



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE PEDIATRÍA
CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO PSIQUIATRA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

“ CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR ESCOLARES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN
E HIPERACTIVIDAD ÚNICO Y CON COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA AFECTIVA O CONDUCTUAL EN
ATENCIÓN PAIDOPSIQUIÁTRICA DE CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE ”

PRESENTA:

YAZMÍN ADRIANA GARCÍA NÚÑEZ

Médico Residente de Segundo Año
de la Especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia

TUTOR:

Dr. César Alberto Prieto Garza
Médico paidopsiquiatra
UMAE Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente

ASESOR METODOLÓGICO:

Dr. Juan Carlos Barrera De León
Investigador asociado C
UMAE Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente

Guadalajara, Jalisco Octubre 2021



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1302.

HOSPITAL DE PEDIATRÍA, CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE S.C. IGNACIO GARCÍA TELLEZ, GUADALAJARA JALISCO

Registro COFEPRIS 17 CE 14 039 045

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 14 CEI 001 2018022

FECHA Lunes, 29 de marzo de 2021

Dr. GARZA CESAR ALBERTO PRIETO

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Calidad de vida percibida por escolares con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad único y con comorbilidad psiquiátrica afectiva o conductual en atención psiquiátrica de Centro Médico Nacional de Occidente** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional
R-2021-1302-019

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

M.E. Ruth Alejandrina Castillo Sánchez
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1302

Digitado

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

IDENTIFICACIÓN DE AUTORES

TESISTA:

Nombre: Yazmín Adriana García Núñez

Especialidad: Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia

Grado: Residente de Segundo año

Unidad: Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente.

Av. Belisario Domínguez No. 735 Col. Independencia CP 44340, Guadalajara, Jalisco.

Matrícula: 97370244

Teléfono: 55 39 07 01 76
55 39 73 25 83

Correo electrónico: yaza.gn@gmail.com /
psiquia.garcia@gmail.com

TUTOR DE TESIS:

Nombre: César Alberto Prieto Garza

Especialidad: Médico Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia

Cargo: Médico adscrito al servicio de Psiquiatría de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente

Av. Belisario Domínguez No. 735 Col. Independencia CP 44340, Guadalajara, Jalisco.

Matrícula: 991440850

Teléfono: 87 11 89 84 30

Correo electrónico: cesar_nodoubt@hotmail.com

ASESOR METODOLÓGICO:

Nombre: Dr. Juan Carlos Barrera de León

Especialidad: Neonatólogo Pediatra

Cargo: Médico adscrito al área de Investigación de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente.

Av. Belisario Domínguez No. 735 Col. Independencia CP 44340, Guadalajara, Jalisco.

Matrícula: 10147039

Teléfono: 33 31 37 82 80

Correo electrónico: jcbarrer@hotmail.com

AGRADECIMIENTOS

Agradezco la atención de los médicos psiquiatras de la unidad que me dieron apoyo para el progreso de esta tarea y culminar este trabajo.

INDICE

INDICE

RESUMEN	7
MARCO TEÓRICO.....	9
ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN DE “CALIDAD DE VIDA”.....	9
EVALUACIÓN AUQUEI (<i>Autoquestionnaire de qualité de vie enfant imagé</i>).....	14
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.....	15
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y COMORBILIDAD CON TRASTORNOS AFECTIVOS NO BIPOLARES.....	17
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y COMORBILIDAD CON OTOS TRASTORNOS CONDUCTUALES.....	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	24
JUSTIFICACIÓN	25
HIPÓTESIS	26
OBJETIVOS	27
MATERIAL Y MÉTODOS	27
DISEÑO DE ESTUDIO	28
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	29
VARIABLES	30
TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA.....	32
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	33
DESARROLLO DEL ESTUDIO	34
CONSIDERACIONES ÉTICAS	36
RECURSOS.....	39
RESULTADOS.....	40
DISCUSIÓN.....	51
CONCLUSIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	59

ABREVIATURAS

IMSS.- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UAEM: UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

UNAM: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

UMAE.- UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

CMNO.- CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE

TDH.- TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

TND.- TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

TC.- TRASTORNO DE CONDUCTA

AUQUEI.- CUESTIONARIO AUTO APLICADO DE CALIDAD DE VIDA PARA NIÑOS CON IMÁGENES

RESUMEN

Calidad de vida percibida por escolares con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad único y con comorbilidad psiquiátrica afectiva o conductual en atención psiquiátrica de Centro Médico Nacional de Occidente

García-Núñez YA., Prieto-Garza CA., Barrera-De León JC.

INTRODUCCIÓN: El TDAH es la afección psiquiátrica diagnosticada con mayor frecuencia en la infancia, con prevalencia en México del 5% y comorbilidad cercana al 60%; visita de psiquiatría en 44%. Recientemente hay interés por evaluar la calidad de vida en la infancia y las asociaciones en su desarrollo en individuos con o sin patologías médicas psiquiátricas y no psiquiátricas con relevancia psicológica, familiar y social.

OBJETIVO: Identificar la calidad de vida percibida por escolares con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad único y con comorbilidad psiquiátrica afectiva o conductual en atención psiquiátrica de Centro Médico Nacional de Occidente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal comparativo en población adscrita a la UMAE Pediatría de CMNO, de 6 a 12 años de edad con diagnóstico de TDAH único y con presencia de comorbilidad psiquiátrica de tipo afectivo y/o conductual. Se solicitó participación a sujetos y tutores y se aplicó el cuestionario auto aplicado de calidad de vida para niños con imágenes (AUQUEI). Los resultados fueron recabados en excel y capturados en el paquete estadístico SPSS versión 24.0 y Jamovi.omv.

RESULTADOS: Se estudiaron un total de 44 participantes. El 77.2% fueron hombres y el promedio de edad fue de 9 años. EL 93.18% mostró comorbilidad psiquiátrica, con 61.3% de tipo afectiva, 11.3% tipo conductual y 20.4% tanto afectiva como conductual. Se registró una puntuación total promedio de 51.36 puntos en el cuestionario AUQUEI, encontrándose el 63.63% con calidad de vida positiva o buena. Respecto a los registros de participantes con TDAH + comorbilidad afectiva el 47.7% reportó calidad de vida positiva en comparación al 15.9% en calidad de vida positiva de comorbilidad conductual.

CONCLUSIONES: La relación hombre mujer encontradas en este estudio es de 3-4:1 hombre: mujer de TDAH. Hubo predominio de comorbilidad de tipo afectivo en los participantes con TDAH, así como una prevalencia mayor de calidad de vida percibida como positiva por los participantes con comorbilidad fuese tipo afectivo o conductual. Al no encontrarse diferencias estadísticamente significativas, se contempla puedan haber influido factores de características poblacionales en unidades de tercer nivel y se requieren más estudios en un futuro.

PALABRAS CLAVE: Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad, calidad de vida, cuestionario auto aplicado de calidad de vida para niños con imágenes (AUQUEI).

ABSTRACT

Quality of life perceived by schoolchildren with single Attention Deficit Hyperactivity Disorder and with affective or behavioral psychiatric comorbidity in paidopsychiatric care at Centro Medico Nacional de Occidente.

García-Núñez YA., Prieto-Garza CA., Barrera-De León JC.

INTRODUCTION: ADHD is the most frequently diagnosed psychiatric condition in childhood, with a prevalence in Mexico of 5% and comorbidity close to 60%; 44% use the psychiatry service. Recently there is interest in evaluating the quality of life in childhood and the associations in its development in individuals with or without psychiatric and non-psychiatric medical conditions with psychological, family and social relevance.

OBJECTIVE: To identify the quality of life perceived by schoolchildren with single Attention Deficit Disorder and Hyperactivity Disorder and with affective or behavioral psychiatric comorbidity in paidopsychiatric care at Centro Medico Nacional de Occidente.

MATERIAL AND METHODS: A comparative cross-sectional study was carried out in a population assigned to the UMAE Pediatrics of CMNO, 6 to 12 years of age with a single diagnosis of ADHD and with the presence of affective and/or behavioral psychiatric comorbidity. Participation was requested from subjects and tutors and the self-applied questionnaire on quality of life for children with images (AUQUEI) was applied. The results were collected in excel and captured in the statistical package SPSS version 24.0 and Jamovi.omv.

RESULTS: A total of 44 participants were studied. 77.2% were men and the average age was 9 years. 93.18% showed psychiatric comorbidity, with 61.3% affective type, 11.3% behavioral type and 20.4% both affective and behavioral. An average total score of 51.36 points was recorded in the AUQUEI questionnaire, with 63.63% of the total having a positive or good quality of life. Regarding the records of participants with ADHD + affective comorbidity, 47.7% reported positive quality of life compared to 15.9% in positive quality of life with behavioral comorbidity.

CONCLUSION: The male-female ratio found in this study is 3-4: 1 male: female with ADHD. There was a predominance of affective-type comorbidity in the participants with ADHD, as well as a higher prevalence of quality of life perceived as positive by the participants with comorbidity that was affective or behavioral type. Since there are no statistically significant differences, it is contemplated that factors of population characteristics may have influenced in tertiary-level units and more studies are required in the future.

KEY WORDS: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, quality of life, self-administered quality of life questionnaire for children with images (AUQUEI).

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN DE “CALIDAD DE VIDA”

El primer antecedente que puede destacarse respecto al tema de “calidad de vida”, pudiera remontarse a la época en que Hipócrates incluyó como parte del desarrollo de las enfermedades a las “causas externas por el estilo de vida”, además de las causas internas que predisponían a un individuo y que al no encontrarse en equilibrio, aparecía entonces la enfermedad. Durante la evolución del concepto se ha relacionado con el bienestar, medido mediante el nivel de vida; posteriormente por las condiciones de vivienda, y finalmente de forma reciente a la calidad percibida de vida. Aunque es aún un concepto vago, polivalente y multifactorial, le antecede en diferentes momentos el interés a nivel filosófico, económico, ético, sociológico, político, ambiental y de salud ¹.

Existe un creciente interés por la calidad de vida a partir del siglo XX, principalmente en países de primer mundo, en los cuales se consideraban entonces satisfechas las necesidades básicas de la población y buscaban mejorar su calidad en la vida. Sin embargo, debe considerarse que las características poblacionales a nivel mundial, difieren ampliamente; por lo que el concepto de “calidad de vida” debe considerarse desde una perspectiva cultural. Es así, que puede cambiar entre las culturas, las épocas históricas y los grupos sociales, siendo importante constatar que no existe una definición universal simple ni acertada de calidad de vida. Diferentes autores hacen referencia a “una propiedad del individuo para experimentar situaciones y condiciones de su ambiente conforme a interpretaciones y valoraciones de aspectos de su entorno”, interactuando entonces la calidad de vida objetiva y la calidad de vida percibida (subjctiva), resultando ambos en una propiedad de la persona más que de su ambiente ².

La calidad de vida debe reconocerse bajo un concepto multidimensional en las áreas física, psicológica y social, bajo influencia de experiencias, creencias, percepciones y expectativas individuales consideradas como “percepciones de la salud”, dando un continuo subjetivo y objetivo que permite valorar a dos personas con estado de salud similar teniendo una calidadde vida distinta. Es entonces, que la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede experimentar el individuo y representa la suma de las senso-percepciones subjetivas y personales del “sentirse bien” y se conforma por: 1) la habilidad de realizar actividades diarias que reflejen el bienestar biopsicosocial y 2) la

satisfacción con el nivel de funcionamiento, que en su caso, pudiese incluir el control de una enfermedad y su tratamiento³.

La labor iniciada por la Organización Mundial de la Salud en 1980 para conceptualizar y medir la calidad de vida, dió lugar a un proyecto en el que actualmente trabajan 25 centros a nivel mundial. Se definió la calidad de vida “en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones, considerando su salud física, estado psicológico, el grado de independencia, sus relaciones sociales con factores ambientales y sus creencias personales”. De esta manera, la descripción de la propia calidad de vida no debería reflejar la opinión de algún tercero ni la medición de posesiones o ingresos económicos. Con esas consideraciones, realizaron un instrumento, tomando en cuenta las cuestiones mencionadas a nivel intercultural, con intención de tener una medición de la calidad de vida que apoye a la evaluación en investigación ⁴.

No existen criterios únicos para dar una definición exclusiva de “calidad de vida”, sin embargo se percibe globalmente como un bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida ⁵.

Para incluir a la calidad de vida en el área de investigación, se han realizado estrategias operacionales para su enfoque cuantitativo, por lo que se han estudiado indicadores: 1) Sociales (condiciones externas relacionadas al entorno como salud, bienestar social, amistad, educación, vivienda, entre otros), 2) Psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a sus experiencias vitales) y 3) Ecológicos (miden los ajustes entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente). Por otro lado se establecen enfoques cualitativos para escuchar a las personas con los elementos subjetivos y objetivos para un apoyo eficaz. En el área de la salud se ha visto influenciada por la perspectiva del proceso salud-enfermedad y su medición es importante para medir resultados más allá de la morbilidad y el funcionamiento biológico. En salud pública, la calidad de vida se pretende evaluar para conocer tanto la eficacia, eficiencia, e impacto de programas en la comunidad ^{2, 5}.

Debido a que el tema incluye subjetividad multidimensional; se han observado diferentes

interpretaciones en el sujeto, la familia, y el equipo evaluador, además discrepancias en su valoración, ya que la manera de medir la calidad de vida puede variar dramáticamente de sociedad a otra o incluso dentro de un mismo entorno en diferentes individuos bajo influencia de la cultura en la que se desenvuelven. En la literatura se han creado distintos instrumentos, aunque finalmente el individuo emite el juicio perceptivo de “calidad de vida”, de ahí que se parta en las evaluaciones de un aspecto subjetivo, intentando agregar aspectos objetivos ^{3,6}.

CALIDAD DE VIDA EN LA INFANCIA RESPECTO A LA SALUD

En torno a la salud, la calidad de vida del niño y la familia puede comprometerse por influencia de diversas situaciones como las hospitalizaciones frecuentes o prolongadas, los tratamientos crónicos y la falta de certeza en el futuro. Las implicaciones de una afección crónica, tienen un impacto en aspectos de la vida más allá de las demandas propias de la enfermedad y algunos niños tienen dificultades en su vida social o familiar con compromiso en el aprendizaje y logros académicos. La calidad de vida refleja la opinión del niño o de la familia sobre el impacto de su situación por aspiraciones y experiencia personal en lugar de ser representada por la visión o por cómo es tratado por algún tercero (sea el médico o sus padres). El concepto poco específico de calidad de vida, ha dificultado el trabajo en adultos y niños, al no lograr igualarse los puntos de vista sobre la calidad de vida si consideramos por ejemplo, que algunos adultos mayores califican su capacidad de vivir independiente como un indicador central y los jóvenes son más optimistas en otros rubros. Empleando instrumentos para adultos, las estadísticas pueden no reflejar con precisión el grado en el que la calidad de vida se ve comprometida a largo plazo, dada la influencia de dificultades físicas y psicológicas reportadas ⁷.

La calidad de vida en salud se ha visto con interés inicialmente para investigación en adultos. Sin embargo, la calidad de vida en la salud de la infancia tiene una reciente atención, de ahí que se busque realizar cuestionarios apropiados a esta población. Al incluir la percepción de salud o de enfermedad en la infancia, estos conceptos tienden a ser evaluados de forma cambiante conforme el desarrollo del individuo avanza. A pesar de que no hay un único concepto universal de salud, hay una tendencia por parte de los infantes de percibir la salud a largo plazo y la enfermedad a corto plazo. Se ha argumentado que la madurez y el desarrollo cognitivo es tan importante respecto al

aumento en la edad cronológica como determinantes de una comprensión más sofisticada de los conceptos de salud y enfermedad, que se ve influenciado en el concepto de calidad de vida ⁸.

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA INFANCIA

Desde una perspectiva histórica, los estudios de la calidad de vida infantil son menores que en los adultos, con predominio en el campo de la calidad de vida relacionada a la salud, investigando niños con enfermedades crónicas. La calidad de vida infantil también es conceptualizada como un nivel subjetivo multidimensional que incluye la capacidad funcional y la interacción social del niño y su familia con dominios centrales como condiciones materiales, condición física, funcionalidad, interacción social y bienestar emocional ⁹.

