respecto a las niñas, como también ocurre con otros desordenes del desarrollo del espectro autista. En Ingudomnukul E, et al 2007 <sup>(40)</sup> se explica que la exposición fetal a niveles elevados de testosterona se ha relacionado con pacientes con el diagnóstico de TDAH lo que refuerza la frecuencia predominante del género masculino en esta patología. La elevada testosterona intrauterina representa la influencia en el espectro autista motivo por el cual encontramos una tasa mayor de varones diagnosticados con TDAH. Siva D et al 2014 <sup>(41)</sup> demostraron la mayor prevalencia y frecuencia del TDAH en niños y lo sustenta desde el punto de vista neuro bioquímico, indicando que el sistema dopaminérgico madura más lentamente en los hombres que en las mujeres. En nuestro estudio se obtuvieron los siguientes resultados, del total de los pacientes a quienes se le aplicó la prueba de Conners resultaron con sospecha para TDAH 6.6% de los cuales el 4.9% fueron masculinos y 1.6% fueron femeninos siendo similares en proporción a los estudios citados mostrando un predominio en este diagnóstico para el sexo masculino, sin embargo, no pueden ser totalmente comparables dado a las características de la población en la que ambos estudios de llevaron a cabo así como la diversidad de los instrumentos que se utilizaron.

Amiri S, Sadeghi-Bazargani S, et al 2017<sup>(23)</sup> en una revisión sistemática determinaron la fuerte asociación del TDAH con lesiones o traumatismos en la infancia, se ha reportado que la enfermedad puede estar asociada con quemaduras, fracturas, traumatismos dentales y lesiones de tránsito en el 60-70% de los casos. Con respecto a eso en este estudio se encontró que del total de los casos con sospecha a TDAH 6.6% (100%) el 4.9% (74%) se relacionaron con algún tipo de traumatismo. Se encontró cierta similitud sin embargo no se pueden considerar comparables pues en nuestro estudio no se hizo una determinación específica del tipo de traumatismo o recurrencia de este lo que podría generar una real asociación con el trastorno. Sin embargo, debido a la literatura consultada se toma en cuenta que las lesiones traumáticas están altamente relacionadas con el TDAH.

Schmitt J, Buske-Kirschbaum en Is atopic disease a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review 2010 <sup>(42)</sup> mostro que pacientes pediátricos con trastornos atópicos tuvieron un sustancial aumento en las probabilidades de desarrollar TDAH. En otro estudio Tsai MC et al <sup>(43)</sup> demostraron que un 7.74% de los pacientes diagnosticados con TDAH están caracterizados por la presencia de atopias. En nuestro estudio se presenció que de los 4 sospechosos de TDAH identificados (6.6%) en uno (1.6%) su motivo de consulta fue por problema dermatológico, dermatitis atópica, como se puede observar también existe cierta similitud en los estudios sin embargo por el tamaño de la muestra y las características de la población puede no ser significativo.

Sobre el nivel de educación de los padres de los niños con TDAH, Law et al 2014<sup>(44)</sup> hablan sobre la implicación que tiene el nivel de escolarización materna, su impacto en la crianza y educación de los niños. El 15% de la población estudiada conto con escolaridad básica (primaria), 20% secundaria, 30% preparatoria, 35% licenciatura o más, resultando una mayor proporción los de licenciatura o más los cuales están más calificados, generando mejores condiciones socioeconómicas durante la infancia de sus hijos y así mismo, se consultan más las dificultades en el desarrollo con el médico, pero dentro de este trastorno se muestra que es elevada la proporción de madres y padres sin graduación escolar. Nuestro estudio arrojó el 3.3% educación básica, 27.9% secundaria, 45.9% preparatoria y 23% para licenciatura y posgrado, a pesar de la similitud de los resultados en secundaria y preparatoria, no son comparables en básico ni licenciatura o posgrado, esto puede deberse a las diferencias de la población ya que la población latinoamericana tiende a tener menor nivel de estudios, en nuestra población de estudio se observó que los casos se registraron en población con padres con secundaria y preparatoria.

