



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

Asociación entre los síntomas de
inatención e hiperactividad y la
percepción de problemas de
comportamiento por parte de los padres
en pacientes con trastornos por déficit de
atención e hiperactividad.

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN:

NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA

P R E S E N T A:

Dra. Diana Lorena Matos de
Fajardo



TUTOR:

Dr. Eduardo Barragán Pérez



CIUDAD DE MÉXICO

FEBRERO 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

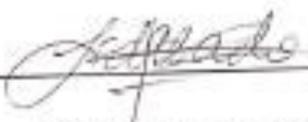
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

HOJA DE FIRMAS:


DR. SARBELIO MORENO ESPINOSA,
DIRECTOR DE ENSEÑANZA Y DESARROLLO ACADÉMICO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GOMEZ.


DIRECTOR DE TESIS:
DR EDUARDO BARRAGÁN PEREZ,
JEFE DE DEPARTAMENTO DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GOMEZ.


ASESOR DE TESIS
DR. DANIEL EDUARDO ALVAREZ AMADO,
MEDICO ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GOMEZ.

DEDICATORIA:

Al engranaje perfecto de circunstancias y personas que hicieron posible este logro.

INDICE:

Contenido

HOJA DE FIRMAS:	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA:	- 2 -
INDICE:	- 3 -
RESUMEN.	- 4 -
ANTECEDENTES:	- 5 -
MARCO TEÓRICO:	- 8 -
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	- 11 -
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:	- 12 -
JUSTIFICACIÓN:	- 13 -
HIPÓTESIS:	- 14 -
OBJETIVOS:	- 15 -
MÉTODOS:	- 16 -
PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO:	- 17 -
DESCRIPCIÓN DE VARIABLES:	- 18 -
RESULTADOS DEL ESTUDIO:	- 20 -
DISCUSIÓN:	- 23 -
CONCLUSIÓN:	- 25 -
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:	- 26 -
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:	- 27 -
LIMITACIONES DEL ESTUDIO:	- 29 -
ANEXOS:	- 30 -

RESUMEN.

ANTECEDENTES: El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), afectan el funcionamiento ejecutivo, conductual, emocional y social. Existen escalas que permiten medir la severidad de los síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad, así como la percepción de los problemas de comportamiento de los padres como es la Escala de Evaluación para TDAH (TDH-5) desarrollada por George DuPaul y colaboradores.

OBJETIVO: Establecer la relación entre los síntomas predominantes del TDAH y la percepción de problemas de comportamiento por parte de los padres a través de la escala TDH5.

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron pacientes de la consulta de neurología entre 5 y 17 años. Se midió la severidad de síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad, así como las seis escalas de percepción de los padres sobre problemas de comportamiento (relaciones familiares, relaciones con los pares, tareas, desempeño académico, conducta y autoestima) a través de la escala TDH5.

RESULTADOS: Fueron evaluados 40 pacientes con una media de 9.85 años (DE ± 3.04), 32% mujeres (n=13) y 68% hombres (n=27). Del total, 25 pacientes no presentaban comorbilidades y de aquellos con comorbilidad (n=15) un 40% (n=6) presentaban discapacidad intelectual, 26% (n=4) trastorno del desarrollo del lenguaje, 13% epilepsia (n=2), 13% negativista desafiante y 8% (n=1) con trastorno del espectro autista. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el puntaje de inatención y: la percepción de los padres sobre el desempeño académico ($\rho=0.42$; $p=0.0067$), sobre los problemas conductuales ($\rho=0.39$; $p=0.011$), y sobre problemas de autoestima ($\rho=0.50$; $p<0.0001$), sin encontrarse correlación con el resto de puntajes valorados por la escala y el puntaje inatención, ni en los pacientes con puntajes de hiperactividad-impulsividad.

CONCLUSIONES: Los síntomas de inatención en los pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad-impulsividad se encuentran asociados a problemas conductuales, desempeño académico y autoestima; siendo más fuerte la asociación a problemas de autoestima.

ANTECEDENTES:

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), ha ganado gran importancia en los últimos años por su gran frecuencia en niños y adolescentes, sin embargo es una enfermedad que ha existido desde hace más de un siglo, la primera definición la realizó G. Still, en 1902, quien describió a niños con problemas en la atención sostenida así como la autorregulación de la misma y la cataloga como un problema en el control moral de la conducta, para 1914, A. Tredgold habló sobre una disfunción cerebral o encefalitis letárgica en la cual se afecta el área del comportamiento, explicando así a la hipercinesia e impulsividad como algo compensatorio a esto, y es hasta 1937 que Bradley descubrió de forma casual los efectos terapéuticos de las anfetaminas en los niños hiperactivos. En 1947, se aplica el término «disfunción cerebral mínima» por Strauss y Lehtinen para aquellos niños con trastornos de conducta, pero sin la suficiente evidencia de patología cerebral. Lauferr y Denhoff para 1957 cambian la denominación a síndrome hiperkinético, en 1968, es incluida en el DSM-II como una reacción hiperkinética en la infancia y para 1980 el DSMIII utiliza ya el término trastorno de déficit de atención hasta llegar al DSM-IV en el 2001 como trastorno por déficit de atención con hiperactividad, que es como lo conocemos ahora¹.