El creciente interés en medir la calidad de vida de los niños puede atribuirse al cambio epidemiológico de la enfermedad infantil de aguda a crónica o de incurable a curable y paliativa. Se agrega al interés, la mayor responsabilidad del área médica para brindar atención y el beneficio de conocer las preferencias de los pacientes, la percepción de su propia salud y el impacto del tratamiento. Es útil comprender desde la percepción que tiene el niño de la enfermedad y su efecto en la vida cotidiana hasta la toma de decisión del tratamiento. Mantiene importancia la evaluación del funcionamiento social, físico y emocional del niño ¹⁰.

La medición de la calidad de vida es difícil porque los niños, los padres y los médicos la evalúan de manera diferente y debe ser sensible a los cambios transcurridos en el desarrollo. A partir de los primeros estudios de medición de Lansky et. al. completados por el médico o por los padres, se ha ampliado la literatura sobre la calidad de vida del niño. Existen dos líneas de trabajo; uno involucra el desarrollo de medidas genéricas o "escalas" y un segundo con evaluación específica de enfermedades crónicas o tratamientos innovadores. Todas las medidas disponibles actualmente tienen algunas limitaciones debido a la complejidad para medir dominios que valoren la calidad de vida en comparación a conceptos físicos ¹¹.

La calidad de vida debería evaluarse reconociéndose como un concepto multidimensional

que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en área escolar y laboral, situación económica, entre otras. En la conceptualización se incluyen valores individuales y grupales que permite la percepción de bienestar sumadas por las sensaciones subjetivas y objetivas. En el área médica se relaciona a la salud y se busca su relación con la enfermedad y/o el tratamiento, con objetivo de trabajar a través de la prevención y atención mediante el apoyo de cuestionarios. La primera escala con propósito de medir funcionalidad en padecimientos crónicos fue la de *Karnofsky* inicialmente para cáncer, pero al ser genérica se ha aplicado a otras enfermedades crónicas, aunque con la limitante unidimensional de no evaluar otras dimensiones de la calidad de vida. Se han formulado nuevos instrumentos, algunos basados en parámetros clínicos o de laboratorio y otros basados en juicios subjetivos ¹².

Se han hecho cambios en las evaluaciones para incluir componentes físicos y de salud mental, así como un tercer componente por el “rol social”. Cualquier instrumento, sea genérico o específico, debe apearse a los requisitos metodológicos con variables que aporten peso específico a una calificación global para un dominio. Los grandes conjuntos de datos brindan oportunidades para explorar enfoques para ampliar el rango de la evaluación. Las ventajas de estandarizar las métricas utilizadas para evaluar un conjunto básico de conceptos de salud pueden ser sustanciales. Para el funcionamiento físico y cualquier otro concepto importante de salud y bienestar, las formas alternativas de medidas que varían de acuerdo con la precisión requerida para cada aplicación, deben calibrarse y calificarse en la misma métrica ¹³.

Los dominios/dimensiones de la salud en las evaluaciones deben reflejar las percepciones y prioridades de los individuos, para pasar a desarrollar preguntas que prueben el funcionamiento o las percepciones de la Calidad de Vida Respecto a la Salud individual con impacto en problemas médicos y no médicos relacionados con el funcionamiento físico, mental, emocional, social y su bienestar. Los instrumentos deben satisfacer los criterios estándar de validez y confiabilidad y sus dominios aplicarse a diversas condiciones o poblaciones. Las medidas genéricas no están diseñadas para identificar dimensiones específicas de una enfermedad, que pueden ser esenciales para la propia enfermedad o para detectar cambios clínicos y para ello se emplean evaluaciones específicas, aunque son válidos solo para una condición o población específica, maximizando así la validez de contenido, sensibilidad y especificidad. Hay evidencia que

sugiere que las respuestas indirectas de los padres se correlacionan mal con las percepciones del niño, por lo que un cuestionario auto-aplicado es el método más adecuado para niños mayores y adolescentes mientras que entrevistas cara a cara para niños más pequeños que puedan requerir asistencia. Las imágenes o videos los ayudan a trabajar mejor. Es esencial minimizar la interpretación de las preguntas por parte de los entrevistadores. El mayor desafío en la infancia es desarrollar una medida que tenga en cuenta los cambios normales de desarrollo físico, emocional y social que ocurren y la capacidad del niño para comprender los conceptos que se están abordando ¹⁰.

Hace unos 20 años atrás, los informantes de estas evaluaciones solían ser los padres, pero las discrepancias entre los informes parentales e infantiles pueden reflejar diferencias reales en las perspectivas o falta de comprensión por parte de los padres sobre la vida de sus hijos y para la correcta validez se requeriría su comprensión. Sin embargo sigue sin respuesta la medida en que los padres entienden los efectos de la mala salud en la vida de sus hijos, por lo que se han mejorado las escalas auto aplicables ¹⁴. La literatura pediátrica que evalúa la relación de la Calidad de Vida con los factores de la enfermedad, como la actividad, el daño y la duración, es aún limitada ¹⁵. Gerharz (1997) afirma que el retraso en la medición de la calidad de vida en la infancia se debe a su mayor complejidad y al no poder trasladarse su visión a la del adulto en instrumentos ¹⁶.

EVALUACIÓN AUQUEI (Autoquestionnaire de qualité de vie enfant imagé)

Se desarrolló por Sabine Manificat, Alice Dazord et al en Francia, con el propósito de acceder a la calidad de vida subjetiva de los niños. Se han realizado traducciones en inglés, alemán, italiano, portugués y español. Es un instrumento auto administrado para niños de 4 a 12 años de edad. Consta de 26 ítems cerrados con cuatro opciones de respuesta (1.- nada contento en absoluto, 2.-a veces no contento, 3.-contento y 4.-muy contento) con apoyo de imágenes con caras de emoción y basados en el punto de vista de los niños en término de satisfacción de los siguientes dominios: a) Vida familiar y su relación, b) Actividades externas (escuela, deporte, juego), c) Actividades de ocio, d) Situaciones de separación, e) Funciones principales, f) Relaciones sociales, g) Salud y tratamiento, h) Sueño y alimentación. Tiene una pregunta abierta inicial con la cual se explica al niño en base a su experiencia cómo contestar la escala. Fue desarrollada con 102 niños de los cuales eran el 60% sin problemas de salud, 26% con trasplante renal y

14% con VIH, con edad media de 7.2 años. La distribución fue de 56 niños y 39 niñas en escala cerrada y una escala abierta con 169 niños incluida la muestra anterior, agregándose 53 niños de enfermedades hematológicas y 14 de problemas afectivos con edad media de 8 años y un 59% de varones. El estudio de validación del cuestionario AUQUEI demostró propiedades psicométricas satisfactorias, y fue fácil de usar con utilidad para monitorear el desarrollo de pacientes jóvenes con patologías difíciles. Es satisfactoria entérminos de confiabilidad interna con un coeficiente **alfa de Cronbach de 0.71**. La validez de la observación clínica, no debe cuestionarse para evaluar el impacto de un tratamiento, si no, esencialmente en una evaluación sintomática. La apreciación de las dificultades de salud del niño se incorporan en una sola dimensión de impresión global estimada por el clínico, pero es necesario tener otra luz proveniente del niño que pueda proporcionar una mejor comprensión de la forma en que se experimentan los tratamientos e información adicional sobre las estrategias de adaptación o no adaptación de niños ¹⁷.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno psiquiátrico prevalente y crónico persistente que emerge temprano en la infancia, con una tasa de prevalencia del 6,1% al 10,2% en niños de 4 a 17 años. Aunque suele aparecer en la primera infancia, el diagnóstico se determina usualmente en etapas escolares. La historia moderna de la descripción médica similar al TDAH se remonta a más de 200 años atrás y en la evolución del concepto aparecen nombres como "síndrome del niño con lesión cerebral" que evolucionó a "daño cerebral mínimo" y, finalmente, a "disfunción cerebral mínima". Los médicos comenzaron a recetar estimulantes como tratamiento hasta 1950-1960, pasando el interés de los problemas cognitivos y de aprendizaje hacia la hiperactividad. Se emplearon en 1950 términos como "trastorno del impulso hipercinético" o "síndrome del niño hiperactivo". Respecto a las teorías fisiopatológicas han ido desde teorías de sobre estimulación cortical o subexcitación cortical a teorías psicoanalíticas y psicosociales. Se introdujo por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, segunda edición (DSM-II), y se han modificado criterios hasta la actual TDAH en el DSM-5, así como incluirse en otras clasificaciones ¹⁸.

El TDAH es un trastorno crónico con afección a nivel neuro-conductual de los más comunes que afectan a los niños y posee un componente hereditario con heredabilidad

del 60 a 80%, así como factores ambientales asociados. La fisiopatología está relacionada con la disfunción de los circuitos frontal-estriatal-cerebeloso, aunque el mecanismo exacto aún no se ha dilucidado. Se subdivide en tipo impulsivo, hiperactivo y mixto. A menudo se presenta con una o más comorbilidades como el trastorno de oposición desafiante, el trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad, lo que agrega desafíos adicionales a los individuos, además alrededor del 60% al 80% de los síntomas del TDAH persisten en la edad adulta. La vida de las personas que padecen TDAH requiere tratamiento para evitar los múltiples problemas que enfrentan cuando son niños, adolescentes y adultos ¹⁹.

Las características centrales del TDAH son las fallas de la atención, hiperactividad e impulsividad persistentes que deterioran el funcionamiento del niño. Aunque el TDAH es el trastorno psiquiátrico más comúnmente visto en la infancia y la adolescencia, el diagnóstico de TDAH en niños y adolescentes ha crecido en los últimos 20 años y han aumentado sus tasas de prevalencia ²⁰.

El desarrollo del TDAH muestra disfunciones biológicas, síntomas centrales, problemas psicológicos, problemas de conducta y la condición ambiental. Los niños diagnosticados con TDAH tienen peores resultados a largo plazo que los controles en términos de: rendimiento-logro académico, rango ocupacional-desempeño laboral, práctica sexual de riesgo, tratos-embarazos no deseados tempranos, uso de sustancias, dificultades en sus relaciones interpersonales, problemas matrimoniales, infracciones de tránsito y accidentes automovilísticos. La condición mental de los niños con TDAH cambia espontáneamente, y a menudo tienen trastornos externalizantes (trastorno de conducta u oposicionista desafiante) y trastornos internalizantes (trastorno depresivo mayor o de ansiedad) desde la infancia hasta la edad adulta, que se pueden sobreponer con más sintomatología y dificultar el diagnóstico y tratamiento. En estudios se ha informado que los padres observan a sus hijos con TDAH experimentar desafíos a lo largo del día, en el hogar y en la escuela o eventos sociales, debido a la clínica de disregulación afectiva, impulsividad y disfunción ejecutiva, lo cual influye en la percepción e interacción con sus hijos ²¹.

El diagnóstico requiere una evaluación clínica integral basada en la identificación de síntomas centrales y comportamiento lo suficientemente grave y persistente como para

causar un deterioro funcional con impacto en la escuela, en el hogar y con sus compañeros. Durante el proceso de detección, se debe determinar si la evidencia es suficiente para proceder con una evaluación adicional para el TDAH, considerando los criterios diagnósticos expuestos en la clasificación en la que se base el médico, por ejemplo el DSM- 5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). Al recopilar la información, el médico debe ser consciente de que los síntomas de presentación del TDAH varían con la edad y el nivel de desarrollo del niño. El diagnóstico es clínico, por lo que las escalas de calificación específicas para el TDAH no son diagnósticas, sin embargo, pueden usarse para recopilar información sobre los comportamientos del niño de los padres y maestros o como apoyo en su evolución ²².

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y COMORBILIDAD CON TRASTORNOS AFECTIVOS NO BIPOLARES.

El TDAH conlleva un riesgo significativamente mayor de comorbilidad con una amplia gama de trastornos psiquiátricos. Suele ir acompañado de trastornos anímicos no bipolares comórbidos, con riesgos asociados de conducta suicida y deficiencias educativas, psicosociales y familiares²³.

Los niños con TDAH muestran síntomas más intensos de ansiedad o depresión que los niños con desarrollo normal o los niños con otros trastornos del neurodesarrollo. Se ve modificada la naturaleza del cuadro clínico, las trayectorias de desarrollo y los resultados. Existen pocos estudios abordando la comorbilidad entre el TDAH y los trastornos de ansiedad específicos, pero en los actuales, se han registrado altas tasas de comorbilidad. Según la prevalencia reportada en la literatura, 13-51% de los niños con TDAH tienen una comorbilidad con un trastorno de ansiedad, mientras que solo el 15-30% de los niños con algún trastorno de ansiedad mostraron tener una comorbilidad con TDAH. Los trastornos de depresión y ansiedad en los infantes con TDAH se reportan más comunes en las niñas ²⁴.

El trastorno depresivo mayor se ha reconocido cada vez más como una enfermedad mental crónica y con deterioro en las últimas décadas. La literatura ha reportado una comorbilidad entre la depresión mayor y el TDAH del 5,4% al 40%. Los niños y adolescentes con TDAH tienen un riesgo 2.5 veces mayor de depresión mayor posterior y

de desarrollarla a una edad más temprana, con un deterioro más grave, peor calidad de vida y mayores tasas de suicidio. Desde la perspectiva clínica, los pacientes con comorbilidad TDAH y depresión tienen mayores tasas de resistencia a tratamiento, lo cual lleva a una función cognitiva más pobre, una calidad de vida más baja, una carga psicosocial más alta y un mayor riesgo de suicidio. Así, la evidencia indica que la comorbilidad del TDAH puede empeorar el resultado clínico y el pronóstico personal, deteriorando la calidad de vida, aumentando el riesgo suicida y uso de sustancias ²⁵.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y COMORBILIDAD CON OTOS TRASTORNOS CONDUCTUALES

El TDAH se encuentra dentro de los trastornos neuro-conductuales con un deterioro funcional significativo. De acuerdo a la literatura puede encontrarse comorbilidad con los trastornos de conducta disruptivos, que incluyen el trastorno de oposición desafiante (TOD) y el trastorno de conducta (TC) en el 40-70% de los niños. Una proporción sustancial de niños con TDAH con TC comórbido desarrollará trastorno de personalidad antisocial en la edad adulta, mientras que los adultos con TDAH y antecedentes de TOD en la infancia tienen un mayor riesgo de trastornos de ansiedad múltiple, trastorno bipolar y trastornos por uso de sustancias ²⁶.

Sumado a las características principales del TDAH, muchos niños y sus familias luchan con diferentes grados de conductas de oposición, problemas de conducta y de agresión. Los niños con TOD tienen un comportamiento negativo, desafiante, hostil y de oposición grave y persistente, mientras que los niños con TC violan los derechos de otros o las normas sociales a través de repetidos actos de agresión a personas y animales, destrucción de propiedad, engaño o robo, o violaciones graves de las reglas. La gravedad de estos síntomas varía entre los niños. El médico debe tener en cuenta que pueden haber diferencias en la respuesta al tratamiento en función de la presencia o ausencia de estos tipos de comorbilidad ²⁷.

El grupo comórbido de TDAH con TC o TOD muestra una edad más temprana de inicio de los síntomas, además de que exhibe más agresividad física y delincuencia y muestra una severidad de los síntomas de cualquiera de los tres trastornos significativamente más alta, con las consecuentes mayores deficiencias. La presencia de TOD o TC predicen malos

resultados futuros, incluido el funcionamiento psiquiátrico, familiar y social comprometido, así como un mayor riesgo de eventos adversos en la vida: por ejemplo, rechazo de pares, comportamiento criminal y encarcelamiento a una edad temprana, mayores accidentes y más graves; por lo anterior un probable deterioro de la calidad de vida. La mayoría de los modelos explicativos de estos trastornos, enfatizan un déficit en el llamado funcionamiento ejecutivo, aspectos motivacionales y afectivos del procesamiento cognitivo y social, así como el aprendizaje de refuerzo, la toma de decisiones afectiva y el procesamiento emocional mostrando niveles reducidos de empatía y déficits en el reconocimiento de las expresiones emocionales, la resolución de problemas y control inhibitorio ²⁸. Debido a los riesgos mencionados, existen razones para creer que el TDAH está asociado con un mayor riesgo de muerte prematura ante la dinámica del comportamiento y los accidentes graves, sin embargo faltan estudios al respecto ²⁹.