Pineda D et al en un estudio realizado en Colombia en 1999 intentaron estimar la frecuencia y la prevalencia del TDAH en una población escolar y preescolar, además de analizar la influencia de las variables de género, edad y estado socioeconómico en el trastorno. Se obtuvo una muestra de 540 niños, utilizaron dos grupos de géneros, tres de edades (4-5, 6-11 y de 12 a 17 años) y utilizaron la escala de síntomas del DSM-IV, concluyendo que las variables sociodemográficas son correlatos significativos del diagnóstico, se obtuvo una frecuencia más alta de la que generalmente se informa 8.5%, así como se demostró que la frecuencia es más elevada en niños 72% que en niñas 28% <sup>(37)</sup>. Con respecto a nuestro estudio encontramos similitudes, como el que se haya realizado en una población latina, la frecuencia que se encontró en nuestro estudio fue de 6.6% que también es mayor a la reportada en la literatura, el género que resultó predominante también fue el masculino. Sin embargo, utilizaron una escala diversa para identificar los posibles casos por lo que se tendría que proponer un estudio en el cual se aumentaran las variables sociodemográficas y además se compararan los resultados obtenidos por la prueba de Conners y el cuestionario del DSM-V. Esto daría más profundidad a los resultados obtenidos

### **Limitaciones del estudio**

Considerado el TDAH como una patología multifactorial, sería oportuno e imprescindible que en el proceso de evaluación y seguimiento de los niños diagnosticados con TDAH en los servicios de salud se estableciera un protocolo de uso sistemático para conocer con objetividad y para futuras investigaciones así como del medio donde el niño se desarrolla ampliando el interrogatorio clínico y/o con la entrega de una documentación basada en preguntas dirigidas a los progenitores sobre otros datos precisos e interesantes en el niño. Paralelamente, cuantificar los hábitos maternos y paternos en cuanto a consumo de tabaco, medicamentos, drogas y/o alcohol durante el embarazo y durante la infancia del niño, las horas diarias semanales que el niño está en compañía con cada uno de ellos y con sus hermanos, el tiempo destinado al ocio, excursiones, actividades recreativas (cine, teatro, museos, exposiciones) y/ viajes.

No se ha podido estudiar la sospecha de esta patología en los niños por debajo de los 6 años y por arriba de los 11 años.

Resulta un desafío para los médicos familiares que no son expertos en neurodesarrollo y con un tiempo de atención limitado a cada niño y su familia, motivo por el cual, ante las primeras sospechas fundamentadas por los padres y el profesorado de Educación Infantil, se tendría que recurrir a una prueba de escrutinio de fácil y rápida aplicación como lo es la de Connors para padres que de mostrarse alterada permitiría, poner en marcha medidas de referencia, terapéuticas y/o educativas, disminuyendo su incidencia sintomática.

Solo se centró en derechohabientes pediátricos que acudieron a consulta externa o área de urgencias de HGZ/UMF No8, con limitación en cuanto a recursos económicos, por lo que en futuras investigaciones se sugiere la realización a los tres niveles de atención médica, sin limitarse a áreas específicas del servicio de pediatría para poder ser extrapolada a otros centros hospitalarios.

Su relevancia para la **práctica asistencial**, ya que se trata de pacientes que presentan una enfermedad crónica, la cual puede ser controlada, si se da un diagnóstico temprano y adecuado seguimiento, orientación y promoción de la salud, así como tratamiento desde el primer nivel de atención médica. Ya que al ser médicos familiares investigar las redes de apoyo e informar en la medida de lo posible a la familia sobre el padecimiento al cual se enfrentan para así evitar las complicaciones que esta patología conlleva.

En cuanto al **aspecto educativo**: Es importante conocer los factores involucrados en la dinámica familiar que pudieran perpetuar la sintomatología, debido al desconocimiento del trastorno por parte de la población y no solo de ellos sino también por parte de los médicos de primer nivel de atención. Todo esto para poder educar a la familia y que se genere un ambiente de armonía y comprensión para el paciente. Educar a la población en general sobre el padecimiento y así poder identificar de manera oportuna a pacientes, en cualquier rango de edad y realizar la promoción y prevención a la salud, con el fin de evitar las comorbilidades, de esta manera también podremos hacer hincapié en los programas y normas ya establecidos, para concientizar al personal de salud que están en contacto con los pacientes, mejorando su calidad de vida. Así como fortalecer los conocimientos de todo el personal de salud de primer nivel, para poder brindar una orientación adecuada en este tipo de pacientes.