En las tres últimas décadas se han ido modificando los parámetros de diagnóstico del TDAH y de la misma forma cambiando las escalas de Evaluación clínica de esta enfermedad, incluso en la separación de las mismas para las que son aplicadas en grupos de edad, siendo algunas aplicadas en niños y otras en los adolescentes ², como parte de las escalas ya valoradas está el ejemplo de Márquez-Caraveo y colaboradores en 2009 en México, los cuales elaboraron y validaron un instrumento de evaluación de los síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) para maestros, dirigido a la evaluación de los síntomas de TDAH, trastornos externalizados y dificultades en el funcionamiento escolar de niños y adolescentes, y el cual se aplicó a 282 pacientes entre 5 a 17 años que acudieron a consulta de psiquiatría infantil, el análisis factorial de la escala derivó en 5 factores que explicaron 59,1 % de la varianza: hiperactividad y problemas de conducta, disocial predatorio, inatención, dificultades en el funcionamiento y alteraciones motoras³, mientras que Giulia Balboni y Colaboradores, en el año 2016 en su estudio desarrollado en Italia, realizan una evaluación del comportamiento adaptativo en niños con trastorno por déficit de atención / hiperactividad (TDAH) y/o trastornos específicos del aprendizaje (SLD), con el objetivo de identificar qué subconjuntos de elementos de Vineland-II pueden discriminar a los niños con TDAH o SLD de compañeros con

desarrollo típico, para eso participaron 24 niños con TDAH, y 61 con Trastornos Específicos de Aprendizaje; encontrando una combinación de cuatro subconjuntos de elementos (Escuchar y atender, expresar ideas complejas, comunicación social y seguimiento de instrucciones) y lograron clasificar a los niños con TDAH y las separa de las habilidades puras de lectura, escritura y orientación en tiempo⁴. Krieger, y Cols en el año 2019, intenta recalcar esta limitación de las funciones ejecutivas en su estudio en el cual se elaboran una investigación con 118 adolescentes (75 con TDAH y 43 controles) aplicando test aplicado a padres, maestros y los propios adolescentes en los cuales se encontró la concordancia de las aplicaciones a cada uno con disfunción ejecutiva presente en los niños con TDAH y la ausencia respectiva en el grupo control, sugiriendo la incorporación rutinaria de métodos de valoración en la práctica clínica y complementar la precisión del diagnóstico y de la intervención,³ en sentido a esto es importante conocer que una forma de evaluar las funciones ejecutivas es mediante el uso de pruebas medidas por valoración neuropsicológica o por escalas de valoración, las cuales evalúan comportamientos observables que están estrechamente relacionados con los procesos ejecutivos, evaluados y proporcionan más información que estas últimas sobre el logro en la consecución de metas (Toplak et al., 2017)⁵.

En relación a la escala de evaluación TDH5 incluye 18 reactivos con la intención de reflejar los criterios del DSM-5 con mucha fidelidad y al mismo conservar la brevedad, uno de los cambios que se realizaron en esta escala es omitir la frase “a menudo” de la descripción sintomática, debido que se solicita a los participantes la frecuencia sintomática que mejor describa la conducta durante los seis últimos meses, o en el caso de los maestros, desde el inicio del año escolar, por lo que cada versión de esta escala separa el escenario para padres, maestros y de la misma forma si estos son aplicados en niños o adolescentes⁵.

En el pasar de los años se realizan estudios en relación a los trastornos de comportamiento, principalmente en Autoestima, como en el caso de Preckel et al, 2013; así como Sowislo y Orth en el mismo año, los cuales encuentran que la baja autoestima predice una serie de resultados desadaptativos, como depresión, ansiedad y problemas interpersonales. En cuanto a las características particulares de los pacientes en relación a la autoestima, con respecto al sexo las autodeclaraciones negativas de fracaso personal fueron según Gershon (2002) y Rucklidge (2008) más alto en las niñas con TDAH, ellas tenían más problemas de internalización, con tasas más altas de depresión y ansiedad, en comparación con los niños con TDAH⁶. Con respecto a la edad en el 2012 Birkeland et al., Harter, en el mismo año 2012 y Kuzucu et al., 2014 encuentran como grupo etario más vulnerable

a la adolescencia temprana y la transición a la escuela secundaria, debido a que catalogan este periodo como sensible para el desarrollo de la autoestima⁷. Además, demostraron que las puntuaciones eran más bajas para los niños con TDAH que tenían síntomas internalizantes comórbidos de depresión o ansiedad en este estudio, los estudiantes eran más jóvenes y estaban en la edad en que el autoconcepto aún se está desarrollando.

MARCO TEÓRICO:

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad como su nombre lo indica se manifiesta con síntomas de hiperactividad, impulsividad y / o falta de atención, y su aparición se da desde la infancia y afectan el funcionamiento cognitivo, académico, conductual, emocional y social de la persona; el diagnóstico necesita de la identificación de los síntomas y poder clasificarlo según la predominancia de los mismos, ya sea: falta de atención, hiperactividad-impulsividad o los dos. Los estudios epidemiológicos han encontrado que el TDAH afecta aproximadamente a 5,9- 7.1% de niños y adolescentes de Estados Unidos (Willcutt, 2012)⁸.

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría ha definido criterios de consenso para el diagnóstico de TDAH, que se publican en el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición (DSM-5). La aplicación que se realiza en niños <17 años, requiere ≥ 6 síntomas de hiperactividad e impulsividad o ≥ 6 síntomas de falta de atención. A diferencia de los adolescentes ≥ 17 años y adultos que se requieren ≥ 5 síntomas de hiperactividad e impulsividad o ≥ 5 síntomas de falta de atención⁸.

Los síntomas de hiperactividad-impulsividad o falta de atención deben:

- Ocurrir a menudo.
- Estar presente en más de un entorno.
- Persistir durante al menos seis meses.
- Estar presente antes de los 12 años.
- Función deficiente en actividades académicas, sociales u ocupacionales.
- Ser excesivo para el nivel de desarrollo del niño.

Según la predominancia de los síntomas se podrá clasificar como: Predominantemente falta de atención, Predominante hiperactivo-impulsivo o Combinado⁸.

Criterios de diagnóstico de la clasificación internacional de enfermedades para el trastorno hiperactivo.

Síntomas de falta de atención:

- A menudo no presta mucha atención a los detalles o comete errores por descuido en el trabajo escolar, el trabajo u otras actividades.

