



BUAP

**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los
Trabajadores del Estado**

**Dirección de Estudios de Posgrado del Área de la Salud
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla**

Facultad de Medicina

Título de la tesis

**Incidencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad
a través de la escala de Conners, en escolares y adolescentes en
el HRP ISSSTE en el periodo 2022 a 2023**

Para obtener el diploma en la especialidad de Pediatría

Dra. Mariel González Villanueva

Presenta

Asesor Experto: Dr. Alejandro Ramírez Rodríguez

Asesor Metodológico: MD. PhD. José Luis Gálvez Romero

Número de registro: 182.2022



Puebla de Zaragoza, a Febrero 2024

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a las personas que me brindaron su apoyo para concluir esta meta profesional tan importante en mi vida.

Primero que nada agradezco a mi familia, todos y cada uno de ellos, ya que siempre me han brindado su apoyo incondicional, para cumplir mis metas, me han impulsado a nunca rendirme y a ver la vida optimista. Gracias a ellos por creer en mí. En especial a mis abuelos Cira y Homero que gracias a ellos soy el resultado de todo su esfuerzo, valores y amor infinito que me dieron.

Quiero agradecer a mi tío Miguel González por apoyarme de forma incondicional estos últimos 6 años de mi vida, siempre me has apoyado en cualquier decisión que he tomado.

Agradezco a mis maestros que me transmitieron su conocimiento y me dieron siempre alguna palabra de aliento.

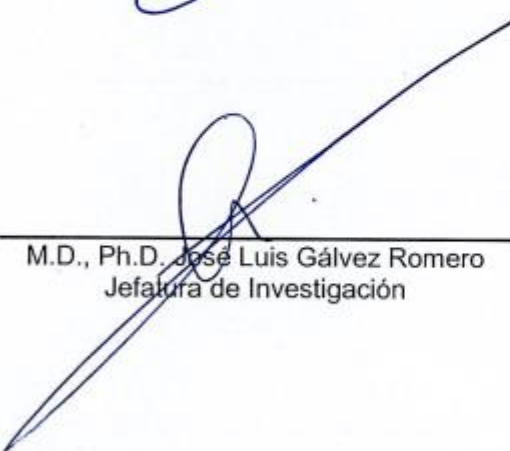
Autorización




Dr. Arsenio Torres Delgado
Director Médico



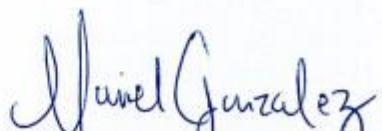
Mtro. Mario Alberto Sorcia Aguilar
Coordinación de enseñanza e
investigación



M.D., Ph.D. José Luis Gálvez Romero
Jefatura de Investigación



Dr. Alejandro Ramírez Rodríguez
Asesor Experto



Dra. Mariel González Villanueva
Tesisista

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN.....	3
ANTECEDENTES	4
Planteamiento del Problema.....	8
Objetivos	9
Objetivo general.....	9
Objetivos específicos	9
Material y Métodos	10
Población de estudio.....	10
Definición del grupo control.....	10
Definición del grupo a intervenir.....	10
Criterios de inclusión.....	10
Criterios de exclusión.....	11
Tipo de muestreo.....	11
Metodología para el cálculo del tamaño de la muestra y tamaño de la muestra	11
Descripción operacional de las variables.	11
Técnicas y procedimientos empleados	18
Procesamiento y análisis estadístico.....	19
ASPECTOS ÉTICOS	19
RESULTADOS.....	20
DISCUSIÓN.....	25
CONCLUSIONES	27
Conclusiones específicas.....	27
Conclusión general.....	27
Recomendaciones.....	28
Bibliografía	29
ANEXOS	33

RESUMEN

Antecedentes. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno en el neurodesarrollo, que se caracteriza por presentar un patrón marcado de falta de atención y puede estar acompañado o de alteraciones en la conducta como hiperactividad, ha emergido como un desafío de salud mental significativo en la población pediátrica, con impactos considerables en el rendimiento académico, las relaciones sociales y la calidad de vida.

Objetivo. Determinar la incidencia de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en pacientes preescolares, escolares y adolescentes del Hospital Regional ISSSTE de Puebla por medio de la escala de Conners para padres durante el periodo 2022-2023.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo, observacional, longitudinal, prospectivo y homodémico. Se utilizaron cuestionarios estructurados para recopilar información sobre características sociodemográficas, antecedentes familiares, condiciones de gestación y nacimiento y la aplicación de la Escala de Conners para evaluar la presencia de TDAH. El análisis estadístico incluyó la descripción de la muestra, pruebas de asociación, estimación de riesgos y Odds Ratio.