Para el **área de investigación**: Este estudio puede ser aplicado en diferentes aspectos, ya sea para profundizar en una o más de las variables que se estudiaron, haciendo un seguimiento durante un plazo de tiempo mayor de los mismos pacientes e investigando a los nuevos, para de esta manera hacer una vigilancia estrecha. Y no solo profundizar sino también agregar variables para la realización de futuros estudios, también incrementar el tamaño de la muestra y realizarlo en otras sedes hospitalarias y niveles de atención con el objetivo de mejorar los resultados en este proyecto. Así como hacer estudios comparativos en diferentes unidades de medicina familiar y poder identificar donde se encuentran las mayores debilidades y poder controlarlas con el fin de ayudar al paciente de una manera oportuna.

En el **rubro Administrativo**: Esta investigación nos ayuda a tener mayor conocimiento del trastorno y que así identifiquemos y limitemos los factores de riesgo, y en caso de sospecha realizar las medidas pertinentes para que el paciente cuente con un adecuado control, evitaremos la desviación de recursos tanto humanos como materiales hacia las patologías que se presentan como comorbilidades del TDAH, con el fin de evitar los grandes gastos económicos que de ellas se desprenden, se podría orientar en la aplicación de programas con mayor impacto en la población, mejorar la calidad de las herramientas que se brindan al personal de salud para que sean costo efectivas no solo económicamente sino también en área de tiempo, ayudando así a mejorar la calidad en la atención medica de primer nivel.

## 22.CONCLUSIONES

En el presente estudio se cumplió el objetivo pues se encontró que el 6.6% de la población presento sospecha para TDAH, entre los cuales el sexo masculino mostro mayor frecuencia siendo la relación 3:1 con respecto a los femeninos, lo que coincide con la mayor proporción de niños en comparación con las niñas con el diagnóstico de TDAH datos registrados en la literatura.

Con los resultados obtenidos en nuestro estudio, de acuerdo con las hipótesis planteadas con fines educativos, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, concluyéndose que se identificaron pacientes pediátricos que acuden a la consulta externa y a urgencias del servicio de pediatría como sospechosos de portar TDAH, además encontramos rasgos en nuestro grupo de pacientes identificados que se relacionan con la literatura, pudiéndose plantear como factores de riesgo.

La edad más encontrada fue de 9-11 años. Se identificó que los pacientes presentaron con mayor frecuencia escolaridad primaria y escuela tipo de gobierno.

Su principal motivo de consulta fue traumatismos y el segundo motivo causas dermatológicas (dermatitis). Se observo que las dificultades generales en la salud y los accidentes o tropiezos del niño con TDAH se relacionan y son frecuentes en este tipo de pacientes. Así como la probable asociación de atopias con el TDAH.

En el estado civil de los padres, solteros fue lo más frecuente; La escolaridad de los padres que más se presento fue secundaria y preparatoria; en hijos de padres empleados y siendo mamá o papá el principal cuidador se presentó con mayor frecuencia la identificación de TDAH.

Se valoro el TDAH dentro del sistema sanitario, y se amplió el conocimiento con respecto al mismo.

Por lo tanto la importancia del presente estudio se deriva a la atención de primer nivel como idónea para identificar los casos sospechosos y así derivarlos para su protocolización, ya que el TDAH es una realidad palpable y que está demostrado que si se brinda un diagnóstico en tiempo y en forma interdisciplinaria favorecerá un tratamiento oportuno impactando en la disminución de las consecuencias que se presentan como secuelas del TDAH no tratado en la infancia con repercusión en la edad adulta.

## 23.BIBLIOGRAFIA

1. Banaschewski T, Becker K, Döpfner M, Holtmann M, Rösler M, Romanos M. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Dtsch Arzteblatt Int. 2017;114(9):149–159.
2. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), 5ta edición. Madrid: Medica Panamericana, 2014
3. Hauck TS, Lau C, Wing LLF, Kurdyak P, Tu K. ADHD Treatment in Primary Care: Demographic Factors, Medication Trends, and Treatment Predictors. Can J Psychiatry. junio de 2017;62(6):393-402.
4. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. Am J Psychiatry. 2007;164(6):942–94
5. Barrios O, Matute E, Ramírez-Dueñas M de L, Chamorro Y, Trejo S, Bolaños L. Características del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares mexicanos de acuerdo con la percepción de los padres. Suma Psicológica. julio de 2016;23(2):101-8.
6. Secretaria De Salud Programa De Acción En Salud Mental En México, 2013-2018. Disponible en [www.gob.mx](http://www.gob.mx).
7. Instituto Nacional de Geografía y Estadística 2010
8. Rivas-Juevas C, de Dios JG, Benac-Prefaci M, Colomer-Revuelta J. Análisis de los factores ligados al diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. Neurología. septiembre de 2017;32(7):431-9.
9. Wilma R-FG. Etiología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y características asociadas en la infancia y niñez. Acta Investig Psicológica. 2013;3(2):1079–1091.
10. Vélez-van-Meerbeke A, Talero-Gutiérrez C, Zamora-Miramón I, Guzmán-Ramírez GM. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: de padres a hijos. Neurología. abril de 2017;32(3):158-65.
11. Agudelo JA, Gálvez JM, Fonseca DJ, Mateus HE, Talero-Gutiérrez C, Vélez-Van-Meerbeke A. Evidencia de asociación entre el genotipo 10/10 de DAT1 y endofenotipos del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Neurología. 2015;30(3):137–143.
12. Rodillo BE. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. Rev Médica Clínica Las Condes. 2015;26(1):52–59.