LA CALIDAD DE VIDA, FUNCIÓN FAMILIAR Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Al abordar la calidad de vida como el funcionamiento de roles, el bienestar subjetivo y la salud física, es comprensible que sea cada vez más importante en la evaluación de la discapacidad y evolución de pacientes con servicios psiquiátricos. Es importante en la práctica médica para mejorar la relación médico-paciente y evaluar la efectividad e importancia de los tratamientos, además de contribuir con otras áreas de evaluación. La calidad de vida se ve gravemente afectada entre las personas con afecciones del estado de ánimo, ansiedad, alimentación, trastornos de conducta, entre otros trastornos psiquiátricos. Aproximadamente la mitad tienen más de un diagnóstico psiquiátrico, lo cual se relaciona con una menor calidad de vida. Comprender el papel de la comorbilidad en la calidad de vida con enfermedad psiquiátrica requiere una investigación exhaustiva. La calidad de vida puede empeorar con múltiples comorbilidades, sin embargo, no está claro si el número de comorbilidades interactúa con el diagnóstico principal para afectar la calidad de vida. Algunas afecciones, como la depresión, están asociadas con tanta carga en sí mismas que la comorbilidad puede tener poco impacto adicional en la calidad de vida, sin embargo se requiere su evaluación conjunta ³⁰.

El TDAH tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los padres y en la función familiar. Los padres de niños con TDAH informan niveles más bajos de calidad de vida en comparación con los padres de niños sanos. Por otro lado, la “función familiar” se define

por los 5 componentes de la escala APGAR: Adaptabilidad (compartir recursos y la satisfacción con la atención), Participación (comunicación familiar y resolución conjunta de problemas), Crecimiento (cambio emocional por roles familiares), Afecto (satisfacción con respecto a las relaciones intra-familiares) y Resolución (compartir tiempo y satisfacción con los compromisos en familia). El funcionamiento familiar se ve gravemente afectado cuando hay un niño con TDAH, especialmente en familias con TDAH infantil y parental simultáneo. Las familias disfuncionales tienen un funcionamiento menos que óptimo en las áreas de relaciones, comunicación, organización y resolución de problemas, por lo que el TDAH es un importante problema clínico y de salud pública al tener efectos sobre múltiples áreas. La evaluación de la calidad de vida de los padres e hijos con TDAH y su función familiar podría facilitar futuras intervenciones de apoyo ³¹.

PERIODOS DE LA INFANCIA

El crecimiento postnatal se caracteriza por 4 etapas como siguen: 1) Primera infancia; que abarca del nacimiento a los 3 años de edad, donde hay un crecimiento rápido, sensible a infecciones generales. 2) La segunda infancia o intermedia; abarca de los 3 años al inicio de la edad puberal, con un periodo de crecimiento constante, con cambios importantes del desarrollo que mejoran la habilidad psicomotora y cognitiva para la integración a una educación formal.

3) Etapa de aceleración o empuje puberal; incluye cambios en desarrollo físico por constitución somática y psicosocial, en niñas alcanza el periodo a los 12 años y en varones a los 14 años de edad y 4) Fase de la detención final de crecimiento; finaliza alrededor de la segunda década de la vida, en la cual el individuo cuenta con condiciones físicas, y de aprendizaje bio-psico-social que posibilitarán su expresión en el medio social ³².

Se ha extendido un consenso en la bibliografía para designar como “edad escolar” al periodo comprendido entre los seis a los doce años de edad, similar a la etapa de segunda infancia o intermedia descrita previamente, sin embargo debido a los años de escuela elemental es que se ha delimitado desde este punto de vista, sólo como criterio por edad cronológica, y hace referencia al inicio de los aprendizajes sistemáticos en instituciones educativas. Existen algunas variaciones entre autores como David Ausubel y Edmund Sullivan (1983) quienes distinguen la niñez media o escolar como el periodo

entre los 6 a los 9 años y la pre-adolescencia de los nueve años al inicio de la adolescencia. Actualmente se entiende que personas con el mismo objetivo de salud pueden dar información que incluye calidades de vida subjetivamente muy diferentes por su capacidad de adaptación y resiliencia ^{33,34}.

En nuestro medio la etapa escolar abarca desde el ingreso a primer año de escuela primaria y hasta su finalización. Este período comprende entre los 6 y 11 ó 12 años de edad aproximadamente. A esta edad el niño cambia el ambiente cotidiano, alejándose durante ese tiempo de las personas que forman parte de su familia y de su mundo hasta entonces ampliándose su contacto con la sociedad, e insertándose en el estudio, mismo que a partir de ese momento se establece como actividad fundamental de la etapa. Es entonces que el niño se enfrenta a un ambiente nuevo, donde debe aprender de sus profesores y lograr la aceptación de un grupo, adquiriendo habilidades que le ayudarán a desenvolverse en el mundo adulto ³⁵.

VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO AUTO APLICADO DE CALIDAD DE VIDA PARA NIÑOS CON IMAGENES, AUQUEI (Autoquestionnaire de qualité de vie enfantimagé)

En una revisión sistemática realizada en 2006 por autores españoles publicada por la "Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas" se analizaron instrumentos psicométricos con objetivo de identificarse los de tipo genérico y específicos para la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la edad pediátrica que se han publicado a nivel internacional y se incluyó el cuestionario AUQUEI. Posterior a la eliminación de acuerdo a criterios, se identificaron 28 de tipo genérico y 47 específicos. En España son usados 8 genéricos y 9 específicos que se encuentran en su versión en español, lo que sugirió un aumento en la cantidad disponible de instrumentos actualmente, debido al interés de su evaluación en la población infantil; la cual ha crecido en años más recientes como se ha descrito en párrafos anteriores ³⁶.

Dentro de los instrumentos referidos en la publicación, destacan la variabilidad en el número y características que mantienen, así como las diversas dimensiones a evaluar, debido a las prioridades en lo referente a la CVRS. Sin embargo la mayoría tienen aceptables resultados de fiabilidad al analizar la consistencia interna y casi todos ellos

han evaluado su validez. La heterogeneidad de instrumentos aumenta y enriquece la posibilidad de elección de acuerdo a los objetivos de evaluación en área de salud-enfermedad. Se elige en este protocolo el instrumento AUQUEI ya validado en su versión en español y publicada por García et al., 1998, por sus características; Es aplicable al rango de edad de 4-12 años de edad, es tipo likert de 4 categorías, evalúa las dimensiones vida familiar, vida social, salud y actividades como colegio, está distribuida en 26 ítems y 4 preguntas abiertas que amplían la evaluación, además del uso de imágenes para apoyo visual y contar con ítem de ejemplo al sujeto evaluado y logra auto aplicación ³⁶.

En una Tesis publicada en el año 2017, para obtener el título de especialidad en Medicina Familiar, por la UAEM e IMSS, se hizo uso de la escala AUQUEI para la percepción en la calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes de 3 a 8 años de edad con adenoamigdalectomía en la consulta externa de otorrinolaringología del Hospital regional 220 Toluca, en el periodo del 2015 al 2016, siendo un antecedente del empleo de la misma en población mexicana ³⁷.

El AUQUEI es un cuestionario específico para población infantil que proporciona un perfil de satisfacción desde el punto de vista del niño. Con las preguntas abiertas se proporciona información cualitativa sobre la situación del niño, esto con la pregunta inicial dónde da información sobre situaciones desagradables y agradables y 3 preguntas finales abiertas, mientras el cuestionario propiamente dicho o la sección de preguntas cerradas constituido por los 26 ítems se presentan con imágenes que aluden a estados emocionales. Dependiendo de la edad del niño y su capacidad de lecto-escritura, las preguntas abiertas serán realizadas por el entrevistador, quien irá anotando las respuestas que el niño dice. Las preguntas cerradas que forman como tal el cuestionario, serán respondidas por la cara que mejor represente el estado anímico en la situación concreta de cada pregunta y elegida por el propio niño. La puntuación global se obtiene sumando en los 26 ítems o preguntas cerradas. El valor asignado va de 0 (cara con lágrimas, nada contento) hasta 3 (cara con sonrisa abierta, muy contento). El rango de puntuación oscila entre 0 y 78 puntos. No existe un punto de corte definido, pero a mayor puntuación, mejor calidad de vida. Algunos de los ítems se agrupan en 4 factores. Las puntuaciones en cada uno de los factores se obtienen sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems que los componen, con el rango posible en factor 1 de 0 a 12,

Factor 2 de 0 a 18, Factor 3 de 0 a 9 y Factor 4 de 0 a 15. La puntuación por factores tampoco tiene punto de corte definido, a mayor puntuación mejor calidad de vida en el factor correspondiente. Se nombran los factores a continuación ³⁸:

- 1) Factor 1: Vida Familiar y relacional; P2, P10, P13, P19
- 2) Factor 2: Ocio; P3, P7, P11, P21, P25, P26
- 3) Factor 3: Separación; P15, P17, P23
- 4) Factor 4: Rendimientos; P4, P5, P12, P18, P24

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de que no existen criterios únicos para dar una definición única y exacta de “calidad de vida”, se ha percibido como un bienestar derivado de la evaluación individual en diversas dimensiones de la vida, de forma objetiva y subjetiva con representación del “sentirse bien” reflejadas sobre su habilidad para realizar actividades diarias y la satisfacción de su funcionamiento biopsicosocial. Las implicaciones de un padecimiento crónico muestran un impacto en el individuo a nivel general y algunos niños tienen dificultades en su vida social o familiar con compromiso en el aprendizaje y logros académicos, además de las dificultades propias de la afección, con probabilidad de comprometerse la calidad de vida del niño y de la familia. Es así que la calidad de vida infantil, también se valora de forma multidimensional, integrando capacidades funcionales e interacción niño-familia a nivel material, condición física, funcionalidad, interacción social y bienestar emocional, reflejando su opinión sobre el impacto de su situación por aspiraciones y experiencia personal. Es comprensible que su evaluación tenga un interés en ascenso dentro de los trastornos psiquiátricos, ya que se reportan menores niveles de calidad de vida en individuos con afecciones psiquiátricas. Individuos con afecciones psiquiátricas y sus familias, presentan disfunciones o percepciones menores de su calidad de vida, y tienen un funcionamiento menos óptimo en áreas de comunicación, organización y resolución de problemas. La evaluación de la calidad de vida es importante para mejorar la relación médico-paciente, como parte de una integración diagnóstica y estimar la efectividad e importancia de los tratamientos, así como la posibilidad de facilitar futuras intervenciones de apoyo. De lo anterior surge el interés al realizar esta tesis y conocer la calidad de vida en uno de los trastornos psiquiátricos infantiles con mayor prevalencia y mayor demanda de atención como es el TDAH.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la calidad de vida percibida por escolares con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad único y con comorbilidad psiquiátrica afectiva o conductual en atención psiquiátrica de Centro Médico Nacional de Occidente?.

JUSTIFICACIÓN

MAGNITUD: El TDAH es la afección psiquiátrica diagnosticada con mayor frecuencia en la infancia con una prevalencia aproximada en México del 5%, y llega a persistir en promedio tanto en la adolescencia como en la vida adulta en un 60% de los casos. Es la primera causa de atención psiquiátrica infantil en nuestro medio, haciendo uso del servicio de atención psiquiátrica en un 44%. Esta afección vulnera áreas escolares, familiares y sociales del individuo que lo padece, además de incrementar el riesgo de comorbilidad médico psiquiátrica y no psiquiátrica en alrededor del 60 al 70% de los individuos que empeoran el curso y pronóstico ³⁹. Datos del censo del INEGI 2010, informan que en México existen aproximadamente 42.5 millones de niños y adolescentes; al rededor de 1.5 millones con TDAH ⁴⁰.

En México afecta en promedio al 8% de los menores en edad escolar y de no tratarse de forma adecuada, afecta la calidad de vida de quien lo presenta, mientras que aquellos con tratamiento completo y adecuado mejoran sus relaciones personales, el aprovechamiento escolar, así como la tranquilidad y fraternidad con la posibilidad de que los síntomas desaparezcan a partir de los 25 años de edad ⁴¹.

La calidad de vida es un tema de interés creciente dentro del área médica debido a la influencia que tiene la percepción subjetiva de cada individuo, que además influye sobre el desarrollo bios-psicosocial dentro de su vida diaria, sin dejar de lado a aquellas personas con enfermedades, y en el área de la psiquiatría la percepción de bienestar y del desarrollo de capacidades influyen sobre la funcionalidad; lo que ha alentado a incluir el análisis de la calidad de vida en investigación. Estas evaluaciones se habían enfocado en adultos pero en los últimos años la importancia de calidad de vida relacionada a la salud en la infancia ha aumentado y se refleja en el mayor número de publicaciones y la realización de herramientas específicas para niños y/o adolescentes ⁴². Debido a lo anteriormente descrito con relevancia epidemiológica, es importante evaluar la percepción de la calidad de vida de los individuos con diagnóstico de TDAH en México, y ante la poca a nula presencia de estudios al respecto en nuestra población, surgió el interés de realizar este proyecto de evaluación en torno a la percepción de infantes respecto a su calidad de vida y no valorarla únicamente con la visión referida por sus cuidadores.

TRASCENDENCIA: El concepto de calidad de vida, aunque no sea unificado a nivel universal, ha despertado interés en diversas áreas de evaluación, dentro de ellas el área de salud- enfermedad; en la cual se observa como similitud entre individuos, la importancia que le da cada persona a las cosas que tienen valor en su vida, las cuales pueden variar entre individuos, y es por ello que debe reconocerse como un concepto multidimensional que incluye lo físico, psicológico y lo social, que además de tener variaciones por creencias, experiencias, percepciones y expectativas del sujeto, variarán de acuerdo a la edad de desarrollo. A partir de esa premisa se ha considerado que no es posible evaluarla únicamente bajo una visión estándar de los adultos, buscándose así la percepción e interpretación del infante. Se encuentra relevancia en esta área debido a que no se encontraron estudios de este tipo en población mexicana. Su conocimiento tiene impacto a nivel individual y poblacional por su influencia sobre la funcionalidad.

FACTIBILIDAD: Se presentó disponibilidad por parte de los evaluadores y recursos físicos necesarios, así como la presencia de individuos en atención médica en esta unidad, por lo que se consideró factible la realización del proyecto.

VIABILIDAD Y VULNERABILIDAD: No se encontraron asociaciones causales de eventos al tratarse de un estudio sin intervención en los grupos, si no que se compararon los resultados, por lo que no se vulneró la integridad del individuo y fue viable su realización. No hay estudios previos al respecto, y se consideró que su información podría optimizar la atención diaria con esta población.

HIPÓTESIS

Existe una diferencia en la calidad de vida percibida por escolares con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad único y con comorbilidad psiquiátrica afectiva o conductual en atención psiquiátrica de Centro Médico Nacional de Occidente.

OBJETIVOS

General

- Identificar la calidad de vida percibida por escolares con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad único y con comorbilidad psiquiátrica afectiva o conductual en atención paído-psiquiátrica de Centro Médico Nacional de Occidente.

Específicos

1. Determinar la calidad de vida percibida por escolares con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de la consulta de paído-psiquiatría evaluada con AUQUEI.
2. Especificar la calidad de vida percibida por escolares con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y comorbilidad con trastornos psiquiátricos afectivos por depresión mayor y/o ansiedad.
3. Indicar la calidad de vida percibida por escolares con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y comorbilidad psiquiátrica con trastornos de conducta y/o trastorno oposicionista desafiante.
4. Enunciar las características sociodemográficas de cada grupo de escolares con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ubicación Temporal y Espacial de la Población

La investigación se realizó en participantes de edad escolar de 6 a 12 años de edad cumplidos al momento del estudio, que acudieron a la consulta externa del área de Paído-psiquiatría de la UMAE Pediatría de Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS, ubicada en Salvador Quevedo y Zubieta, Guadalajara, Jalisco, durante el segundo trimestre del 2021.

Universo de Trabajo y Población de estudio

La población total adscrita a la UMAE Pediatría del CMNO de individuos de entre 6 a 12 años de edad cumplidos al momento del estudio que tenían el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y que acudieron a evaluación por el servicio de Paído-psiquiatría en el turno matutino y en compañía de al menos un familiar o tutor responsable, quienes dieron su consentimiento de evaluación.

Unidad de observación

Información de hojas de recolección de datos individualizada y foliada y escala de evaluación AUQUEI foliada que se llenaron en la sala de espera del área de consulta externa del servicio de paído-psiquiatría de la UMAE Pediatría del CMNO por el participante y la evaluadora en compañía del tutor.

Grupos de estudio.

- Grupo a. Pacientes con comorbilidad psiquiátrica
- Grupo b. Pacientes sin comorbilidad psiquiátrica

Unidad de análisis

Hojas de recolección de datos y escala de evaluación para los participantes, así como equipo de cómputo para descarga de base de datos y para programas de análisis estadístico dentro de las instalaciones de UMAE Pediatría de CMNO.