- A menudo no logra mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- A menudo parece no escuchar lo que se le dice.
- A menudo no cumple con las instrucciones o no termina el trabajo escolar, las tareas domésticas o los deberes en el lugar de trabajo (no debido a un comportamiento de oposición o falta de comprensión de las instrucciones).
- A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- A menudo evita o le desagradan mucho las tareas, como la tarea, que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- A menudo pierde cosas necesarias para ciertas tareas y actividades, como tareas escolares, lápices, libros, juguetes o herramientas.
- A menudo se distrae fácilmente con estímulos externos.
- Suele ser olvidadizo en el curso de sus actividades diarias⁸.

Síntomas hiperactivos:

- A menudo se mueve nerviosamente con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- Deja su asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
- A menudo corre o trepa excesivamente en situaciones en las que no es apropiado (en adolescentes o adultos, solo pueden estar presentes sentimientos de inquietud).
- Suele ser demasiado ruidoso al jugar o tiene dificultad para participar tranquilamente en actividades de ocio.
- Exhibe un patrón persistente de actividad motora excesiva que no se modifica sustancialmente por el contexto social o las demandas⁸.

Síntomas de impulsividad

- A menudo deja escapar respuestas antes de que se hayan completado las preguntas.
- A menudo no espera en filas o espera turnos en juegos o situaciones grupales.
- A menudo interrumpe o se entromete en otros (por ejemplo, se entromete en las conversaciones o juegos de otros).
- A menudo habla en exceso sin una respuesta adecuada a las limitaciones sociales⁸.

Criterios adicionales

- Al menos seis síntomas de falta de atención, tres síntomas de hiperactividad y un síntoma de impulsividad han persistido durante al menos seis meses, en un grado que es desadaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo del niño.
- El inicio del trastorno no es posterior a los siete años.
- Se deben cumplir los criterios para más de un entorno.
- Los síntomas causan angustia clínicamente significativa o deterioro en el funcionamiento social, académico u ocupacional.
- El paciente no cumple los criterios de trastornos generalizados del desarrollo, episodio maníaco, episodio depresivo o trastornos de ansiedad⁸.

ESCALAS DE VALORACIÓN DE TDAH

El **Test TDH5** ayuda a identificar ejemplos de problemas de conducta relevantes para el desarrollo basado en descripciones del DSM-5, y con criterios diagnósticos basados en este. En esta escala se ha incorporado dos tipos de deterioro relacionadas con la falta de atención y dimensiones de hiperactividad-impulsividad, permitiendo evaluar el alcance de cada criterio del DSM-5; el cambio principal realizado en cada síntoma fue omitir la palabra "a menudo" de la descripción sintomática pidiendo a los encuestado que indiquen la frecuencia de cada síntoma en una escala de 4 puntos. ("nunca o rara vez", "a veces", "a menudo" o "muy a menudo"). Existe una versión realizada para los padres que determinen la frecuencia sintomática que mejor describe el comportamiento del niño o adolescente en el hogar durante los últimos 6 meses y los maestros de la misma forma en el mismo periodo de tiempo o desde el inicio del año escolar. Si el encuestado indica una falta de oportunidad para observar el comportamiento y omite un elemento, este no se incluye en la puntuación de la escala, si se omitiera tres o más elementos, el médico debe tener precaución a la interpretación. Las versiones para el hogar y la escuela de la Escala de calificación de TDAH-5 constan de dos subescalas de síntomas: inatención (nueve ítems) e hiperactividad-impulsividad (nueve ítems). La puntuación de cada subescala se calcula sumando las mismas de los ítems, existe una tercera evaluación de las relaciones con otros familiares o los compañeros, según sea el caso, también se valora el funcionamiento conductual, la conducta disruptiva y como sexto y último ítem a la autoestima, que a menudo se ve afectada en los niños y adolescentes con TDAH².

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El TDAH se considera parte de la clasificación de los trastornos mentales y es el más común que se presenta en niños y adolescentes, en el cual existe una alteración de la función ejecutiva, el cual se define como “un conjunto de procesos responsables de guiar, dirigir y administrar las funciones cognitivas, emocionales y de comportamiento, particularmente durante la resolución activa de nuevos problemas” (Gioia, Isquith, Guy y Kenworthy, 2000, p. 1), en esta investigación se propone como objetivo ampliar el conocimiento de la conducta de los pacientes con TDAH, valorándola a través de la aplicación de la escala de Evaluación TDH5 enfocados en detectar la percepción de los padres a cerca de sus hijos diagnosticados con este trastorno en relación a su comportamiento, sea este dentro de la relación con sus familiares, con sus pares, el desempeño escolar y su relación con ellos mismos a través de la percepción del autoestima⁵.

El TDAH como ya se mencionó anteriormente es un trastorno con gran contexto social, por lo que la percepción social es un indicador de diagnóstico e incluso de la respuesta de los pacientes a la terapéutica empleada, por lo que no se puede dejar de lado estudiar al paciente en su aspecto global, es decir no sólo desde el ámbito individual sino desde la percepción de su entorno social, así mismo entendiendo que la determinación de estos problemas de comportamiento no sólo deben ser vistos desde el contexto actual, es decir cómo afecta al paciente en este momento de su vida y desde ese escenario, sino que posteriormente este estudio sea el inicio de estudios y guías futuras que consideren la importancia de este conocimiento como prevención de otros problemas a un futuro a largo y mediano plazo como son: las conductas delictivas, la propensión a adicción, actividades antisociales, y como ya se mencionó la aparición de otras enfermedades mentales como la Ansiedad, Depresión y hasta el suicidio que tal como lo estipula la OMS este último en adolescentes es la segunda causa de muerte en personas entre 15 a 29 años en todo el mundo⁹.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es la relación entre los síntomas de inatención e Hiperactividad-impulsividad y la Percepción de los Padres de los pacientes con TDAH sobre los problemas de comportamiento de los niños, a través de la aplicación de la escala de evaluación TDH5?