13. Sánchez-Villegas Ma, Cortes A, Hidalgo R, Escamilla A, Vargas V, Castellanos J. Niveles de plomo en niños con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista Médica del IMSS*, vol 52, num 1, 2014.
14. Anand D, Colpo GD, Zeni G, Zeni CP, Teixeira AL. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Inflammation: What Does Current Knowledge Tell Us? A Systematic Review. *Front Psychiatry* 9 de noviembre de 2017.
15. Ramtekkar U. DSM-5 Changes in Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder: Implications for Comorbid Sleep Issues. *Children*. 27 de julio de 2017;4(8):62.
16. Saucedo García JM. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un problema de salud pública. *Rev Fac Med México*. 2014;57(5):14–19.
17. García T, González-Castro P, Pérez CR, Cueli M, Álvarez DÁG y L. Alteraciones del funcionamiento ejecutivo en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y sus subtipos. *Psicol Educ*. junio de 2014;20(1):23-32.
18. Rubio-Grillo MH, Salazar-Torres LJ, Rojas-Fajardo A. Procedural Motor Skills and Interference in the Academic Life Routine of a Group of Schoolchildren with Signs and Symptoms of ADHD. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2014;43(1):18–24.
19. Marín-Méndez JJ, Borra-Ruiz MC, Álvarez-Gómez MJ, Soutullo Esperón C. Desarrollo psicomotor y dificultades del aprendizaje en preescolares con probable trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Estudio epidemiológico en Navarra y La Rioja. *Neurología*. octubre de 2017;32(8):487-93.
20. Guerra-Prado D, Mardomingo-Sanz ML, Ortiz-Guerra JJ, García-García P, Soler-López B. Evolución del estrés familiar en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En: *Anales de Pediatría*. Elsevier; 2015. p. 328–335.
21. Muskens JB, Velders FP, Staal WG. Medical comorbidities in children and adolescents with autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorders: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. septiembre de 2017;26(9):1093-103.

22. Reinhardt MC, Reinhardt CAU. Attention deficit-hyperactivity disorder, comorbidities, and risk situations. *J Pediatr (Rio J)*. marzo de 2013;89(2):124-130
23. Balazs J, Keresztesy A. Attention-deficit/hyperactivity disorder and suicide: A systematic review. *World J Psychiatry*. 2017;7(1):44.
24. Amiri S, Sadeghi-Bazargani S, Nazari S, Ranjbar F, Abdi S, Attention déficit/hyperactivity disorder and risk of injuries: A systematic review and meta-analysis. *J Inj violence Rest*. 2017: 95-105
25. Granados A, Sauer T, Arriaga E, Ramírez M. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes, en atención primaria y especializada. Consejo de Salubridad General. Disponible en [www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx).
26. Mannuza S, Klein DF, Bessier A, Shrout P. Accuracy of adult recall of Childhood attention déficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 2002; 159: 1882-1888
27. Rabito-Alcon M, Correas-Lauffer J. Guías para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: una revisión crítica. *Actas Esp Psiquiatr*. 2014;42(6):315–24.
28. Soutullo C, Álvarez-Gómez MJ. Bases para la elección del tratamiento farmacológico en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*. 2013;56(Supl 1): S119–S29.
29. Huss M, Duhan P, Gandhi P, Chen C-W, Spannhuth C, Kumar V. Methylphenidate dose optimization for ADHD treatment: review of safety, efficacy, and clinical necessity. *Neuropsychiatr Dis Treat*. julio de 2017; Volume 13:1741-51.
30. Rezaei G, Hosseini SA, Sari AA, Olyaeemanesh A, Lotfi MH, Yassini M, et al. Comparative efficacy of methylphenidate and atomoxetine in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Med J Islam Repub Iran*. 2016; 30:325.
31. Bolfer C, Pacheco SP, Tsunemi MH, Carreira WS, Casella BB, Casella EB. Attention-deficit/hyperactivity disorder: the impact of methylphenidate on working memory, inhibition capacity and mental flexibility. *Arq Neuropsiquiatr*. abril de 2017;75(4):204-8.