DISEÑO DE ESTUDIO

Transversal comparativo

A través de la aplicación de escalas y haber recabado la información, se identificaron aquellos individuos que cumplieran con los criterios de inclusión, mediante indagación de la información obtenida en la hoja de recolección de datos, y que posteriormente se realizó el análisis estadístico para establecer y comparar resultados de cada grupo.

TIPO DE ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

Tipo de Estudio

a).- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información:

- NO PROSPECTIVO.

b).- Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio:

- TRANSVERSAL.

c).- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos a estudiar:

- COMPARATIVO.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Individuos masculinos o femeninos adscritos a la UMAE Pediatría de CMNO.
- Tuvieran el diagnóstico de TDAH de primera vez o subsecuentes.
- Estuvieran o no en tratamiento al momento del estudio (considerándose cualquier pilar del tratamiento multimodal sugerido en la literatura; área farmacológica, área psicológica, área educativa y área familiar-social).
- Presentaran o carecieran de algún otro trastorno psiquiátrico comórbidos.
- Se encontraran en el rango mínimo de 6 años a máximo 12 años de edad cumplidos al momento de responder el instrumento de evaluación.
- Aceptara participar en el estudio.
- Su tutor responsable aceptara la participación en el estudio.
- Tanto tutor como participante firmaran inicialmente el asentimiento y consentimiento informado.
- Contestaran los instrumentos de evaluación e información sociodemográfica foliados.

Criterios de exclusión

- Escolar que no hubiera firmado el asentimiento informado.
- Tutor o familiar responsable que no hubiese firmado el consentimiento informado.
- Escolares que no contaran con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad al momento de la evaluación de paido-psiquiatría en el periodo del estudio.
- Incapacidad para responder los instrumentos de evaluación por impedimento de cualquier índole.
- Escalas que no cumplieran con el llenado completo de la información o de la forma adecuada posterior a la explicación por la evaluadora.
- Escalas que tuvieran doble respuesta.
- Pacientes que desistieron de participar en el estudio durante la evaluación, por cualquier causa o motivo.

VARIABLES

Variable independiente: comorbilidad psiquiátrica.

Variable dependiente: Calidad de vida percibida por escolares medida con la escala AUQUEI.

Co-variables: Edad, sexo, escolaridad, religión, red de apoyo, enfermedades no psiquiátrica, obtenidas a partir de la hoja de recolección de datos.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES				
VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICIÓN
CALIDAD DE VIDA	Percepción del individuo respecto a su bienestar de forma multidimensional en áreas psicológicas, familiares, sociales y de salud que influyen sobre su funcionalidad.	Puntuación global obtenida del AUQUEI de autopercepción de calidad de vida del niño con apoyo de imágenes en los 26 ítems cerrados. Con mínimo de 0 a máximo puntaje de 78.	Cualitativa Nominal	1. Calidad de vida negativa 0 a 48 2. Calidad de vida positiva 49-78
		Puntuación de cada Factor conforme a la suma de las preguntas correspondientes. Factor 1; 2,10,13,19 Factor 2; 3,7,11,21,25,26 Factor 3; 15,17,23 Factor 4; 4,5,12,18,24	Cuantitativa Discreta	1. 0 a 12 2. 0 a 18 3. 0 a 9 4. 0 a 15
EDAD	Tiempo de vida de un individuo desde su nacimiento.	Transcurso de tiempo en años cumplidos, a partir de la fecha de nacimiento.	Cuantitativa Discreta	1. 6 2. 7 3. 8 4. 9 5. 10 6. 11 7. 12
SEXO	Condición biológica que da características físicas de hombre o mujer.	Identificación al interrogatorio de cada participante con identificación en hoja de cuestionario; hombre, mujer.	Cualitativa Nominal	1. Hombre 2. Mujer
RELIGIÓN	Conjunto de normas y comportamientos respecto a creencia de divinidad o místicas.	Referido por paciente o tutor, durante recolección de datos.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Sin religión 2. Con religión
RED DE APOYO	Ayuda material, emocional, económica y presencial de algún familiar o tutor que atienda al niño.	Obtenido del registro de apoyo en la hoja de recolección de datos que acude a consultas o ayuda en casa al niño cumpliendo sus necesidades materiales y emocionales y/o habite con el escolar.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Presente 2. Ausente
ESCOLARIDAD	Años de estudio cursados de forma escolarizada.	Año en el cual está cursando o al cual ingresó y es referido por paciente y/o tutor durante la recolección de datos.	Cualitativa ordinal	1. Primero 2. Segundo 3. Tercero 4. Cuarto

				5.Quinto 6.Sexto 7.Séptimo
ENFERMEDAD NO PSIQUIÁTRICA PREVIA	Diagnóstico previo de enfermedad médica no psiquiátrica de tipo crónica o patología de base que requiera tratamiento médico.	Enfermedad referida por paciente o tutor, durante recolección de datos.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Presente 2. Ausente
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE TDAH	Trastorno del neurodesarrollo con presentación clínica de acuerdo a DSM-5 o CIE-10 con tipo inatento, hiperactivo o mixto.	Tiempo de Diagnóstico de TDAH en años desde el que fue informado por especialista alguno de los padres o tutor.	Cuantitativa discreta	1. 0-1 años 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. 6 o más
MASCOTAS	Animales que acompañan a los seres humanos en su vida cotidiana, por lo que no son destinados al trabajo, ni tampoco son sacrificados para convertirse en alimento.	Animal o ser vivo de compañía con el cual convive el niño y se incluya juego con el mismo o su aseo y atención.	Cualitativa nominal dicotómica	1. Presente 2. Ausente
PASATIEMPO	Actividad que sirve para entretenerse y pasar el rato.	Cualquier actividad de entretenimiento o juego que tenga el niño, extra a sus actividades de escuela o diarias obligatorias o de responsabilidad y que juegue o implemente con el objetivo de pasar el rato o divertirse	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Presente 2. Ausente
DEPRESIÓN	Trastorno afectivo con presentación clínica cumpliendo criterios establecidos de acuerdo al DSM-5 o CIE-10 y cumple diagnóstico de trastorno depresivo mayor o similar.	Diagnóstico del espectro de la depresión que haya sido establecido por algún especialista y por el cual tenga o no tratamiento el niño, referido por alguno de los padres o tutores en la recolección de datos y se corrobore en la búsqueda de información en expediente electrónico.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Presente 2. Ausente
ANSIEDAD	Trastorno afectivo con presentación clínica cumpliendo criterios establecidos de acuerdo al DSM-5 o CIE-10 y cumple cuadro diagnóstico dentro del espectro de ansiedad.	Diagnóstico del espectro de la ansiedad que haya sido establecido por algún especialista y por el cual tenga o no tratamiento el niño, referido por alguno de los padres o tutores en la recolección de datos y se corrobore en la búsqueda de información en expediente electrónico.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Presente 2. Ausente
TRASTORNO DE CONDUCTA	Trastorno de la Conducta con presentación clínica cumpliendo criterios establecidos de acuerdo al DSM-5 o CIE-10 y establece diagnóstico de trastorno de conducta.	Diagnóstico de TC que haya sido establecido por algún especialista y por el cual tenga o no tratamiento el niño, referido por alguno de los padres o tutores en la recolección de datos y se corrobore en la búsqueda de información en expediente electrónico.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Presente 2. Ausente
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE	Trastorno de la Conducta con presentación clínica cumpliendo criterios establecidos de acuerdo al DSM-5 o CIE-10 y establece diagnóstico de trastorno negativista desafiante.	Diagnóstico de TND que haya sido establecido por algún especialista y por el cual tenga o no tratamiento el niño, referido por alguno de los padres o tutores en la recolección de datos y se corrobore en la búsqueda de información en expediente electrónico.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Presente 2. Ausente

TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA

Cálculo de tamaño de muestra

Para el cálculo de tamaño de muestra se realizó con la fórmula para estudios comparativos que utiliza dos medias considerando la media de bienestar psicológico en pacientes con TDAH en tratamiento (52.86 * 2.34) comparado con la media de bienestar psicológico en pacientes controles (55.98 * 1.65), esto referido en el artículo del Dr. López Villalobos ⁴³. Se consideró un valor K 17.8 (alfa 0.01 y beta 95%).

- $$\frac{K (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$
- $$\frac{17.8 (2.34^2 + 1.65^2)}{(52.86 - 55.98)^2}$$
- $$\frac{17.8 (5.47 + 2.72)}{(3.12)^2}$$
- $$\frac{17.8 (8.19)}{(9.7)}$$
- $$\frac{145.78}{15}$$

15 pacientes por grupo más 30% por pérdidas (20 pacientes por grupo y 40 en total).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- Para el análisis de variables cualitativas, se realizó con frecuencias y porcentajes.
- Para el análisis descriptivo de variables cuantitativas se realizó con medias y desviaciones estándar en caso de curva simétrica o medianas y rangos en caso de curvano simétrica.
- Para el análisis de inferencias comparando los grupos de niños con y sin comorbilidad psiquiátrica se realizó para variables cualitativas con chi cuadrada.
- Para el análisis de inferencias de variables cuantitativas se realizó de acuerdo a la curva de distribución de datos, con la curva simétrica se realizó con t de Student.
- Para determinar las características de la curva de distribución de datos se realizó con la prueba de Kolmogorov Smirnov.
- Se calcularon la asociación de riesgo con razón de momios dicotomizando la calidad de vida en dos grupos y la presencia o ausencia de comorbilidad psiquiátrica.
- Se consideró un valor estadísticamente significativo, valor de $p < 0.05$
- Se realizó una base de datos en excel.
- Para el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS versión 24.0 y Jamovi 2.01.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

El Cuestionario autoaplicado de Calidad de Vida para Niños con Imágenes (Autoquestionnaire Qualité de Vie-Enfant-Imagé, AUQUEI): fue desarrollado por Sabine Manificat, Alice Dazord et al en Francia para niños de 4 a 12 años de edad y validada en español con publicación por García et al, en 1998. Consta de 26 ítems cerrados más una pregunta inicial para explicar al niño su resolución. Es tipo likert de 4 categorías, con cuatro opciones de respuesta por pregunta, representadas con una imagen de expresión facial asociada una emoción; 1.- nada contento en absoluto, 2.-a veces no contento, 3.- contento y 4.-muy contento; basados en el punto de vista de los niños en satisfacción de los dominios: a) Vida familiar y su relación, b) Actividades externas, c) Actividades de ocio, d) Situaciones de separación, e) Funciones principales, f) Relaciones sociales, g) Salud y tratamiento, h) Sueño y alimentación. Además de 3 preguntas abiertas. Presenta una confiabilidad interna con un coeficiente alfa de *Cronbach de 0,71* 17, 36.

El AUQUEI es un cuestionario específico para población infantil que proporciona un perfil de satisfacción desde el punto de vista del niño. Dependiendo de la edad del niño y su capacidad de lecto-escritura, las preguntas abiertas fueron realizadas por la entrevistadora, quien anotó las respuestas que el niño dijo. Las preguntas cerradas que forman como tal el cuestionario, fueron respondidas por la cara que mejor representó el estado anímico en la situación concreta de cada pregunta y elegida por el propio niño. La suma de las 26 preguntas cerradas da el resultado general de la calidad de vida. No cuenta con punto de corte, sin embargo se establece que a mayor puntuación, mayor percepción de calidad de vida. El valor asignado va de 0 (cara con lágrimas, nada contento) hasta 3 (cara con sonrisa abierta, muy contento). El rango de puntuación oscila entre 0 y 78 puntos. Es un instrumento genérico que pretende medir todas las dimensiones de la calidad de vida relacionadas a la salud, por lo que se puede aplicar tanto a población aparentemente sana como a población clínica independientemente del tipo de patología, para esta evaluación, algunos de los ítems se agrupan en 4 factores, y sus puntuaciones se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los componen. Factor 1) vida familiar y relacional correspondientes a preguntas 2, 10, 13 y 19, con el rango posible de 0 a 12. Factor 2) Ocio le corresponden las preguntas 3, 7, 11, 21, 25, 26 con rango de 0 a 18. Factor 3) separación le corresponden las preguntas 15, 17, 23 con rango de 0 a 9 y el Factor 4) rendimientos las preguntas 4, 5, 12, 18, 24 con rango de 0 a 15. La puntuación por factores tampoco tiene punto de corte definido, a mayor puntuación mejor calidad de vida en el factor correspondiente³⁸.

Aunque originalmente se habla de que no cuenta con un punto de corte. En un estudio realizado en el Sao Paulo, 2010 en niños con Bruxismo, se tomaron en consideración las dimensiones de la escala AUQUEI para las percepciones de los niños sobre su calidad de vida, estableciendo un punto de corte de 48 para dicha población, donde puntuaciones más bajas indicaban que la calidad de vida se ve afectada hacia lo negativo para su mejor análisis 44.

DESARROLLO DEL ESTUDIO

- Se realizó el estudio en el área de consulta externa del servicio de Paido-psiquiatría de la UMAE Pediatría de CMNO en el horario de turno matutino, con uso de aplicación del material necesario de las 08:30 horas de manera discontinua hasta las 14:00 horas de

lunes a viernes durante el segundo trimestre de 2021.

- Diariamente durante el periodo establecido se revisaron a las 08:00 horas, los expedientes electrónicos de los pacientes citados ese día a consulta de primera vez y cita de seguimiento, en búsqueda de pacientes que contaran o se sospechara el diagnóstico de TDAH.
- Se revisaron las notas del expediente clínico electrónico previamente por la evaluadora residente de este estudio, para identificar a derecho-habientes citados con el diagnóstico de TDAH en el caso de ser paciente de seguimiento.
- En pacientes de primera vez al servicio mediante la referencia electrónica o el mismo expediente comentado, se identificaron a quienes ya contaban con el diagnóstico de TDAH y fueron referidos o en quienes se tenía su sospecha.
- En pacientes de seguimiento que contaban con el diagnóstico, se recabaron los datos de su nombre y afiliación para identificar la hora de su consulta y previo o posterior a su cita se les invitó a participar en el estudio tanto al individuo como a su tutor.
- En pacientes de primera vez se recabó el nombre y afiliación para identificar la hora de su consulta y que previo o posterior a su cita se hubiera identificado referencia del diagnóstico en el expediente; la residente evaluadora les informó e invitó a participar en el estudio.
- En cualquier caso, una vez aceptando, se les entregaron dos bolígrafos y se obtuvo la firma del asentimiento y consentimiento informado.
- Posteriormente la evaluadora le explicó al participante el primer enunciado del instrumento a aplicar de AUQUEI para exponer la forma de llenado adecuado, y en los casos de sujeto con dificultades en la lectura, se les apoyó leyendo cada pregunta, con el llenado en la sala de espera del área de consulta externa del servicio de psico-psiquiatría.
- Se entregó la hoja de datos sociodemográficos correspondiente al folio del cuestionario, al familiar o tutor para su llenado mientras el participante respondía en la misma sala de espera.
- La evaluadora residente responsable de la aplicación del material se mantuvo en la sala de espera durante el llenado, para resolver en el caso de presentarse dudas.
- En el caso de dificultad o circunstancias que ameritaron apoyo en la lectura, la evaluadora leía cada pregunta al participante, para que el participante identificara las respuestas por sí mismo con apoyo de las imágenes del instrumento.
- Al término del llenado, la evaluadora realizó una nueva búsqueda en el sistema de expediente electrónico para detectar los complementos diagnósticos, o en su caso el

diagnóstico principal y secundarios de dicho participante y los anotó en la hoja de registro correspondiente al folio.

- Posteriormente vació los datos obtenidos en una hoja de Excel para su posterior análisis.
- Ulteriormente a la obtención de datos en el periodo establecido, se procedió por la residente y tutores a realizar el análisis estadístico de las variables, así como identificación de individuos participantes únicamente por folio, sin considerarse nombre o número de afiliación.
- Finalmente realizaron los gráficos correspondientes a los resultados encontrados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

- De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación y apegada a los artículos 3, 4, 13, 14 fracciones I, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X. Refiriéndose al artículo 3 sobre la investigación para la salud que comprende el desarrollo de acciones que contribuyan I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; III. A la prevención y control de los problemas de salud; IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud. El 4 manifiesta que la aplicación del Reglamento corresponde a la Secretaría y a los gobiernos de las entidades federativas. Respecto al 13 menciona que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar y el 14 contempla que la Investigación realizada en seres humanos deberá desarrollarse conforme a los principios científicos y éticos que la justifiquen y prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgo a su vez que contará con el consentimiento informado.
- Ser consideraron los artículos 15 y 16 que contempla que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice; así como el 17 que considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.
- De gran importancia se ajustó a lo indicado en el artículo 20 donde se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna; sin omitir

el artículo 21 que menciona que para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación, o en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla.