JUSTIFICACIÓN:

El presente estudio, tiene como impacto y magnitud el reconocimiento del comportamiento de los pacientes con TDAH, a través de la percepción de sus padres. Por lo tanto, la trascendencia que se espera con el mismo es ampliar el conocimiento sobre esto en función de valorar su entorno familiar y social, tomando en cuenta que el TDAH es una condición muy ligada a su desenvolvimiento social, y esta percepción comentada es usada de forma diagnóstica para entender la severidad de sus síntomas e incluso una manera de medir la respuesta y remisión de esta enfermedad al tratamiento farmacológico empleado.

Este estudio el mismo tiene las ventajas de factibilidad y viabilidad de poder ser realizado de forma no presencial, mediante la aplicación de la escala TDH5 utilizando como herramienta la videollamada, tomando en cuenta a esta como forma de prevención de la propagación del SARS COV 2, así como la encuesta para valorar el contexto clínico del paciente, dicha videollamada además disminuye gastos de movilización del paciente, así como logística material.

Se decide elegir esta escala de evaluación de comportamiento, debido que la misma considera los síntomas propios del TDAH, separando los de inatención e Hiperactividad-impulsividad y además incluye 6 ítems para valorar comportamiento como lo es: las relaciones familiares, relaciones entre pares, conducta, dificultada en tareas, desempeño escolar y Autoestima. Además, tanto la aplicación como el análisis toma en cuenta la edad, separándolos en niños y adolescentes, así como el sexo, separándolos en hombres y mujeres.

HIPÓTESIS:

El TDAH produce cambios en el comportamiento, se piensa que los niños con TDAH afectan su desempeño escolar, relaciones entre pares, familiares y autoestima por una aparente disminución de la adaptación social.

Señalamiento de variables de la hipótesis:

Unidades de observación:

- Pacientes con diagnóstico de TDAH del servicio de Neurología Pediátrica del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Variable Dependiente e independiente:

- Al ser un estudio de Correlación, no se puede definir una variable dependiente ni independiente.

OBJETIVOS:

General:

1. Establecer la relación entre los síntomas predominantes del TDAH y la percepción de problemas de comportamiento por parte de los padres a través de la escala TDH5.

Específicos:

- 1.1 Identificar a través de los resultados obtenidos de la Escala TDH5 la relación al predominio de síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad.
- 1.2 Identificar a través de los resultados obtenidos de la Escala TDH5 la percepción los padres del comportamiento adaptativo de los pacientes.

MÉTODOS:

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- Según la intervención del investigador: Observacional.
- Según la planificación de la toma de los datos: Descriptivo.
- Según número de mediciones de la variable: Cuantitativo.
- Según número de variables analíticas: Correlacional.

NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

- Correlacional.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

- Transversal.

POBLACIÓN Y VARIABLES A ESTUDIAR:

Se realizará el estudio a niños y adolescentes entre 4 a 18 años asistentes a la consulta de Neurología Pediátrica entre los meses de octubre del 2020 a febrero del 2021 y con criterios clínicos o diagnóstico establecido de TDAH.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Niños 4 a 18 años.
- Pacientes con criterios diagnósticos de TDAH.
- Pacientes que reciben atención en el servicio de Neurología del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- No contar con consentimiento informado.

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

EXTRACCIÓN DE DATOS

Se realizó una encuesta estructurada (ver Anexo 1) a través de videollamada que se aplicó a los padres de los pacientes con Diagnóstico de TDAH que acuden a la Consulta Externa del Hospital Infantil Federico Gómez.

Se diseñó una hoja de recolección de datos en la que consta:

1. Número de expediente
2. Edad
3. Sexo.
4. Edad de Diagnóstico
5. Comorbilidades

Luego se aplicó a los padres o cuidadores la Escala de Evaluación TDH5.

ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se transfieren los datos a hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010, donde consta cada una de las variables antes mencionadas y posteriormente se utilizó el programa R para la realización del análisis estadístico y se utilizó el método Spearman para medir la correlación.

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR
Paciente	Se intercambia nombre del paciente por Número.	del 1 al 40.
Sexo	Se expresará con siglas de masculino y femenino.	Hombre = m, Mujer = m
Edad	Expresado en años.	Número de años
Edad de Diagnóstico	Edad que relata la madre que el niño recibió el diagnóstico de TDAH o que se registra en la Historia clínica.	Número de años
Comorbilidad	Otras enfermedades que padezca el paciente.	Nombre de la enfermedad
Puntaje Inatención (cuantitativa) TDH5	Suma de la puntuación otorgada a las preguntas de síntomas de inatención.	Expresado en números de 0 a 27
Puntaje Inatención (percentil) TDH5	Interpretación y clasificación por percentiles correspondiente del Test TDH5 para inatención.	Número de percentil
Puntaje Inatención (cualitativa) TDH5	Interpretación y clasificación de los percentiles correspondiente del Test TDH5 para descartar o integrar diagnóstico.	Mayor a P90: con diagnóstico, Menor a P90: sin diagnóstico
Puntaje Hiperactividad-impulsividad(cuantitativa) TDH5	Suma de la puntuación otorgada a las preguntas de síntomas de hiperactividad.	Expresado en números de 0 a 27
Puntaje Hiperactividad-impulsividad (percentil) TDH5	Interpretación y clasificación por percentiles correspondiente del Test TDH5 para hiperactividad.	Número de percentil
Puntaje Hiperactividad-impulsividad (cualitativa) TDH5	Interpretación y clasificación de los percentiles correspondiente del Test TDH5 para descartar o integrar diagnóstico.	mayor a P90: con diagnóstico, Menor a P90: sin diagnóstico
Tipo de TDAH TDH5	Clasificación del TDAH según el componente de síntomas mayoritarios.	Inatento, Hiperactivo, Mixto, Ninguna (ausencia de criterios para los tres tipos)
R. familiares TDH5 (cuantitativa)	Suma de la puntuación otorgada a la pregunta de Relaciones Familiares.	Expresado en números de 0 a 3
R. familiares TDH5 (percentil)	Interpretación y clasificación por percentiles correspondiente del Test TDH5 para Relaciones Familiares.	Número de percentil