32. Palacios-Cruz L, De la Peña Olvera F, Victoria Figueroa G, Arias Caballero A, De la Rosa Muñoz L, Valderrama Pedroza A, et al. Conocimientos y creencias sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en maestros de tres países latinoamericanos. *Salud Ment.* 2013;36(4):285–290.
33. Giménez García, L. Tratamiento cognitivo-conductual de problemas de conducta en un caso de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes.* 2014;1(1):79-88.
34. Moreno Fontiveros M, Martínez Vera M, Tejada González et al. Actualización en el tratamiento del trastorno del déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en atención Primaria. *REV CLIN MED FAM.* 2015;8(3):231-239
35. Gómez Quiñones, Picón Cepeda, Remolina Hortua, et al. Utilidad de la escala de Connors en la identificación de los síntomas de Déficit de atención e hiperactividad en niños y niñas con retraso mental. *Rev. Fac. Cien.* 2004;1(2):83-85.
36. Hernández Hernández A, Montiel Ramos T, Martínez Borrayo J. Identificación por padres y maestros de síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Acta.comb.psicol.* 2014;17 (2):33-41,
37. Del Gordo D, Sánchez Solano D, Montañó J, Leguizamo R. Déficit de atención con y sin hiperactividad y su relación con lesiones traumatológicas en niños entre 6 y 12 años en la clínica El Prado de la Ciudad de Santa Marta. *Rev. Fac. Cien.* 2009; 6(2):124-133.
38. Pineda D, Ardila A, Rosselli M, Arias BE, Henao GC, Gomez LF, Mejia SE, Miranda ML. Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in 4- to 17-yearold children in the general population. *J Abnorm Child Psychol.* 1999 Dec;27(6):455-62
39. Pastor P, Reuben C, Duran C, Hawkins L. Association between diagnosed ADHD and selected characteristics among children aged 4-17 years: United States, 2011- 2013. *NCHS Data Brief.* 2015 May;(201):1-8
40. Baron-Cohen S, Lombardo MV, Auyeung B, Ashwin E, Chakrabarti B, ¿Knickmeyer R. Why are autism spectrum conditions more prevalent in males? *PLoS Biol* 2011; 9: 100-108
41. Ingudomnukul E, Baron-Cohen S, Wheelwright S, Knickmeyer R. Elevated rates of testosterone-related disorders in women with autism spectrum conditions. *Horm Behav* 2007; 51: 597-604

42. Silva D, Colvin L, Hagemann E, Bower C. Environmental risk factors by gender associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2014 Jan;133(1): 14-22.
43. Schmitt J, Buske-Kirschbaum A, Roessner V. Is atopic disease a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder a systematic review. *Allergy* 2010; 65: 1506-1524
44. Tsai MC, Lin HK, Lin CH, Fu LS. Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in pediatric allergic rhinitis: a nationwide population-based study. *Allergy Asthma Proc* 2011; 32: 41-6
45. Law EC, Sideridis GD, Prock LA, Sheridan MA. Attention-deficit/hyperactivity disorder in young children: predictors of diagnostic stability. *Pediatrics*. 2014 Apr;133(4):659-67

## **24.ANEXOS**

**“IDENTIFICACIÓN CON PRUEBA DE ESCRUTINIO DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN PACIENTES PEDIATRICOS QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF N°8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**Datos sociodemográficos**

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

**Folio:** \_\_\_\_\_

**Expediente:** \_\_\_\_\_

**Nombre:**

\_\_\_\_\_

**Edad al momento del estudio:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** F (1) M (2)

**Escolaridad:**

(1) Primaria

(2) Secundaria

**Tipo de escuela:**

(1) Gobierno

(2) Privada

**Motivo de consulta:**

1. Enfermedad respiratoria
2. Enfermedad gastrointestinal
3. Traumatismo
4. Enfermedad del tracto urinario
5. Enfermedad del sistema nervioso