- En relación a la evaluación de la propuesta para este estudio y la descripción de la Ley General de salud en materia de Investigación, se considera un estudio de categoría I, por lo que se ajusta a una investigación con riesgo mínimo donde no se efectuó ninguna intervención, alteración o modificación intencionada en variables de tipo psicológico, fisiológico, ni social de los individuos participantes del estudio.
- Se tomó en cuenta el artículo 20 con la realización del consentimiento informado, Norma Oficial Mexicana, NOM-012-SSA3-2012, que establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
- Se administraron cuestionarios a los individuos de tipo de recolección de datos, sin manipular su conducta o pensamiento.
- Se observaron los principios de la investigación en seres humanos establecidos en las directivas de la Buena Práctica Clínica de la Conferencia Internacional de Armonización.
- Se apegaron en su actuar a las Guías de Práctica Clínica (GPC) del Sistema Nacional de Salud que proporcionan información actualizada y científica para brindar una mejor atención, apearse al diagnóstico y apoyar en la toma de decisiones clínicas.
- Se respetaron las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud en seres humanos elaborados por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).
- Como parte del mantenimiento de la confidencialidad y privacidad de los datos obtenidos de los sujetos participantes, se realizó una hoja de identificación entre nombre del paciente y un número de folio, para uso únicamente de la médica residente que aplicó las herramientas, para que si alguien llegara a ver las pruebas no lograra saber de qué persona se trataba.
- Los resultados del actual estudio se protegieron en un resguardo dentro del área de trabajo hospitalario, dentro de un cajón y bajo llave, con único acceso por la evaluadora. Se resguardarán por cinco años posteriores a la fecha de finalización del estudio. Posteriormente serán destruidos con una trituradora. Para mayor protección, la hoja de identificación de nombre del paciente y número de folio se mantendrá en un cajón distinto.
- El estudio respetó la aceptación voluntaria con una firma del consentimiento informado por parte del familiar o tutor, a la vez se solicitó asentimiento del participante mayor de 7 años.

- Se consideró que este estudio cuenta con validez científica y social ya que la valoración de la calidad de vida dentro del área de salud, tiene una creciente evaluación epidemiológica e investigación predominando en padecimientos crónicos, influyendo en su evolución y pronóstico, sugiriendo influencia sobre los costos para la economía de la república, al repercutir en el desarrollo bio-psico-social del individuo, así como en su funcionamiento escolar y posteriormente laboral con impacto a nivel familiar y social.
- Los individuos en etapa escolar se encuentran en constante aprendizaje, crecimiento y desarrollo de aptitudes y percepciones que en un futuro repercutirán en su interacción con su ambiente externo. Por ello son considerados una población con gran posibilidad de adaptación debido al cambio constante, sin embargo requieren atención durante el mismo para evitar deterioro presente y futuro.
 - Este protocolo ha sido sometido a revisión por el Comité Local de Investigación en Salud y el Comité Local de Ética en Investigación 1302 de la UMAE Hospital de Pediatría del CMNO.

RECURSOS

Recursos Humanos

- El tutor es un Médico con subespecialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, quien cuenta con amplia trayectoria de trabajo en el área clínica, así como experiencia y capacidad en el diagnóstico, tratamiento y manejo psicoterapéutico de la gama de psicopatología abordada en el presente estudio.
- El asesor metodológico es un Médico Especialista en Neonatología, en constante actualización y con experiencia en asesoría metodológica. Cuenta con maestría y doctorado en investigación.
- La investigadora médica residente del segundo año del curso de subespecialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, fue asesorada en este protocolo y tesis. Es Médica Especialista en Psiquiatría, con experiencia previa durante la formación en el diagnóstico y manejo de pacientes de los diversos trastornos psiquiátricos y en actual formación como Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia.

Recursos Materiales

- Hojas blancas para realizar la impresión de las escalas y los datos sociodemográficos recolectados.
- Plumas para responder la información solicitada.
- Computadora con Excel y programas de análisis estadístico.
- Computadores del servicio de paido-psiquiatría en consulta externa para la búsqueda de información inicial y subsecuente de pacientes.

Recursos Físicos

- Instalaciones de la Unidad de Paido-psiquiatría de la UMAE Pediatría de Centro Médico Nacional de Occidente para aplicar los instrumentos.
- Instalaciones de la UMAE Pediatría de Centro Médico Nacional de Occidente durante la revisión y análisis de datos de los instrumentos de aplicación.

Recursos Financieros

- Los recursos para la papelería necesaria que fueron cubiertos por la investigadora residente.

RESULTADOS

Se recolectaron datos de una población total de 44 participantes de 6 a 12 años de edad que cumplieron con los criterios de inclusión. Dentro de las características sociodemográficas obtenidas se describen las siguientes;

Respecto al sexo se encontraron 10 (22.7%) mujeres y 34 (77.2%) hombres. El promedio de edad fue de 9 años, con una división por rango de edad de los 6 a los 8 años de 13 (29.5%) y de los 9 a 12 años de edad de 31 (70.45%) participantes. El total (100%) de los sujetos contaban con años de estudio, 17 (38.6%) se encontraron dentro del grupo de primero a tercer grado y 27 (61.3%) de cuarto a séptimo grado.

Respecto a contar o no con hermanos, se encontró que 12 (27.2%) participantes no tenían hermanos, mientras que 32 (72.7%) sí contaban con al menos un hermano o hermana. Por otro lado 35 (79.5%) de los participantes tienen al menos una mascota en casa y 9 (20.45%) de ellos no tiene mascotas, y se especificaron en su mayoría los perros, seguidos de gatos y otros como aves o roedores.

Se consideró por parte de los tutores que 19 (43.15) participantes no cuentan con pasatiempos, mientras que 25 (56.8%) realiza al menos un pasatiempo. Acerca de la edad de diagnóstico de TDAH se halló que 34 (77.27%) participantes tenían diagnóstico de reciente inicio a 3 años del mismo, y 10 (22.72%) participantes tenían entre 4 a 6 años del diagnóstico. Además, los datos mostraron que sólo 4 (9.09%) participantes se encontraban sin toma de psicofármaco al momento del estudio, mientras que 40 (90.90%) ya contaba con tratamiento farmacológico para el TDAH.

Finalmente del total, 28 (63.63%) participantes vivían con ambos padres, 13 (29.52%) lo hacía únicamente con la madre y 3 (6.8%) con algún otro familiar, especificándose era con los abuelos o una tía y ninguno habitaba sólo con el padre. (Tabla 1)

Tabla 1. Resultados Sociodemográficos de participantes con TDAH.

	Identificadores	Participantes N=44	Total	Proporción	p
SEXO	Mujer	10 (22.7%)	44	0.227	< .001
	Hombre	34 (77.2%)	44	0.773	< .001
RELIGIÓN	Con	42 (95.4%)	44	0.955	< .001
	Sin	2 (4.5%)	44	0.045	< .001
RANGO EDAD	6-8 años	13 (29.5%)	44	0.295	0.010
	9-12 años	31 (70.4%)	44	0.705	0.010
ESCOLARIDAD	Primero-Tercero	17 (38.6%)	44	0.386	0.174
	Cuarto-Séptimo	27 (61.3%)	44	0.614	0.174
HERMANOS	No	12 (27.2%)	44	0.273	0.004
	Si	32 (72.7%)	44	0.727	0.004
MASCOTAS	No	9 (20.4%)	44	0.205	< .001
	Si	35 (79.5%)	44	0.795	< .001
PASATIEMPOS	No	19 (43.1%)	44	0.432	0.451
	Si	25 (56.8%)	44	0.568	0.451
EDAD DIAGNÓSTICO	0-3 años	34 (77.2%)	44	0.773	< .001
	4-6 años	10 (22.7%)	44	0.227	< .001
PSICOFÁRMACO	No	4 (9.0%)	44	0.091	< .001
	Si	40 (90.9%)	44	0.909	< .001
HOGAR	Ambos padres	28 (63.6%)	44	0.636	0.096
	Mamá	13 (29.5%)	44	0.295	0.010
	otro	3 (6.8%)	44	0.068	< .001

Al delimitar los resultados tras aplicar el cuestionario AUQUEI se precisó una puntuación total promedio de 51.36 puntos. Considerando los puntajes establecidos de bienestar psicológicos referidos previamente por el artículo del Dr. López Villalobos e incluidos para este estudio, se hallaron 28 (63.63%) cuestionarios con calidad de vida positiva o buena con $p = 0.096$ y 16 (36.36%) cuestionarios con calidad de vida negativa o mala con $p = 0.096$.

(Tabla 2) (Gráfico 1)

Tabla 2. Resultados de Calidad de vida reportada en participantes con TDAH.

	Resultado	Participante N=44	Total	Proporción	p
CALIDAD DE VIDA	Positiva	28 (63.6%)	44	0.636	0.096
	Negativa	16 (36.3%)	44	0.364	0.096



Gráfico 1 Resultados de Calidad de vida reportada en participantes con TDAH.

Escolares con TDAH sin comorbilidad psiquiátrica fueron 3 (6.8%) del total y su calidad de vida percibida resultó positiva. Mientras que TDAH con comorbilidad psiquiátrica fueron 41 (93.18%); de los cuales TDAH con comorbilidad afectiva se registraron 27 (61.3%) y con comorbilidad conductual 5 (11.3%), además de 9 (20.4%) con comorbilidad tanto conductual como afectiva. Haciendo la integración de comorbilidad afectiva se mostraron 36 (81.8%) y conductual 14 (31.8%). (Gráfico 2)

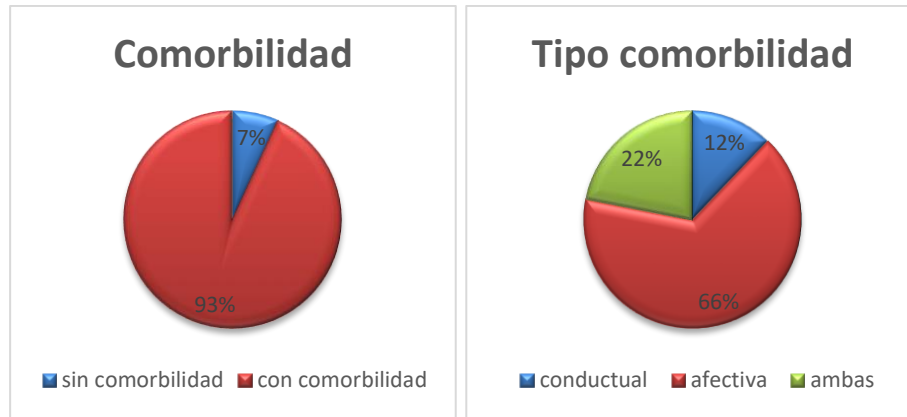


Gráfico 2 Resultados de Comorbilidad psiquiátrica y su tipo en participantes con TDAH.

La calidad de vida percibida por escolares con TDAH con comorbilidad psiquiátrica afectiva resultó positiva en 21 (47.7%) sujetos y negativa en 13 (29.5%). Por otro lado, de los registros de TDAH con comorbilidad psiquiátrica conductual, mostraron resultados de calidad de vida positiva en 7 (15.9%) y negativa en 6 (13.6%). (Gráfico 3)

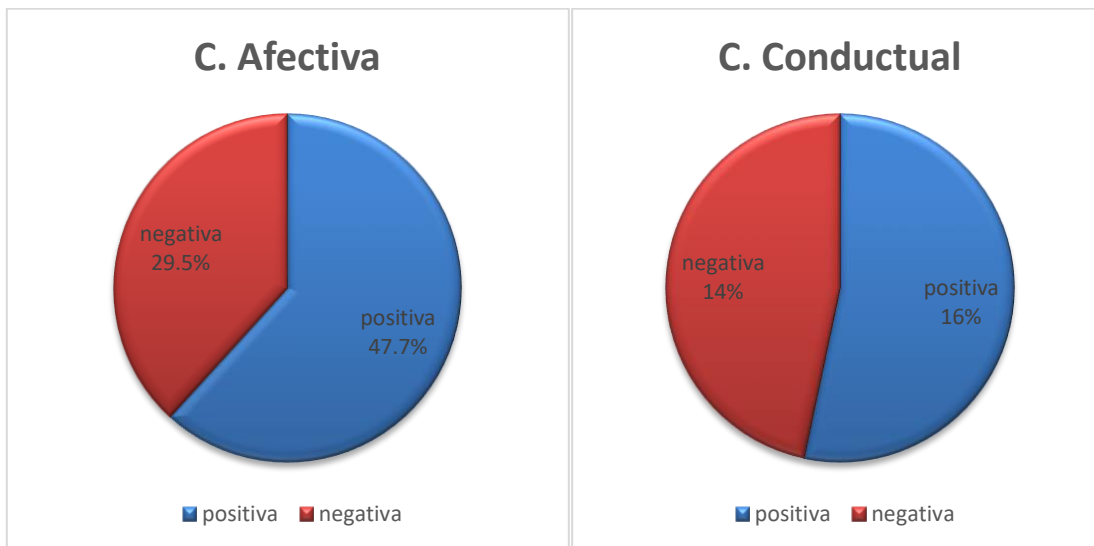


Gráfico 3 Resultados de Calidad de vida con comorbilidad psiquiátrica según tipo afectivo o conductual en participantes con TDAH.

Al aplicar pruebas estadísticas para identificar asociación entre calidad de vida y sexo, se obtuvo un valor χ^2 de 0.74, 1 gl, p 0.786. (Tabla 3)

Se identificó 6 (13.6%) mujeres con positiva o buena calidad de vida y 22 (50%) hombres, mientras que 4 (9.0%) mujeres con negativa o mala calidad de vida y 12 (27.27%) hombres. (Tabla 4)

Tabla 3. Asociación calidad de vida y sexo

	Valor	DF	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.074 ^a	1	.786		
Prueba exacta de Fisher				1.000	.533
Asociación lineal por lineal	.072	1	.788		
N de casos válidos	44				
Correlación de Spearman	-.041				

Tabla 4. Asociación de calidad de vida y sexo en participantes con TDAH

		CALIDAD DE VIDA		Total
		Positiva Calidad de Vida N=44	Negativa Calidad de Vida N=44	
SEXO	Mujer	6 (13.3%)	4 (9.0%)	10
	Hombre	22 (50%)	12 (27.2%)	34
Total		28 (63.6%)	16 (36.3%)	44

Se encontró que del total, 32 casos con hermanos son 19 (43.1%) con calidad de vida positiva y 13 (29.5%) negativa, mientras que de los 12 sin hermanos; 9 (20.45%) con positiva y 3 (6.8%) con negativa calidad de vida. (Tabla 5)

Tabla 5. Asociación de calidad de vida y hermanos en participantes con TDAH

		CALIDAD DE VIDA		Total
		Positiva Calidad de Vida N=44	Negativa Calidad de Vida N=44	
HERMANOS	No tiene	9 (20.4%)	3 (6.8%)	12
	Si tiene	19 (43.1%)	13 (29.5%)	32
Total		28 (63.6%)	16 (36.3%)	44

Al aplicar las pruebas estadísticas para identificar asociación entre calidad de vida y hermanos, se obtuvo un valor χ^2 de 0.971, 1 gl, p 0.337. (Tabla 6)

Tabla 6. Calidad de vida y hermanos

	Valor	DF	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.921 ^a	1	.337		
Prueba exacta de Fisher				.487	.276
Asociación lineal por lineal	.900	1	.343		
N de casos válidos	44				
Correlación de Spearman	.145				

Sobre los datos de contar con algún psicofármaco en tratamiento 40 (90.9%) de los 44 participantes al momento del estudio tenían prescripción de algún psicofármaco, de los cuales 26 (50%) con calidad de vida positiva o buena y 14 (31.8%) con negativa calidad de vida, mientras que de los 4 (9%) sin psicofármaco que se encontraron dentro de los enviados a valoración de primera vez 2 (4.5%) con positiva y negativa respectivamente.

(Tabla 7)

Tabla 7. Asociación de calidad de vida y uso de psicofármaco en participantes con TDAH.