R. familiares TDH5 (cualitativa)	Interpretación y clasificación de los percentiles correspondiente del Test TDH5 para descartar o integrar diagnóstico.	mayor a P90: con diagnóstico, Menor a P90: sin diagnóstico
R. Pares TDH5 (cuantitativa)	Suma de la puntuación otorgada a la pregunta de Relaciones entre pares.	Expresado en números de 0 a 3
R. Pares TDH5 (percentil)	Interpretación y clasificación por percentiles correspondiente del Test TDH5 para relaciones entre pares.	Número de percentil
R. Pares TDH5 (cualitativa)	Interpretación y clasificación de los percentiles correspondiente del Test TDH5 para descartar o integrar diagnóstico.	mayor a P90: con diagnóstico, Menor a P90: sin diagnóstico
Dificultades Tareas TDH5 (Cuantitativa)	Suma de la puntuación otorgada a la pregunta de Dificultades en tareas.	Expresado en números de 0 a 3
Dificultades Tareas TDH5 (Percentil)	Interpretación y clasificación por percentiles correspondiente del Test TDH5 para dificultades en tareas.	Número de percentil
Dificultades Tareas TDH5 (Cualitativa)	Interpretación y clasificación de los percentiles correspondiente del Test TDH5 para descartar o integrar diagnóstico.	mayor a P90: con diagnóstico, Menor a P90: sin diagnóstico
Desempeño Académico TDH5 (Cuantitativa)	Suma de la puntuación otorgada a la pregunta de Problemas con el desempeño académico.	Expresado en números de 0 a 3
Desempeño Académico TDH5 (Percentil)	Interpretación y clasificación por percentiles correspondiente del Test TDH5 para problemas con el desempeño académico.	Número de percentil
Desempeño Académico TDH5 (Cualitativa)	Interpretación y clasificación de los percentiles correspondiente del Test TDH5 para descartar o integrar diagnóstico.	mayor a P90: con diagnóstico, Menor a P90: sin diagnóstico
Conducta TDH5 (cuantitativa)	Suma de la puntuación otorgada a la pregunta de Problemas de conducta.	Expresado en números de 0 a 3
Conducta TDH5 (percentil)	Interpretación y clasificación por percentiles correspondiente del Test TDH5 de Problemas de conducta.	Número de percentil
Conducta TDH5 (cualitativa)	Interpretación y clasificación de los percentiles correspondiente del Test TDH5 para descartar o integrar diagnóstico.	mayor a P90: con diagnóstico, Menor a P90: sin diagnóstico
Autoestima TDH5 (cuantitativa)	Suma de la puntuación otorgada a la pregunta de problemas de autoestima.	Expresado en números de 0 a 3
Autoestima TDH5 (percentil)	Interpretación y clasificación por percentiles correspondiente de problemas de autoestima.	Número de percentil
Autoestima TDH5 (cualitativa)	Interpretación y clasificación de los percentiles correspondiente del Test TDH5 para descartar o integrar diagnóstico.	mayor a P90: con diagnóstico, Menor a P90: sin diagnóstico

RESULTADOS DEL ESTUDIO:

Fueron evaluados un total de 40 pacientes con una media de 9.85 años (DE +-3.04), 32% de sexo femenino (n=13) y 68% masculino (n=27). Del total 25 pacientes no presentaban comorbilidades, de aquellos con comorbilidad (n=15) un 40% (n=6) presentaban discapacidad intelectual, 26% (n=4) trastorno del desarrollo del lenguaje, 13% epilepsia (n=2), 13% negativista desafiante y 8% (n=1) con trastorno del espectro autista. Existe una correlación estadísticamente significativa entre el puntaje de inatención y: la percepción de los padres sobre el desempeño académico ($\rho=0.42$; $p=0.0067$), la percepción sobre los problemas conductuales ($\rho=0.39$; $p=0.011$), y la percepción sobre problemas de autoestima ($\rho=0.50$; $p<0.0001$). Entre el resto de puntajes valorados por la escala y el puntaje inatención no existió una correlación. No existió una correlación entre los puntajes de hiperactividad y la percepción de los problemas por parte de los padres.

Tabla N.-1

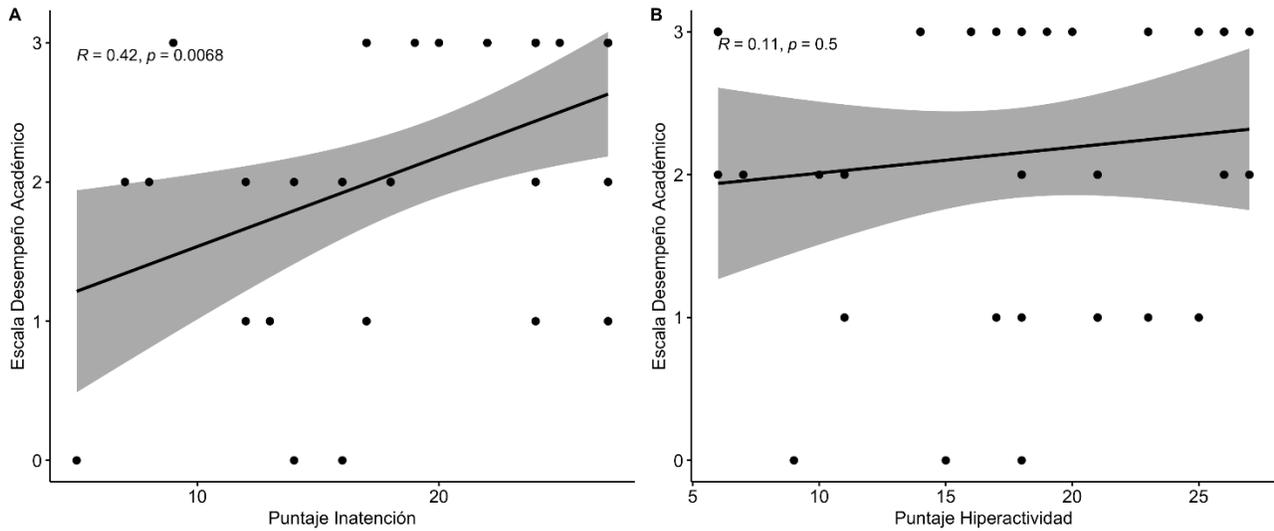
Características de los Pacientes de TDAH, del Servicio de Neurología Pediátrica que formaron parte del estudio.