**Religión:**

- (1) Si
- (2) No

**Estado civil de los padres**

- 1. Solteros
- 2. Casado/ Unión libre
- 3. Divorciado / separado
- 4. Viudo

**Escolaridad de los padres**

- 1. Primaria
- 2. Secundaria
- 3. Preparatoria/Bachillerato
- 4. Licenciatura
- 5. Posgrado

**Ocupación de los padres**

- (1) Empleado
- (2) Desempleado

**Principal cuidador**

- (1) Mamá o papá
- (2) Otros familiares

### Cuestionario de conducta de Conners para padres (Forma abreviada)

Descripciones	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Es impulsivo, irritable.				
2. Es llorón/a.				
3. Es más movido de lo normal.				
4. No puede estarse quieto/a.				
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
6. No acaba las cosas que empieza				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
<b>TOTAL</b>				

**Instrucciones:**

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS.  
 POCO = 1 PUNTO.  
 BASTANTE = 2 PUNTOS.  
 MUCHO = 3 PUNTOS
- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.
- Puntuación:  
 Para los **NIÑOS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >16 es **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

## CRONOGRAMAS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACIÓN NO. 3 SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8  
 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"  
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

**TÍTULO DEL PROYECTO: "IDENTIFICACIÓN CON PRUEBA DE ESCRUTINIO DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF N°8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

”  
 2017-2018

FECHA	MARZO 2017	ABRIL 2017	MAYO 2017	JUNIO 2017	JULIO 2017	AGOSTO 2017	SEPTIEMBRE 2017	OCTUBRE 2017	NOVIEMBRE 2017	DICIEMBRE 2017	ENERO 2018	FEBRERO 2018
Idea a estudiar	X											
Título		X										
Antecedentes			X									
Planteamiento del problema				X								
Justificación				X								
Objetivos					X							
Hipótesis					X							
Material y métodos						X						
Tipo de estudio						X						
Diseño metodológico							X					
Población							X					
Lugar y tipo de estudio								X				
Tipo y tamaño de la muestra								X				
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación								X				
Variables									X			
Definición de las variables									X			
Diseño estadístico									X			
Instrumentos de recolección										X		
Método de recolección										X		
Cronograma										X		
Recursos											X	
Consideraciones éticas											X	
Bibliografía											X	
Reporte de protocolo												X

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACIÓN NO. 3 SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8  
 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"  
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

TÍTULO DEL PROYECTO: "IDENTIFICACIÓN CON PRUEBA DE ESCRUTINIO DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF N°8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"  
 2018-2020

FECHA	MARZO 2018	ABRIL 2018	MAYO 2018	JUNIO 2018	JULIO 2018	AGOSTO 2018	SEPTIEMBRE 2018	OCTUBRE 2018	NOVIEMBRE 2018	DICIEMBRE 2018	ENERO 2019	FEBRERO 2019
Prueba piloto			X									
Ejecución del proyecto				X								
Recolección de datos					X	X	X	X				
Almacenamiento de datos								X				
Análisis de datos								X				
Descripción de datos									X			
Discusión de datos									X			
Conclusión										X		
Integración y revisión final										X		
Reporte final											X	
Autorizaciones											X	
Impresión del trabajo												X
Publicación												X

**Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM-V**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Criterio A1.</b> Seis o más de estos <b>síntomas de déficit de atención</b> persisten desde hace más de 6 meses (para mayores de 17 años, al menos 5 síntomas)             <ul style="list-style-type: none"> <li>– A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades</li> <li>– A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (conferencias, lectura larga...)</li> <li>– A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente</li> <li>– A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (inicia tareas, pero rápidamente pierde el foco)</li> <li>– A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (desordenados, desorganizados, mala gestión del tiempo...)</li> <li>– A menudo evita, le disgusta o es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos, revisar documentos largos, preparar informes...)</li> <li>– A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas, carteras, gafas, móviles...)</li> <li>– A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes (en jóvenes y adultos, pueden pensar, por ejemplo, en cosas no relacionadas)</li> <li>– A menudo es descuidado en las actividades diarias (tareas, mandados, faltar a citas, pagar facturas...)</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Criterio A2.</b> Seis o más de estos <b>síntomas de hiperactividad-impulsividad</b> persisten desde hace más de 6 meses (para mayores de 17 años, al menos 5 síntomas)             <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Síntomas de hiperactividad</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento</li> <li>– A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado</li> <li>– A menudo corre o salta en situaciones en las que es inapropiado (en adultos pueden mostrar intranquilidad)</li> <li>– A menudo no puede jugar o participar en actividades de ocio en voz baja</li> <li>– A menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor (en restaurantes, reuniones)</li> <li>– A menudo habla en exceso</li> </ul> </li> <li>– <b>Síntomas de impulsividad</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– A menudo precipita respuestas antes de haber sido formuladas las preguntas (completa las frases de los demás, no puede esperar adecuadamente su turno en una conversación)</li> <li>– A menudo tiene dificultades para guardar turno</li> <li>– A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (se entromete en conversaciones o juegos, utiliza cosas de otros sin esperar permiso, invade y se apropia de lo que otros están haciendo)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Criterio B.</b> Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causan alteraciones están presentes antes de los 7 años de edad</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Criterio C.</b> Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más entornos (casa, escuela...)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Criterio D.</b> Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Criterio E.</b> Los síntomas no aparecen en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental</li> </ul>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<b>"IDENTIFICACIÓN CON PRUEBA DE ESCRUTINIO DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF N°8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"</b>						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Ciudad de México, marzo 2017 a febrero 2020						
Número de registro:	En tramite						
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar con prueba de escrutinio la presencia de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en pacientes pediátricos que acuden a los servicios de pediatría del Hospital General de Zona con UM No 8. Para generar un foco rojo en los padres y que se busque la ayuda pertinente y por otro lado para concientizar sobre la frecuencia de presentación de este padecimiento.						
Procedimientos:	Se aplica cuestionario de Connors abreviado para padres.						
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificar a los sujetos de estudio que presenten TDAH						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto, solo se informará en caso de datos relevantes						
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto						
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:							
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:							

Vilchis Chaparro Eduardo, Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación, Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar, HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, Mat 99377278 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax.

Colaboradores:

Espinoza Anrubio Gilberto, Jefe de enseñanza e investigación del HGZ/UMF N°8, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF N°8, Mat 99374232, Teléfono 55506422 ext. 28235 Cel: 5535143649 Fax: No Fax.

Dr Jorge Sánchez Pineda, Asesor Clínico, Adscrito Al Servicio De Medicina Familiar, HGZ UMF8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO", matrícula 99379893 teléfono 5575121338 fax: no email jomshuk@gmail.com

Dra. Sandoval Ibarra Lucia, Médico Residente De Medicina Familiar, HGZ UMF8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO", matrícula 97371494 teléfono 5568175641 fax: no, email: [sandoval.ibarra.lucy@gmail.com](mailto:sandoval.ibarra.lucy@gmail.com)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de ambos padres o  
tutores o representante legal

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación sin omitir información relevante del estudio.

**Clave: 2810-009-011**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION REGIONAL CENTRO  
DELEGACION SUR CIUDAD DE MEXICO  
HGZ/UMF No.8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

Ciudad de México, enero 2019.

**Fecha:** 20 de diciembre de 2018

**ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE.**

Por medio de la presente le informo a usted que no existe inconveniente para que el **investigador Esp. Espinoza Anrubio Gilberto, Médico Familiar. Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, Matrícula: 99374232** y con adscripción en el HGZ/UMF No.8, realice la investigación titulada: **“IDENTIFICACIÓN CON PRUEBA DE ESCRUTINIO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF N°8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**, dicha investigación pretende llevarse a cabo en el HGZ/UMF No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Sur CDMX, en la cual me desempeño como Medico de base. La presente investigación será llevada a cabo en el período comprendido del 1° de marzo de 2017 al 28 de febrero del 2020. El procedimiento que se llevará a cabo será seleccionando pacientes con una edad comprendida entre 2-12 años que acudan a los servicios de pediatría, se aplicara el test de Connors para padres y se recabarán los datos correspondientes a las variables socio demográficas y resultados del test.

Por lo que no tengo ningún inconveniente en otorgar las facilidades al **Esp. Espinoza Anrubio Gilberto** y a la **Médico Residente de 2do año de Medicina Familiar Sandoval Ibarra Lucia** para que realicen la recolección de información y selección de pacientes en esta unidad.

Sin más por el momento me despido de usted con un cordial saludo.

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA**  
**DIRECTOR**