		CALIDAD DE VIDA		
		Positiva Calidad de Vida N=44	Negativa Calidad de Vida N=44	Total
PSICOFÁRMACO	Ninguno	2 (4.5%)	2 (4.5%)	4
	Si tiene	26 (59.9%)	14 (31.8%)	40
Total		28 (63.3%)	16 (36.3%)	44

Al aplicar las pruebas estadísticas para identificar asociación entre calidad de vida y toma de psicofármacos, se obtuvo un valor χ^2 de 0.354, 1 gl, p 0.552. (Tabla 8)

Tabla 8. Resultados de Calidad de vida y psicofármaco

	Valor	DF	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.354 ^a	1	.552		
Corrección de continuidad ^b	.002	1	.960		
Prueba exacta de Fisher				.614	.463
N de casos válidos	44				
Correlación de Spearman	-.090				

Para el análisis de datos, respecto al tiempo que llevaban con el diagnóstico, se dividieron en dos grupos. Encontrándose 34 (77.2%) participantes para el grupo de 0 a 3 años de diagnóstico, de los cuales 22 (50%) tienen resultado calidad de vida positiva y 12 (27.2%) negativa. En el grupo de 4 a 6 años de diagnóstico, 6 (13.63%) con calidad de vida positiva y 4 (9%) negativa. (Tabla 9)

Tabla 9. Asociación de Calidad de vida y tiempo de diagnóstico de participantes con TDAH

		CALIDAD DE VIDA		
		Positiva Calidad de Vida N=44	Negativa Calidad de Vida N=44	Total
EDAD DIAGNÓSTICO	0 a 3 años	22 (50%)	12 (27.2%)	34
	4 a 6 años	6 (13.6%)	4 (9.0%)	10
Total		28 (63.6%)	16 (36.3%)	44

Al calcular la asociación entre calidad de vida y tiempo diagnóstico, se obtuvo un valor χ^2 de 0.074, 1 gl, p 0.786. (Tabla 10)

Tabla 10. Resultado de Tiempo diagnóstico y calidad de vida.

	Valor	DF	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.074 ^a	1	.786		
Corrección de continuidad ^b	.000	1	1.000		
Prueba exacta de Fisher				1.000	.533
N de casos válidos	44				
Correlación de Spearman	.041				

Se realizó una división para diferenciar participantes con alguna comorbilidad psiquiátrica de quienes solo contarán con diagnóstico de TDAH. Se identificó que 3 (6.8%) participantes contaban con único diagnóstico TDAH, quienes puntuaron con una calidad de vida positiva. Los 41 (93.1%) restantes contaban con al menos una comorbilidad psiquiátrica y de estos 25 (56.8%) con calidad de vida positiva y 16 (36.3%) negativa.

(Tabla 11)

Al efectuar las pruebas estadísticas para identificar asociación entre calidad de vida y comorbilidad psiquiátrica, resultó un valor χ^2 de 1.840, 1 gl, p 0.175. (Tabla 12)

Tabla 11. Asociación de calidad de vida y comorbilidad psiquiátrica en participantes con TDAH

		CALIDAD DE VIDA		
		Positiva	Negativa	
		Calidad de Vida N=44	Calidad de Vida N=44	Total
Comorbilidad Psiquiátrica	No	3 (6.8%)	0 (0%)	3
	Si	25 (56.8%)	16 (36.3%)	41
Total		28 (63.6%)	16 (36.3%)	44

Tabla 12 Resultados de calidad de vida y comorbilidad psiquiátrica

	Valor	DF	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.840 ^a	1	.175		
Razón de verosimilitud	2.836	1	.092		
Prueba exacta de Fisher				.290	.247
N de casos válidos	44				
Correlación de Spearman	.204				

Se reunieron aquellos que contaban con comorbilidad de tipo afectiva, y se obtuvieron 34 (77.2%) participantes; de los que 21 (47.7%) se registraron con calidad de vida positiva y 13 (29.5%) negativa. (Tabla 13)

Tabla 13. Asociación de calidad de vida con comorbilidad afectiva en participantes con TDAH

		CALIDAD DE VIDA		Total
		Positiva Calidad de Vida N=44	Negativa Calidad de Vida N=44	
COMORBILIDAD AFECTIVA	No	7 (15.9%)	3 (6.8%)	10
	Si	21 (47.7%)	13 (29.5%)	34
Total		28 (63.6%)	16 (36.3%)	44

Al usar las pruebas estadísticas, mostraron un valor χ^2 de 0.226, 1 gl, p .63 (Tabla 14)

Tabla 14. Pruebas de Correlación de calidad de vida y comorbilidad afectiva

	Valor	DF	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.226 ^a	1	.634		
Razón de verosimilitud	.231	1	.631		
Prueba exacta de Fisher				.724	.467
N de casos válidos	44				
Correlación de Spearman	.072				

Se señalaron aquellos que contaban con comorbilidad de tipo conductual, localizándose 13 (29.5%) participantes; de los cuales 7 (15.9%) obtuvieron calidad de vida positiva y 6 (13.6%) negativa. (Tabla 15)

Tabla 15. Asociación de calidad de Vida y comorbilidad conductual en participantes con TDAH

		CALIDAD DE VIDA		Total
		Positiva Calidad de Vida N=44	Negativa Calidad de Vida N=44	
COMORBILIDAD CONDUCTUAL	No	21 (47.7%)	10 (22.7%)	31
	Si	7 (15.9%)	6 (13.6%)	13
Total		28 (63.6%)	16 (36.3%)	44

Al aplicar las pruebas estadísticas para su asociación, se encontró un valor χ^2 de 0.764, 1 gl, p 0.382. (Tabla 16)

Tabla 16. Resultados de calidad de vida y comorbilidad conductual

	Valor	DF	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.764 ^a	1	.382		
Razón de verosimilitud	.752	1	.386		
Prueba exacta de Fisher				.496	.295
N de casos válidos	44				
Correlación de Spearman	.132				

Además se recabaron aquellos que contaban con diagnósticos de comorbilidad psiquiátrica diferente de los registrados en conductual y afectivo. Se demostró resultado de 7 (15.9%) participantes; 6 (13.6%) de ellos con calidad de vida positiva y 1 (2.2%) negativa. (Tabla 17)

Tabla 17. Asociación de calidad de Vida y otra comorbilidad psiquiátrica en participantes con TDAH

		CALIDAD DE VIDA		
		Positiva Calidad de Vida N=44	Negativa Calidad de Vida N=44	Total
OTRA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA	No	22 (50%)	15 (34.0%)	37
	Si	6 (13.6%)	1 (2.2%)	7
Total		28 (63.6%)	16 (36.3%)	44

Al calcular para asociación resultó un valor χ^2 de 1.753, 1 gl, p 0.185. (Tabla 18)

Tabla 18. Resultados de calidad de vida y otra comorbilidad psiquiátrica

	Valor	DF	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.753 ^a	1	.185		
Corrección de continuidad ^b	.802	1	.370		
Razón de verosimilitud	1.980	1	.159		
Prueba exacta de Fisher				.393	.188
Asociación lineal por lineal	1.714	1	.191		
N de casos válidos	44				
Correlación de Spearman	-.200				

Se procedió a definir los resultados por factor del cuestionario AUQUEI; Para el factor 1 “Vida Familiar y relacional”, el factor 2 “Ocio”, el factor 3 “Separación”, el Factor 4 “Rendimientos” con los datos de las variables de sexo, rango de edad, comorbilidad psiquiátrica, comorbilidad afectiva y comorbilidad conductual, y se indicaron en la tablas.

(Tabla 19)

Al aplicar pruebas estadísticas en el cálculo de tablas 2x2 para asociación de resultados de Factores de escala y datos sociodemográficos, y de comorbilidad tomando en cuenta el valor total de la subseca, se obtuvieron los valores expuestos en la tabla correspondiente. (Tabla 20)

TABLA. 19 ASOCIACIÓN DE FACTORES SUBESCALA Y VARIABLES EN PARTICIPANTES CON TDAH

SEXO	N	Media	DE	
PUNTUACIÓN TOTAL	M	10	52.60	13.615
	H	34	52.32	8.598
Vida Familiar y Relacional	M	10	8.00	3.367
	H	34	7.62	2.708
Ocio	M	10	14.50	3.308
	H	34	15.50	1.989
Separacion	M	10	4.00	2.539
	H	34	3.41	1.956
Rendimientos	M	10	11.00	2.981
	H	34	9.74	2.621
RANGO DE EDAD EN AÑOS				
PUNTUACIÓN TOTAL	6 a 8	13	54.38	10.389
	9 a 12	31	51.55	9.556
Vida Familiar y Relacional	6 a 8	13	8.15	2.478
	9 a 12	31	7.52	2.987
Ocio	6 a 8	13	16.23	1.878
	9 a 12	31	14.87	2.432
Separacion	6 a 8	13	3.54	2.757
	9 a 12	31	3.55	1.786
Rendimientos	6 a 8	13	10.54	3.017
	9 a 12	31	9.81	2.613
COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA				
PUNTUACIÓN TOTAL	No	3	62.33	8.386
	Si	41	51.66	9.551
Vida Familiar y Relacional	No	3	9.33	2.309
	Si	41	7.59	2.855
Ocio	No	3	17.00	1.000
	Si	41	15.15	2.372
Separacion	No	3	4.67	1.528
	Si	41	3.46	2.111
Rendimientos	No	3	12.33	2.309
	Si	41	9.85	2.698
COMORBILIDAD AFECTIVA				
PUNTUACIÓN TOTAL	No	10	55.20	9.659
	Si	34	51.56	9.795
Vida Familiar y Relacional	No	10	8.80	2.150
	Si	34	7.38	2.954
Ocio	No	10	15.50	2.415
	Si	34	15.21	2.358
Separacion	No	10	3.80	1.814
	Si	34	3.47	2.178
Rendimientos	No	10	11.60	2.319
	Si	34	9.56	2.688

COMORBILIDAD CONDUCTUAL				
PUNTUACIÓN TOTAL	No	31	53.29	10.441
	Si	13	50.23	7.918
Vida Familiar y Relacional	No	31	7.87	3.106
	Si	13	7.31	2.097
Ocio	No	31	15.19	2.574
	Si	13	15.46	1.761
Separacion	No	31	3.68	2.257
	Si	13	3.23	1.641
Rendimientos	No	31	10.06	2.780
	Si	13	9.92	2.691

TABLA. 19 continuación

TABLA 20. RESULTADOS DE VARIABLES Y SUBESCALA

	gl	IC 95 (-/+)	p
PUNTUACIÓN TOTAL/SEXO	42	(6.90-7.45)	.938
Vida Familiar y Relacional	42	(1.69- 2.46)	.712
Ocio			
Separacion	42	(0.93- 2.10)	.241
Rendimientos	42	(0.69- 3.22)	.439
PUNTUACIÓN TOTAL/RANGO DE EDADA	42	(3.30-9.37)	.386
Vida Familiar y Relacional	42	(1.26- 2.53)	.502
Ocio		(1.66- 2.85)	.079
Separación	42	(1.41- 1.39)	.989
Rendimientos	42	(1.09- 2.55)	.732
PUNTUACIÓN TOTAL/COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA		(.79- 21.14)	.067
Vida Familiar y Relacional	42	(1.66- 5.16)	.308
Ocio		(.953- 4.66)	.190
Separación	42	(1.31- 3.72)	.340
Rendimientos	42	(.756- 5.71)	.129
PUNTUACIÓN TOTAL/COMORBILIDAD AFECTIVA		(3.44-10.7)	.306
Vida Familiar y Relacional	42	(0.61- 3.45)	.167
Ocio		(1.42 2.05)	.732
Separación	42	(1.19- 1.85)	.666
Rendimientos	42	(.144- 3.93)	.036
PUNTUACIÓN TOTAL/COMORBILIDAD CONDUCTUAL		(3.46-9.58)	.349
Vida Familiar y Relacional	42	(1.34- 2.46)	.554
Ocio		(1.42- 2.01)	.734
Separación	42	(1.84- 1.31)	.523
Rendimientos	42	(1.69- 1.97)	.877

DISCUSIÓN

En el presente estudio se observó que la población obtenida tiene una relación hombre mujer cercana 3-4:1. La edad promedio en este estudio fue de 9 años, encontrándose predominio del grupo de 9 a 12 años de edad. Sobre la edad de diagnóstico de TDAH se notificó que cerca de 4/5 de la población tenían desde un diagnóstico reciente hasta 3 años del mismo, y el resto 22.72% lo tenían desde hace 4 a 6 años. En su mayoría con el 90.90% ya contaba con algún psicofármaco, lo cual entra dentro del tratamiento para el TDAH.

Respecto al nivel escolar se encontró que el total de la población contaba con algún grado de estudio de nivel escolar, predominio del cuarto a séptimo grado.

Sobre al área familiar se detectó que más de dos tercios de la población con el 72.7% contaban con al menos un hermano, y dos tercios de la población habitan en familia con ambos padres, mientras que el tercio restante habitan únicamente con la madre como cuidador primario o en un menor porcentaje de 6.8% con algún otro familiar que no son los padres. De forma similar se encontró que acudían con la madre a las consultas médicas con una mayor frecuencia que con otro cuidador. Por otro lado, se detectó que solo el 20% no contaban con mascotas en casa con las que convivían, mientras que el resto refería contar con al menos una mascota, en su predominio perros, seguido de gatos y en su minoría algún tipo de roedor o ave. De igual importancia se informó que poco más de la mitad con el 56.8% realizaba al menos un pasatiempo dentro o fuera de casa, mientras que el resto consideraban no mantener ninguno.

Aunque se logró satisfacer la recolección de datos de la población esperada y supuesta para este estudio, se encontró limitación con respecto a las características de comorbilidad. Se dedujo tras analizarlo que debido a las características poblacionales evaluadas en un hospital de tercer nivel; la probabilidad de que acuden con mayor frecuencia individuos con trastornos graves o comorbilidad derivados de otros servicios o unidades es mayor, por lo que se sospecha este fue el motivo por el cual no se logró recolectar muestra suficiente para una división de grupos adecuada a lo esperado para el estudio, durante los meses en que se realizó la toma de muestra, y es de ahí que se hayan ubicado sólo 3 participantes sin comorbilidad psiquiátrica, el resto tenía al menos

un diagnóstico de comorbilidad, lo cual pudo haber influido en que no fuese estadísticamente significativa la diferencia de calidad de vida percibida por escolares con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad único y con comorbilidad psiquiátrica afectiva o conductual en atención paido-psiquiátrica de Centro Médico Nacional de Occidente.

Al obtener los resultados del cuestionario AUQUEI se precisó una puntuación total promedio de 51.36 puntos y se hallaron 28 (63.63%) escalas con calidad de vida positiva o buena con $p < 0.096$ y 16 (36.36%) escalas con calidad de vida negativa o mala con $p < 0.096$, lo cual no resulta estadísticamente significativo, sin embargo aritméticamente habla de un mayor porcentaje de calidad de vida percibida como positiva. De modo similar al realizar pruebas estadísticas para identificar asociación entre calidad de vida con otras variables como sexo, edad diagnóstico, tener hermanos o uso de psicofármaco con resultados no significativos.

La calidad de vida percibida de los 3 escolares con TDAH sin comorbilidad psiquiátrica resultó positiva, mientras que el resto fueron participantes con comorbilidad psiquiátrica. De este último grupo, la calidad de vida percibida por escolares con TDAH con comorbilidad psiquiátrica afectiva resultó positiva en 61.7% sujetos y negativa en 38.23%, mientras que con comorbilidad psiquiátrica conductual mostraron resultados de calidad de vida positiva en 53.8% y negativa en 46.1% mostrando poca diferencia. Aunque aritméticamente muestra una ligera diferencia, esto no mostró significancia estadística, a pesar de detectarse en la mayoría de la población datos de calidad de vida percibida por escolares de forma positiva.

Se consideró importante considerar la subdivisión de la escala por factores, ya que marca los rubros de áreas diferentes por vida familiar y relacional, ocios, separación y rendimientos, sin embargo de forma específica para los factores, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque se encontraron que en algunos rubros pudieran acercarse valores importantes, lo que lleva a considerar su análisis por pregunta, sin embargo al no ser el objetivo de este trabajo no se llevó a cabo.

CONCLUSIONES

La relación hombre mujer encontradas en este estudio, muestra una frecuencia mayor en varones, lo cual ha sido notificado en la literatura.