Tabla 1 Características de los Pacientes	
n	40
Edad (media [DE])	9.85 [3.04]
Sexo = Masculino (%)	27 (68)
Puntaje de Hiperactividad (media [DE])	17.7 [6.2]
Puntaje de Inatención (media [DE])	19.52 [6.3]
Comorbilidad (%)	
Sin comorbilidad	25 (63)
Discapacidad Intelectual	6 (15)
Trastorno del Desarrollo del Lenguaje	4 (10)
Epilepsia	2 (5)
Negativista Desafiante	2 (5)
Trastorno del Espectro Autista	1 (2)
Relaciones familiares (mediana [IQR])	1 [1]
Relaciones con los pares (mediana [IQR])	2 [3]
Dificultad en las tareas (mediana [IQR])	3 [1]
Desempeño académico (mediana [IQR])	2 [1.5]
Conducta (mediana [IQR])	2 [3]
Autoestima (mediana [IQR])	2 [2]

Fuente: Base de Datos (Hoja de Recolección de Datos y Escalas TDH5).

Figura N.-1

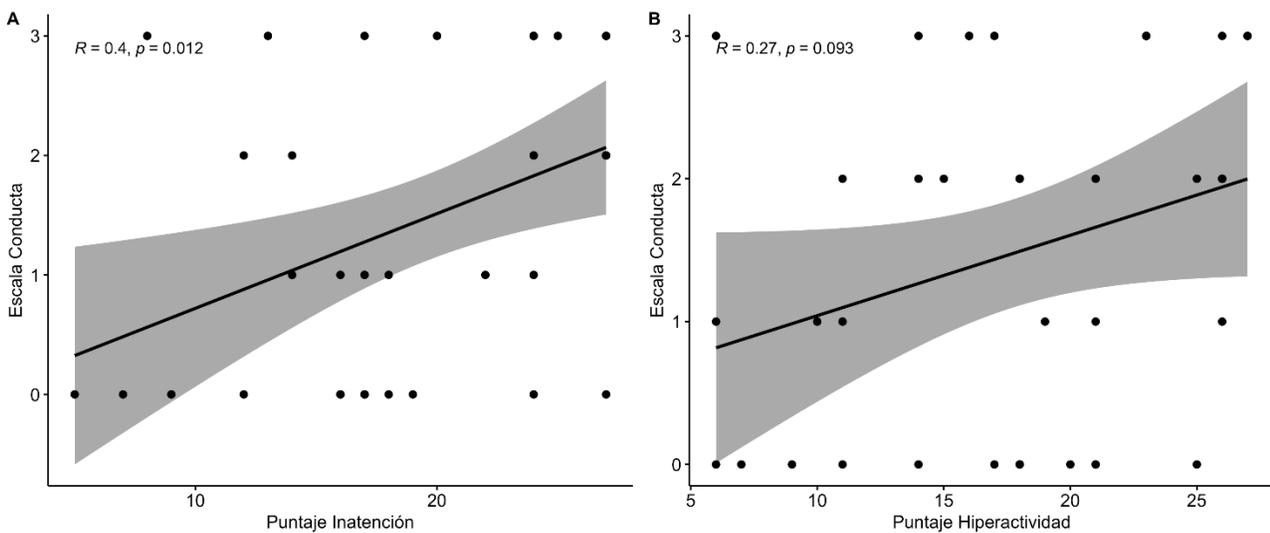
Correlación de la percepción del Desempeño Académico con los Síntomas de Inatención e Hiperactividad de los pacientes de TDAH, del Servicio de Neurología Pediátrica que formaron parte del estudio.



Fuente: Base de Datos (Hoja de Recolección de Datos y Escalas TDH5).

Figura N.-2

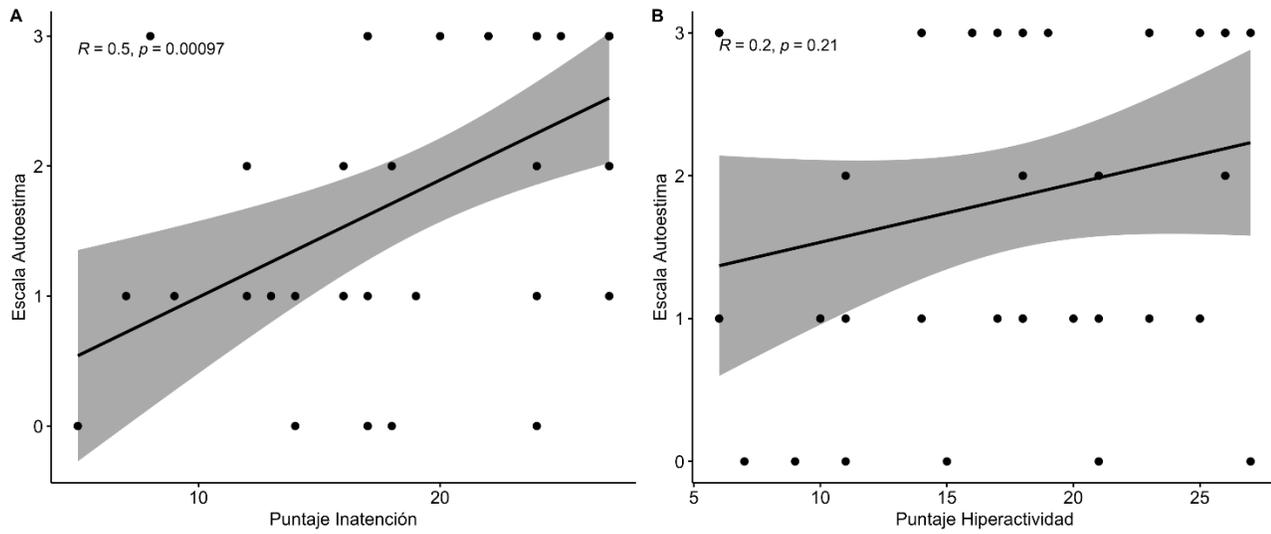
Correlación de la percepción de la Conducta con los Síntomas de Inatención e Hiperactividad de los pacientes de TDAH, del Servicio de Neurología Pediátrica que formaron parte del estudio.



Fuente: Base de Datos (Hoja de Recolección de Datos y Escalas TDH5)

Figura N.-3

Correlación de la percepción del Autoestima con los Síntomas de Inatención e Hiperactividad de los pacientes de TDAH, del Servicio de Neurología Pediátrica que formaron parte del estudio.



Fuente: Base de Datos (Hoja de Recolección de Datos y Escalas TDH5).

DISCUSIÓN:

La autoestima es la valoración que la persona hace de sí misma, expresando su aprobación o desaprobación e indica cuán capaces, importantes y valiosos se consideran a sí mismos, este autoconcepto es multidimensional y se puede evaluar tanto en relaciones académicas, emocionales, sociales o con los compañeros y áreas físicas, este juega un papel importante en los resultados de las personas con TDAH, ya que predice el desarrollo de depresión, problemas emocionales ^{6,7}. Uno de los lugares más importantes para valorarla son los entornos domésticos, por lo que los padres poseen una gran cantidad de información para medirla¹⁰.

Las investigaciones han indicado que el concepto de sí mismo de un niño pasa por una transición importante a la edad de 8 -9 años⁶. La adolescencia temprana y la transición a la escuela secundaria es un período sensible para el desarrollo de la autoestima y varios estudios longitudinales han encontrado que, en promedio, los jóvenes se vuelven menos positivos en su autoestima entre quinto y noveno grado⁷. Los adolescentes son más sensibles a los problemas de conducta, rendimiento escolar y aceptación social, lo que influye en la autoestima y esto en acciones disruptivas y antisociales, así mismo es más probable que experimenten depresión y / o ansiedad^{10,11}. Los síntomas del TDAH suelen ser más pronunciados en los niños que en las niñas, y las diferencias tienden a disminuir con la edad y no se encuentran entre adultos¹².

Los niños con TDAH exhibieron puntuaciones más bajas de autoestima que sus compañeros que no cumplieron los criterios para el diagnóstico y se cree que esta asociación se debe a que los estudiantes necesitan más tiempo para completar las actividades escolares, tienen dificultades concentrados en clase, olvidan cosas importantes (material, exámenes, tareas) y logran peores resultados en los exámenes y los síntomas de falta de atención tenían un impacto negativo en la autoestima y un efecto negativo indirecto sobre los síntomas depresivos en adolescentes, incluso si los síntomas del TDAH estaban por debajo del umbral^{6,12}. En los resultados la sintomatología de hiperactividad-impulsividad algunos estudios no muestra correlación con los autoconceptos evaluados ni con el rasgo de ansiedad, posiblemente por el fenómeno llamado "sesgo ilusorio positivo", que se define como una sobreestimación de las habilidades en comparación con las reales competencia; sus padres, de niños y adolescentes con TDAH con tendencia a subestimar sus propios síntomas y sobrestiman qué tan bien están funcionando, posiblemente como un mecanismo de autoprotección que bloquea conciencia

de deficiencias dolorosas, así como problemas comórbidos (por ejemplo, depresión, agresión^{6, 11, 13, 14}).

El tratamiento estimulante del TDAH fue demostrado que aumenta las puntuaciones de autoestima, atribuido a la remisión y mejoría de los síntomas y en los tratados farmacológicamente, el grupo de metilfenidato mostró puntuaciones de autoestima más altas en comparación con el grupo de atomoxetina.¹³. Existe la necesidad de intervenciones enfocadas en abordar la autoestima y estrategias para ayudar construir autopercepciones saludables como un esfuerzo por prevenir el desarrollo de depresión, ansiedad, problemas académicos, y deterioro social en adolescentes con TDAH^{7, 11}.

CONCLUSIÓN:

Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el puntaje de inatención y algunos problemas de comportamiento como es la percepción de los padres sobre el desempeño académico, conductuales y sobre problemas de autoestima siendo este último el de mayor relevancia, sin encontrarse correlación con el resto de puntajes valorados por la escala y el puntaje inatención, ni en los pacientes con puntajes de hiperactividad-impulsividad.