Hubo predominio de comorbilidad de tipo afectivo en los participantes con TDAH, así como una prevalencia mayor de calidad de vida percibida como positiva por los participantes con comorbilidad fuese tipo afectivo o conductual.

Existen muchas escalas o cuestionarios para valorar la calidad de vida en individuos que cursan alguna patología no psiquiátrica, predominando su indicación para población adulta. Al momento del estudio no se contaba con alguno para valorar calidad de vida con aplicación en individuos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Al tratarse de una patología de alta prevalencia poblacional con un uso alto del servicio de atención psiquiátrica, se considera importante la valoración de calidad de vida en individuos con dicho diagnóstico; por lo que a pesar de no encontrarse diferencias estadísticamente significativas en este trabajo, se sugiere realizar más estudios en el futuro y de ser posible ampliar la población de estudio y el periodo del mismo.

Se considera una alternativa posible para futuros estudios la elección de una escala diferente para valorar la calidad de vida en individuos con TDAH.

Se presupone que debido a las características poblacionales de individuos que acuden a atención en hospitales de tercer nivel, se debe considerar ampliar la aplicación de las evaluaciones en un futuro a población de primer o segundo nivel de atención .

Es necesario futuras investigaciones sobre el tema de calidad de vida en pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad que puedan portar de alguna comorbilidad psiquiátrica también.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salas ZC, Garzón D, María O. La noción de calidad de vida y su medición. CES Salud Pública. 2013; 4(1):36–46.
2. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología. 2003; 35(2):161-164.
3. Robles-Espinoza AI, Rubio-Jurado B, De la Rosa-Galván EV, Nava-Zavala AH. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. El Residente. 2016; 11(3): 120–125.
4. Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. La gente y la salud ¿Qué calidad de vida?. Foro mundial de la salud. 1996 ; 17(4): 385-387.
5. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference?. Pharmacoeconomics. 2016; 34(7):645–649.
6. Mieles MD, Acosta A. Calidad de vida y derechos de la infancia: un desafío presente. Rev Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2012; 10(1): 205-217.
7. Eiser C. Children's quality of life measures. Archives of Disease in Childhood. 1997; 77(4):350–354.
8. Natapoff JN. Children's views of health: a developmental study. Am J Public Health. 1978; 68(10): 995–1000.
9. Fiuza-Fialho LM, Santana JR, Brandenburg C. La calidad de vida infantil y sus dimensiones: percepción de escolares. Barbarói. 2015; 45: 227-241.
10. Jenney M, Campbell S. Measuring quality of life. Archives of Disease in Childhood. 1997; 77(4): 347–354.

11. Eiser C, Morse R. The Measurement of Quality of Life in Children: Past and Future Perspectives. *Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2001; 22(4): 248–256.
12. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*. 2002; 44 (4): 349–361.
13. Ware JE. Conceptualization and measurement of health-related quality of life: Comments on an evolving field. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003; 84(2): 43–51.
14. Jokovic A, Locker D, Guyatt G. How well do parents know their children? implications for proxy reporting of child health-related quality of life. *Qual Life Res*. 2004; 13(7): 1297–1307.
15. Moorthy LN, Harrison MJ, Peterson M, Onel KB, Lehman TJ. Relationship of quality of life and physical function measures with disease activity in children with systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2005; 14(4): 280–287.
16. González-Tovar J, Garza-Sánchez RI. La Calidad De Vida En Niños De Primaria: Análisis Confirmatorio en una muestra Coahuilense. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2013; 18(2): 373-387.
17. Manificat S, Dazord A, Cochat P, Nicolas J. Évaluation de la qualité de vie en pédiatrie : comment recueillir le point de vue de l'enfant. *Arch Pédiatr*. 1997; 4(12): 1238–1246.
18. Matthews M, Nigg JT, Fair DA. Attention deficit hyperactivity disorder. *Curr Topics Behav Neurosci*. 2014; 16: 235-266.
19. Sharma A, Couture J. A Review of the Pathophysiology, Etiology, and Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Ann Pharmacother*. 201; 48(2): 209–225.
20. Carbray JA. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2018; 56(12): 7–10.

21. Usami M. Functional consequences of attention-deficit hyperactivity disorder on children and their families. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2016; 70(8): 303–317.
22. Wilms AM, Scheiner C, Grossman L. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics in Review*. 201; 31(2): 56–69.
23. Quintana H, Butterbaugh GJ, Purnell W, Layman AK. Fluoxetine Monotherapy in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbid Non-Bipolar Mood Disorders in Children and Adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2007; 37(3): 241–253.
24. Melegari MG, Bruni O, Sacco R, Barni D, Sette S, Donfrancesco R. Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Generalized Anxiety Disorder in children and adolescents. *Psychiatry Research*. 2018; 270: 780–785.
25. Chen M-H, Pan T-L, Hsu J-W, Huang K-L, Su T-P, Li C-T, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder comorbidity and antidepressant resistance among patients with major depression: A nationwide longitudinal study. *European Neuropsychopharmacology*. 2016; 26(11): 1760–7.
26. Sasayama D, Hayashida A, Yamasue H, Harada Y, Kaneko T, Kasai K, et al. Neuroanatomical correlates of attention-deficit-hyperactivity disorder accounting for comorbid oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2010; 64(4): 394–402.
27. Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. The Pharmacological Management of Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Part 1: Psychostimulants, Alpha-2 Agonists, and Atomoxetine. *Can J Psychiatry*. 2015; 60(2): 42–51.
28. Noordermeer DS, Luman M, Oosterlaan J. A Systematic Review and Meta-analysis of Neuroimaging in Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Conduct Disorder (CD) Taking Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Into Account. *Neuropsychol Rev*. 2016; 26(1): 44–72.

29. Dalsgaard S, Østergaard SD, Leckman JF, Mortensen PB, Pedersen MG. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *The Lancet*. 2015; 385(9983): 2190–2196.
30. Watson HJ, Swan A, Nathan PR. Psychiatric diagnosis and quality of life: the additional burden of psychiatric comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*. 2011; 52(3): 265–272.
31. Azazy S, Nour-Eldein H, Salama H, Ismail M. Quality of life and family function of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. *East Mediterr Health J*. 2018; 24(6): 579–587.
32. Cusminsky M, Lejarraga H, Mercer R, Martell M, Fescina R. Manual de Crecimiento y Desarrollo del niño. Serie PALTEX Organización Panamericana de la Salud; 1 (33): 1-232.
33. Douglas W. Educación constructiva para los niños. 2ª ed. Colombia: Voluntad Unesco; 1981.
34. De Grandis ES, Armelini PA, Cuestas E. Evaluación de la calidad de vida en escolares con antecedentes de desnutrición temprana severa. *An Pediatr (Barc)*. 2014; 81(6):368–373.
35. Dominguez L. Psicología del Desarrollo Problemas, Principios y Categorías. 1 ed. México: Interamericana de Asesoría y Servicios S.A del C.V. 2006.
36. Pane S, Solans M, Gaité L, Serra-Sutton V, Estrada MD, Rajmil L. Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Revisión sistemática de la literatura: actualización. Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. 2006; 1: 1-70.
37. Prado Martinez G, Áviles Sánchez ME, Alonso Moreno MC. Percepción en la calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes de 3 a 8 años de edad con adenoamigdalitis crónica, operados y no operados de adenoamigdalectomía en la consulta externa de

otorrinolaringología del Hospital General Regional 220 Toluca, Periodo 2015-2016: Universidad Autónoma del Estado de México; 2017.

38. Garcia-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Parellada M, Bousoño M, Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 7ª ed. México: CYESAN, Comunicaciones y Ediciones Sanitarias. 2015.

39. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2009.

40. Saucedo J.M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un problema de salud pública. Rev. FacMed. 2014: 57(5); 14-19.

41. Secretaría de Salud. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad Afecta calidad de Vida. [Internet]. Gobierno de México. 27 de mayo de 2016. [Consultado 30 Jul 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-afecta-calidad-de-vida>

42. Hernández M, Pastor N, Pastor X, Boix-Lluch C, Sans-Fitó A. Calidad de vida en niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). Rev Pediatr Aten Primaria. 2017: 19; 31-39.

43. López-Villalobos J, Garrido-Redondo M, Sacristán-Martín A, Martínez-Rivera M, López-Sánchez M, Andrés de Llano J, et al. Percepción de niños y adolescentes sobre la calidad de vida en casos de trastorno por déficit de atención/hiperactividad con y sin tratamiento farmacológico y en controles. Rev Neurol. 2018: 67(6); 195-202

44. Castelo PM, Barbosa TS, Gaviao MB. Quality of life evaluation of children with sleep bruxism. BioMed Central. 2010: 10(16); 2-7.



FOLIO:

ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Autores: Yazmín Adriana García Núñez, César Alberto Prieto Garza
 Residente de primer año de Psiquiatría Infantil y de la adolescencia, Especialista en Psiquiatría Infantil y de la adolescencia adscrito a la unidad CMNO Pediatría

EDAD (en años con meses): ____ años ____ meses **SEXO:** () HOMBRE () MUJER

GRADO ESCOLAR ACTUAL: () PRIMERO () SEGUNDO () TERCERO
 () CUARTO () QUINTO () SEXTO
 () SECUNDARIA GRADO _____ () NINGUNO

RELIGIÓN: 1 () SIN RELIGIÓN 2 () CON RELIGIÓN:
 (ESPECIFIQUE): _____

Vivienda actual:	ambos padres	mamá	papá	otro, especifique _____
Tiene hermanos	SÍ	NO	¿Cuántos? _____	
Alguien más lo cuida en casa	SÍ	NO	¿Quién? _____	
¿Con quién acude a consultas?	Especifique: _____			

EDAD DE DIAGNÓSTICO DE TDAH: _____

TIENE TRATAMIENTO	SÍ	NO	ESPECIFIQUE:
TIENE ALGUNA ENFERMEDAD MÉDICA GENERAL	SÍ	NO	ESPECIFIQUE CUÁL(ES):
MEDICAMENTOS	SÍ		
TIENE MASCOTAS	SÍ	NO	ESPECIFIQUE CUÁL(ES):
TIENE ACTIVIDADES RECREATIVAS O PASATIEMPOS	SÍ	NO	

ANEXO 2.

**Cuestionario Autoaplicado de Calidad de Vida
para Niños (Autoquestionnaire Qualité de Vie-Enfant-Imagé, AUQUEI)**

A continuación se presenta el cuestionario; en el punto 1, se pide a los niños que respondan "¿Por qué?" A cada opción. En el ítem 2, se les da una escala de calificación de frecuencia de sentirse de esta manera, de 1 (nunca) a 4 (muy frecuentemente). Las cuatro caras representan sentimientos hacia el mensaje en la parte superior izquierda. Los niños deben responder completando el círculo debajo de la imagen representativa.

1.- ¿Cómo estás de contento en general?

A veces no
estás nada
contento o feliz



Di por qué

A veces no
estás contento
o feliz



Di por qué

A veces estás
contento
o feliz



Di por qué

A veces estás
muy contento
o muy feliz



Di por qué

2.- Qué tan frecuente tú



Nunca

Ocasionalmente

Frecuentemente

Muy frecuentemente

Nunca

Ocasionalmente

Frecuentemente

Muy frecuentemente

Nunca

Ocasionalmente

Frecuentemente

Muy frecuentemente

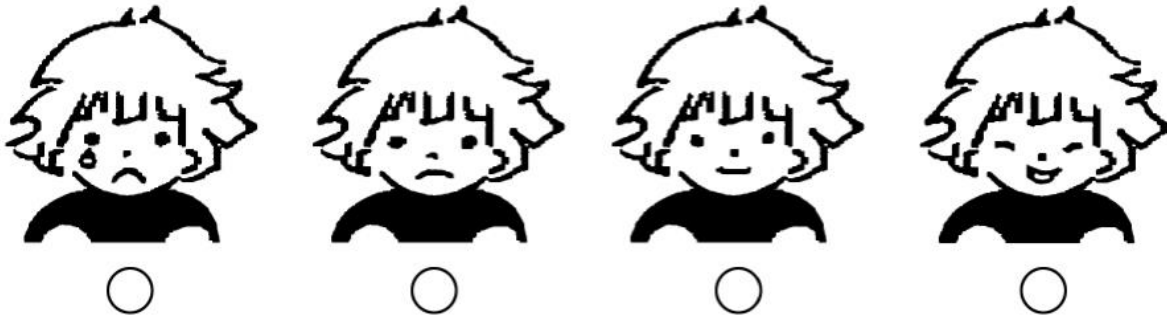
Nunca

Ocasionalmente

Frecuentemente

Muy frecuentemente

P1. En la mesa con tu familia, ¿cómo te sientes?



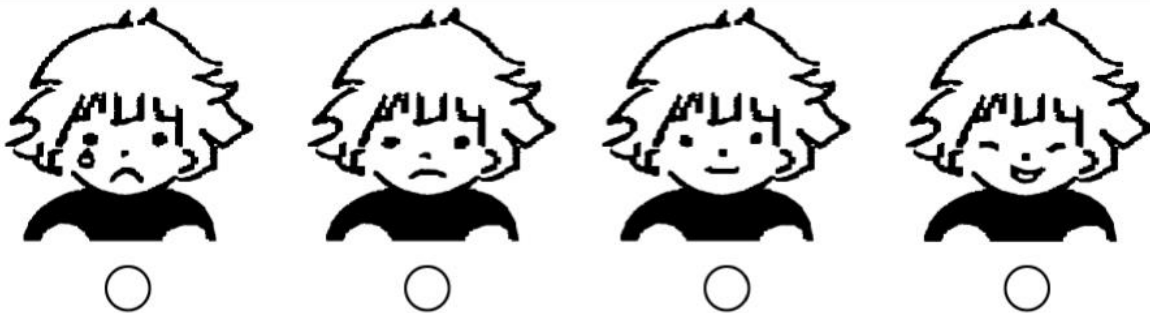
P2. Por la noche cuando te vas a acostar, ¿cómo te sientes?



P3. Si tienes hermanos o hermanas, cuando juegas con ellos, ¿cómo te sientes?



P4. Por la noche cuando duermes, ¿cómo te sientes?



P5. En clase, ¿cómo te sientes?



P6. ¿Cómo te ves cuando te miras en una foto?



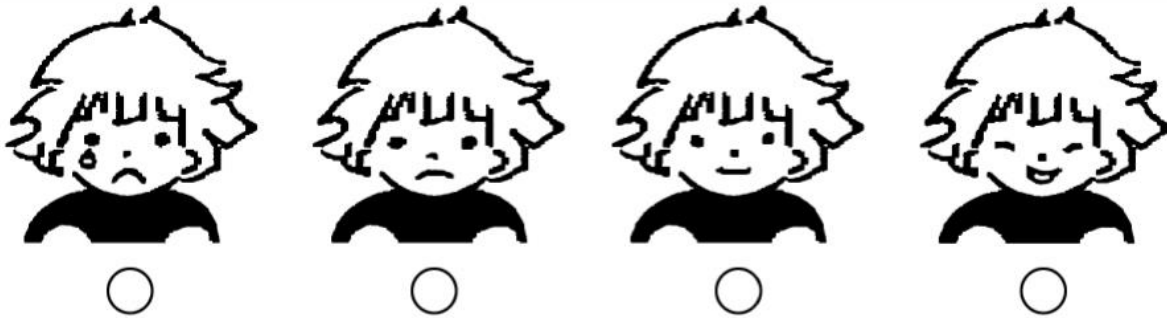
P7. En el recreo, ¿cómo te sientes?



P8. Cuando vas a la consulta a ver al médico, ¿cómo te sientes?



P9. Cuando haces deporte, ¿cómo te sientes?



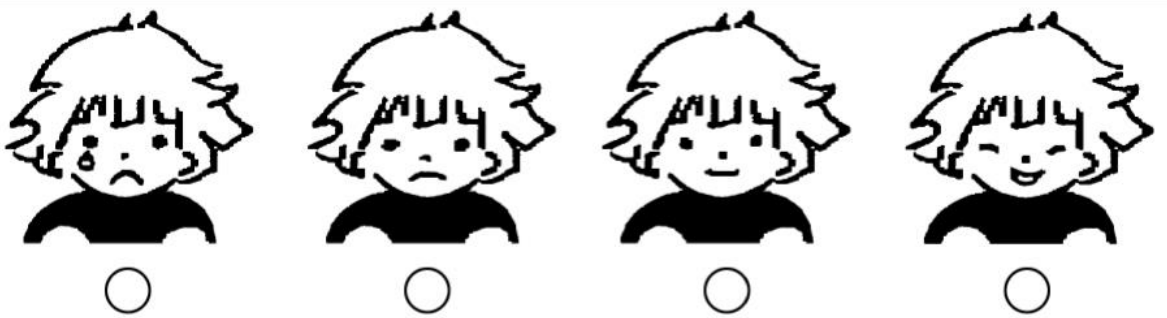
P10. Cuando piensas en tu papá, ¿cómo te sientes?