Se sugiere la realización de estudios posteriores enfocados en autoestima así mismo que tomen en cuenta la percepción de maestros, con el fin de mejorar el entendimiento del mismo para la prevención de Ansiedad, depresión y otras comorbilidades antisociales en adolescentes y adultos.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Actividad / Mes	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Marzo	Abr	May	Jun
Diseño del protocolo	X	X									
Revisión bibliográfica			X	X							
Aplicación de Test					X	X	X				
Análisis de datos								X	X		
Presentación de resultados									X		
Presentación de Tesis										X	X

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Ministerio de Ciencia e Innovación, M. de S. P. S. e. I. M. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno. Disponible en: [://www.agapap.org/druagapap/system/files/GPC.TDAH_.pdf](http://www.agapap.org/druagapap/system/files/GPC.TDAH_.pdf).
2. George, J., J., T., D., A., & Robert, R. (2018). Escala de evaluación TDH5 para niños y adolescentes. Mexico: Editorial El Moderno.
3. Márquez-Caraveo, Maria Elena, Arroyo-García, Eduardo, Granados-Rojas, Armida, & Ángeles-Llerenas, Angélica. (2017). Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro: 50 años de atención a la salud mental de niños y adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 59(4), 477-484. <https://doi.org/10.21149/8514>.
4. Balboni, G., Incognito, O., Belacchi, C., Bonichini, S., & Cubelli, R. (2017). Vineland-II adaptive behavior profile of children with attention-deficit/hyperactivity disorder or specific learning disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 61, 55–65.
5. Krieger, V., Amador-Campos, J. A., & Perú-Cebollero, M. (2019). Interrater agreement on behavioral executive function measures in adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *International journal of clinical and health psychology : IJCHP*, 19(2), 141–149. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.02.007>.
6. Cueli, M., Rodríguez, C., Cañamero, L. M., Núñez, J. C., & González-Castro, P. (2020). Self-Concept and Inattention or Hyperactivity-Impulsivity Symptomatology: The Role of Anxiety. *Brain sciences*, 10(4), 250. <https://doi.org/10.3390/brainsci10040250>.
7. Dvorsky, M. R., Langberg, J. M., Becker, S. P., & Evans, S. W. (2019). Trajectories of global self-worth in adolescents with ADHD: Associations with academic, emotional, and social outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, American Psychological Association, Division 53, 48(5), 765–780.
8. American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

9. Suicidio. (s/f). Recuperado el 24 de mayo de 2021, de Who.int website: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
10. Pittari, C., & Brown, T. (2020). The relationship between school-age children's perceptions of their self-concept & self-esteem and parents'-reported executive functioning. *Journal of Occupational Therapy Schools & Early Intervention*, 13(3), 283–301.
11. Lerdpaisanskul, Muthita & Boonchooduang, Nonglak & Charnsil, Chawanun & Louthrenoo, Orawan. (2017). Self-esteem in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Chiang Mai Medical Journal*. 56. 1-7.
12. Kita Y and Inoue Y (2017) The Direct/ Indirect Association of ADHD/ODD Symptoms with Self-esteem, Self-perception, and Depression in Early Adolescents. *Front. Psychiatry* 8:137. doi: 10.3389/fpsyt.2017.00137.
13. Kurman, J., Rothschild-Yakar, L., Angel, R., & Katz, M. (2018). How Good Am I? Implicit and Explicit Self-Esteem as a Function of Perceived Parenting Styles Among Children With ADHD. *Journal of attention disorders*, 22(13), 1207–1217. <https://doi.org/10.1177/1087054715569599>.
14. Mazzone, L., Postorino, V., Reale, L., Guarnera, M., Mannino, V., Armando, M., Fatta, L., De Peppo, L., & Vicari, S. (2013). Self-esteem evaluation in children and adolescents suffering from ADHD. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, 9, 96–102. <https://doi.org/10.2174/1745017901309010096>.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

Debido a las limitaciones físicas por las normas preventivas del SARS COV2, no se aplicaron las Escalas de Evaluación a maestros sino únicamente a padres de familia o responsables del Cuidado del paciente, mediante video llamada; sin embargo, este sigue siendo el único estudio realizado en la población mexicana que valora la percepción de la conducta.

ANEXOS:

ANEXO 1:

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Iniciales:

Sexo:

Edad actual:

Fecha de nacimiento:

Registro:

Edad de diagnóstico: [años][meses]

¿Comorbilidad?

a) No

b) Si

¿Cuál?

a) Depresión

b) Ansiedad

c) Negativista desafiante

d) Tic

e) Problemas conductuales

f) Trastorno del lenguaje

g) Trastorno del aprendizaje

h) Otro: ¿Cuál?

Recibe otro tratamiento además del indicado para TDAH

No

Si

¿Cuál? [nombre][dosis][indicación]

¿Recibe de manera regular apoyo por psicóloga o terapeuta?

a) No

b) Si

Tipo de terapia:

a) cognitivo conductual

b) otra: ¿Cuál?

terapias al mes:

Medicamento de 1era linea:

a) Ritalin b) Concerta c) Tradea d) Vyvanse o e) Strattera
Masennus

Focusfar

Moxacid

Otro (especificar en caso de otra marca):

Tiempo que se utilizó o ha utilizado: [años][meses]

Respondió a 1er línea,

a) Si. Dosis actual: [mg total + mg/kg]

B) No. ¿Razón?

B1) No respondió al tratamiento

B2) No tolerancia ¿Cuál?

En caso no respondió a 1era línea tratamiento:

Medicamento de 2da línea:

a) Ritalin b) Concerta c) Tradea d) Vyvanse o e) Strattera

Otro (especificar en caso de otra marca):

Tiempo que se utilizó o ha utilizado: [años][meses]

Respondió a 1er línea,

a) Si. Dosis actual: [mg total + mg/kg]

B) No. ¿Razón?

B1) No respondió al tratamiento

B2) No tolerancia ¿Cuál?

En caso no respondió a 2da línea tratamiento:

Medicamento de 3era línea:

a) Ritalin b) Concerta c) Tradea d) Vyvanse o e) Strattera

Otro (especificar en caso de otra marca):

Tiempo que se utilizó o ha utilizado: [años][meses]

Respondió a 3era línea,

a) Si. Dosis actual: [mg total + mg/kg]

B) No. ¿Razón?

B1) No respondió al tratamiento

B2) No tolerancia ¿Cuál?

Considera actualmente al paciente en:

a) remisión parcial

b) remisión total