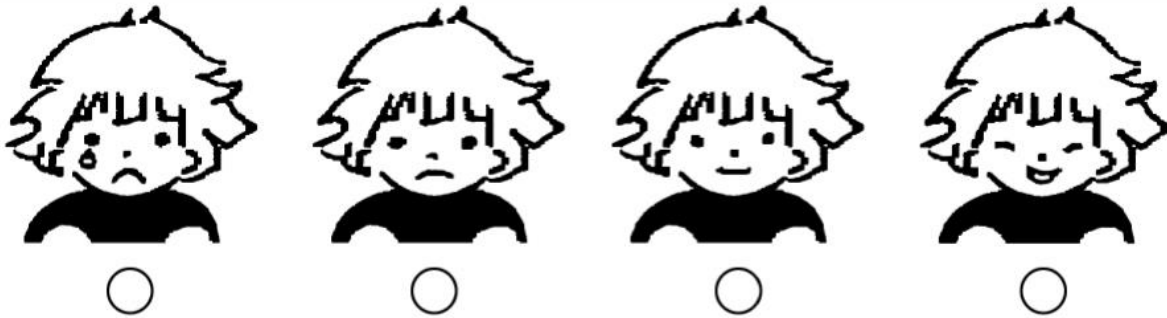
P11. El día de tu cumpleaños, ¿cómo te sientes?



P12. Cuando haces tus deberes en casa, ¿cómo te sientes?



P13. Cuando piensas en tu mamá, ¿cómo te sientes?



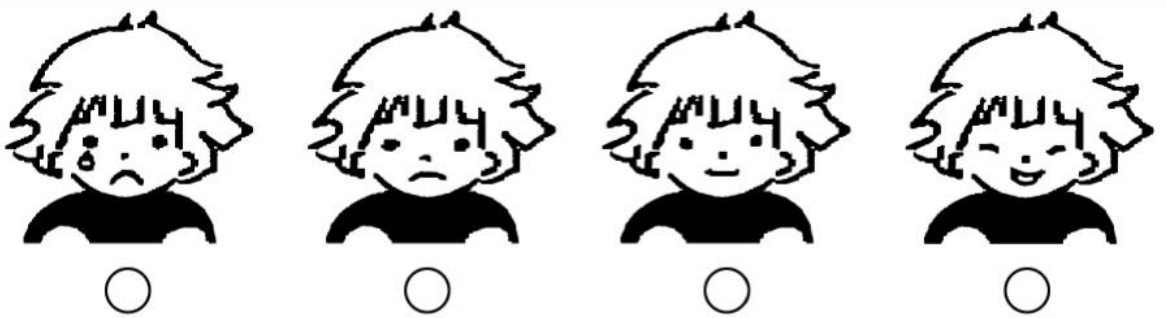
P14. Cuando te quedas en el hospital, ¿cómo te sientes?



P15. Cuando juegas solo, ¿cómo te sientes?



P16. Cuando tu mamá o tu papá hablan de ti, ¿cómo te sientes?



P17. Cuando duermes fuera de casa, ¿cómo te sientes?



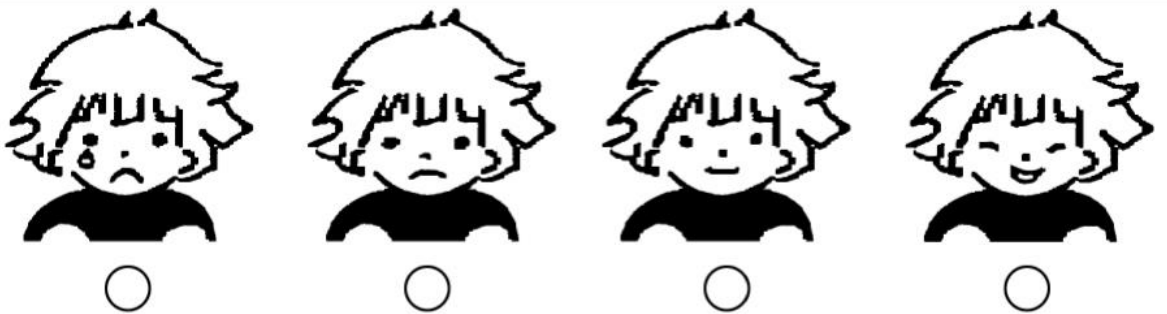
P18. Cuando te piden que demuestres lo que sabes hacer, ¿cómo te sientes?



P19. Cuando tus amigos hablan de ti, ¿cómo te sientes?



P20. Cuando tomas tus medicinas, ¿cómo te sientes?



P21. Durante las vacaciones, ¿cómo te sientes?



P22. Cuando piensas en cuando seas mayor, ¿cómo te sientes?



P23. Cuando estás lejos de tu familia, ¿cómo te sientes?



P24. Cuando recoges las notas en el colegio, ¿cómo te sientes?



P25. Cuando estás con tus abuelos, ¿cómo te sientes?



P26. Cuando ves la televisión, ¿cómo te sientes?



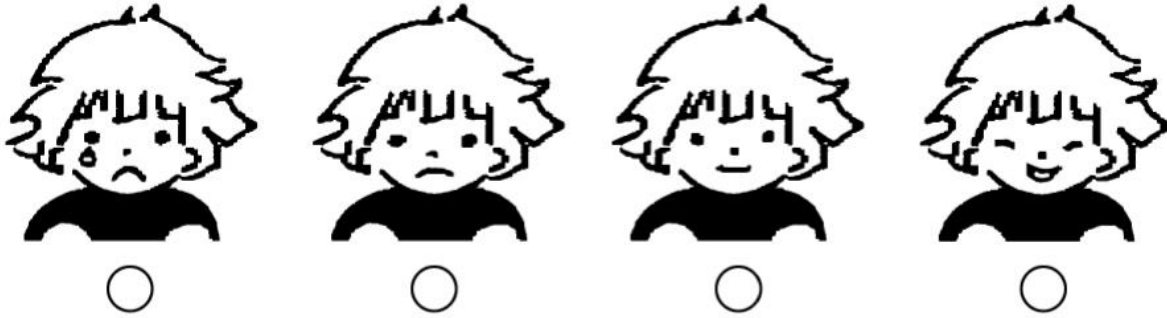
P.27 Cuando te mueves (caminas, corres o saltas) ¿cómo te sientes?



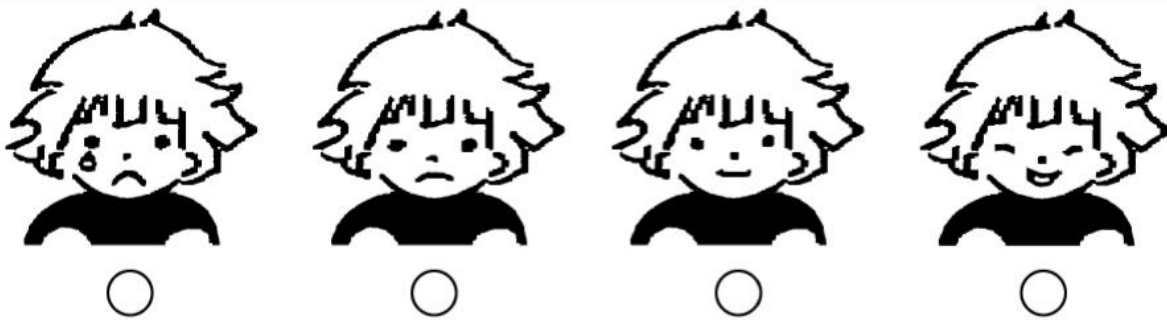
P. 28 Cuando comes ¿cómo te sientes?



P. 29 Algunos días estás bien, algunos días estás enfermo, Cuando piensas en tu salud, ¿cómo te sientes?



P. 30 Cuando la gente te dice qué hacer ¿cómo te sientes?



Si tuvieras una varita mágica y sólo pudieras cambiar una cosa, ¿qué cambiarías?

Cuando estás triste y tienes problemas, ¿qué haces para consolarte?

¿Puedes explicar la enfermedad que tienes que te obliga a venir al hospital?



Nombre del estudio: **Calidad de vida percibida por escolares con trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad único y con comorbilidad psiquiátrica afectiva o conductual en atención psiquiátrica de Centro Médico Nacional de Occidente.**

Número de registro institucional: **F-2020-1302-116**

- Hola mi nombre es Yazmín Adriana García Núñez, déjame explicarte el objetivo del estudio y sus procedimientos. Se trata de evaluar la calidad de vida que piensas que tienes en algunas áreas de tu vida que se relacionan con tu salud, mediante una serie de preguntas que contestarás en unas hojas con apoyo de imágenes.
- Yo soy médico psiquiatra, estudio la especialidad de psiquiatría infantil y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de tu percepción de calidad de vida, es decir sobre tus necesidades y tu bienestar mediante preguntas de tus emociones con por ejemplo tu familia, tiempo libre, tiempo en casa o en la escuela y para ello quiero pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en que respondas con un bolígrafo un cuestionario con imágenes, y en cada pregunta escoger una opción, después de que yo te explique la primer pregunta en compañía de tu familiar. También mientras respondes, tu familiar nos dará alguna información de tus antecedentes.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio y tus padres.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(x)** en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: _____

Fecha: _____

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**

**UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACIÓN (padres o representante legal de niños o personas con discapacidad)**

Guadalajara, Jalisco a _____ de _____ de 202_

Número de registro SIRELCIS: **F-2020-1302-116**

Nombre del estudio: **Calidad de vida percibida por escolares con trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad único y con comorbilidad psiquiátrica afectiva o conductual en atención paidopsiquiátrica de Centro Médico Nacional de Occidente.**

Justificación y objetivo del estudio: La investigadora me ha informado que el presente estudio es importante en personas con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) debido a que la percepción que se tenga en su propia calidad de vida, puede influir en la evolución de su padecimiento. La finalidad es conocer el nivel de calidad de vida percibida por su hijo y si existen diferencias con respecto al diagnóstico de TDAH solo o con otra enfermedad psiquiátrica .

Procedimientos: Estoy enterado(a) de que se nos harán unas preguntas generales respecto a mi hijo(a) como qué edad tiene, que año de la escuela cursa, el tiempo de su diagnóstico y cuales medicamentos está tomando. Después se le van a entregar a mi hijo(a) unas hojas como cuestionario con preguntas e imágenes a identificar y para eso se le va a explicar primero un enunciado, para continuar respondiendo conforme las imágenes de sus emociones cercanas. El tiempo que le tomará en contestar a mi hijo(a) los cuestionarios variará a un máximo de 30 minutos. Las respuestas y la información será confidencial y en ningún momento la sabrá otras personas, únicamente por la médica residente que notifica de este estudio.

Posibles riesgos y molestias: Estoy de acuerdo y enterado(a) de los cuestionarios con preguntas que se le van a hacer a mi hijo(a) y de que no tiene ningún riesgo para su salud y que las posibles molestias que se pueden presentar son cambios momentáneos en el estado de ánimo, experimentar emociones o sentimientos no placenteros al momento de responder las preguntas que puede pasar en minutos hasta regresar a su estado habitual.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Estoy enterado(a) y de acuerdo con que no tendremos ningún beneficio económico por el hecho de que mi hijo(a) conteste el cuestionario y preguntas. El estudio dejará un antecedente para la búsqueda de esta información en pacientes y puedan considerarse en su seguimiento médico.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Entiendo que los resultados de los cuestionarios que va a contestar mi hijo(a) son personales y en caso de solicitarlo, se me informará su resultado, además de poder dársele seguimiento en el área de paidopsiquiatría si lo requiriera.

Privacidad y confidencialidad: Se me informó que la información que está en los cuestionarios nadie la puede ver ni saber, solamente la médica que le entregó los cuestionarios

a mi hijo(a), y no hay forma de que alguien más sepa sus resultados o pueda identificarlos.

llave el cual solo puede abrir la médica que le aplicó los cuestionarios a mi hijo(a). Estoy enterado que el cuestionario será guardado durante cinco años a partir del día de hoy y que después de este tiempo serán destruidos con una trituradora de papel.

Participación o retiro: Sé que mi participación y la de mi hijo (a) es voluntaria y podré retirarme del estudio en el momento en que yo deseé, sin que esto interfiera con mi atención por parte del Instituto. Acepto que mi hijo (a) participa por decisión propia y que tiene el derecho de no participar si así lo quiere, también que aunque ya esté contestando los cuestionarios puede arrepentirse y decir que ya no quiere continuar, sin que haya ninguna consecuencia negativa en su atención médica.

Declaración de consentimiento: En caso de que mi hijo (a) tenga más de 7 años se solicitará su asentimiento preguntándole y explicándole el objetivo y procedimiento de este estudio. En el caso de que se niegue, no se le obligará a participar en este estudio.

Después de haber leído y habiéndome explicado mis dudas acerca de este estudio: Doy fe de que se le ha explicado a mi hijo (a) en qué consiste su participación en este estudio.

Acepto que mi hijo(a) _____ **y yo** _____.

- Sí estamos de acuerdo y acepto que mi hijo (a) participe y conteste los cuestionarios y las preguntas, por eso firmo estas hojas.
- No estamos de acuerdo y no acepto que mi hijo (a) participe y conteste los cuestionarios y las preguntas del médico, por eso firmo estas hojas.

EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES CON EL ESTUDIO DIRIGIRSE A:

Responsable: YAZMÍN ADRIANA GARCÍA NÚÑEZ: Residente de primer año en la Especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. **Teléfono:** 5539732583

Correo electrónico: psiquia.garcia@gmail.com

Nombre y Firma del familiar responsable
O tutor o representante legal.

Nombre y Firma de quien obtiene
Consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre y firma

Nombre y firma

ANEXO 5.

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD

Guadalajara, Jalisco a 18 de Diciembre de 2020

El C. **César Alberto Prieto Garza**, investigador responsable del proyecto titulado **“CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR ESCOLARES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD ÚNICO Y CON COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA AFECTIVA O CONDUCTUAL EN ATENCIÓN PAIDOPSIQUIÁTRICA DE CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE”**

con domicilio ubicado en Av. Belisario Domínguez No. 724, Colonia Independencia. C. P 44360. Guadalajara, Jalisco; a 18 de Diciembre del 2020, me comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, directivas, directrices, circulares, contratos, convenios, instructivos, notas, memorandos, archivos físicos y/o electrónicos, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información que documente el ejercicio de las facultades para la evaluación de los protocolos de investigación, a que tenga acceso en mi carácter investigador responsable, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en el ejercicio de mis funciones como investigador responsable.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se estará acorde a la sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal del Estado de Jalisco, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y demás disposiciones aplicables en la materia.

ACEPTO : 
Dr. César Alberto Prieto Garza
Cedula 38172394
Universidad Juárez de Durango

NOMBRE Y FIRMA

ANEXO 6.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Autores: Yazmín Adriana García Núñez¹,

¹Residente de primer año de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de Hospital de Pediatría de CMN de Occidente

ACTIVIDADES	MESES 2020					MESES 2021				
	MAYO JUNIO	JULIO	AGO SEPT	OCT NOV	DIC ENERO	FEB	ABRIL MAYO	JUNIO AGOS	SEPT OCT	
TEMA	■									
ASESOR	■									
DELIMITACIÓN DE TEMA		■								
REFERENCIAS	■	■								
PLANTEAMIENT O DEL PROBLEMA		■								
JUSTIFICACIÓN		■								
OBJETIVOS		■								
MARCO TEÓRICO			■							
HIPÓTESIS			■							
CÁLCULO DE MUESTRA			■							
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO			■	■						
REVISIÓN DE PROTOCOLO				■	■					
REGISTRO DE AUTORIZACIÓN					■	■				
RECOLECCIÓN DE DATOS							■	■		
ANÁLISIS DE RESULTADOS								■	■	
CONCLUSIONES									■	
REDACCIÓN DE TESIS									■	
INFORME Y REVISIÓN FINAL									■	
PUBLICACIÓN Y ENTREGA									■	

Previo a Autorización de Protocolo



Autorizado y Recolección de muestra