Resultados. La muestra estuvo compuesta por 180 pacientes con edades comprendidas entre 4 y 17 años, de los cuales 83 niños tuvieron de 4 a 6 años (46.1%), 79 de 7 a 11 años (43.8%) y 18 tuvieron 12 años o más (10%); 101 fueron hombres (56.1%) y 79 mujeres (43.9%); 58 niños se encontraban en el nivel preescolar (32.2%), 107 en la primaria (59.4%), 12 en la secundaria (6.7%) y tres en la preparatoria (1.7%). En 56 casos se reportó antecedente familiar con enfermedad psiquiátrica (31.1%), 52 con antecedente familiar con depresión (28.9%) y 40 con antecedente familiar con TDHA (22.2%). En 33 casos la madre consumió tabaco durante el embarazo (18.3%), en 7 casos (3.9%), en 57 casos algún medicamento (31.7%) y en 43 casos la madre presentó síntomas de depresión durante el embarazo (23.9%); 34 pacientes nacieron de manera prematura (18.9%) y 26 tuvieron bajo peso al nacer (14.4%). Se encontró 8 pacientes con patología de conducta (4.4%), 14 con problemas de aprendizaje (7.8%), 35 con problemas psicosomáticos (19.4%), 13 con problema impulsivo e hiperactivo (7.2%) y 8 con ansiedad (4.4%). La incidencia absoluta de TDAH fue de 15 (8.3%). De los factores asociados el consumo de tabaco durante el embarazo presentó una OR de 6.4 (IC_{95%} 2.1 – 19.1; $p= 0.001$), y el consumo de alcohol durante el embarazo una OR de 10.1 (IC_{95%} 2.0 – 50.2 ; $p= 0.001$)

Conclusión. La incidencia de TDAH en pacientes pediátricos escolares y adolescentes de nuestra población es del 8%, similar a lo reportado en la literatura. Los factores asociados a esta afectación son tabaquismo y alcoholismo durante el embarazo.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una patología que se presenta en la infancia, es un síndrome neuroconductual muy común, donde se reúnen características como falta de atención, hiperactividad motora e impulsividad, que en ocasiones hasta la edad adulta continua alguna sintomatología (*Attention Deficit–Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents | NEJM*, s. f.).

De acuerdo a un estudio realizado en el 2020 se determinó la prevalencia que es del 5% en la infancia y de 2.5% en la etapa adulta en adultos de 19 a 45 años (Posner et al., 2020).

La etiología de esta patología es multifactorial en la cual intervienen factores prenatales, biológicos, ambientales, genéticos y psicopatología de los padres (Rebolledo & Ortiz, 2021). La carga genética interviene entre ellos mutaciones de los genes ANKK1, DAT1, LRP5 y LRP6, SNAP25, ADGRL3, DRD4 y BAIAP2 (Faraone et al., 2021). Se ha observado variabilidad en los pacientes con dicho diagnóstico y la presencia de factores asociados (Núñez-Jaramillo et al., 2021).

Entre los factores ya conocidos prenatales y perinatales que se asocian ha destacado bajo peso al momento del nacimiento, prematuridad, tabaquismo materno, consumo de alcohol y exposición intrauterina al estrés materno, consumo de fármacos y sustancias ilícitas. Así como exposición a toxinas ambientales como pesticidas, plomo, organofosforados, y bifenilos policlorados (Posner et al., 2020).

ANTECEDENTES

Antecedentes generales

El TDAH en la actualidad es un diagnóstico muy frecuente en psiquiatría y neurología pediátrica, considerado como una afección del neurodesarrollo. Se presenta en la infancia, pero puede persistir en la vida adulta, sin embargo las manifestaciones de la enfermedad pueden variar acorde a sexo y edad (Thapar & Cooper, 2016).

En el año 2022, según la OMS refiere que la prevalencia del TDAH es del 8.8% (*World Mental Health Report*, s. f.) En el año 2008, en el segundo consenso Latinoamericano de TDAH, se fundó la Liga Latinoamericana para estudio del TDAH, donde se estima que existe una población actual de 36 millones de personas con dicho diagnóstico. En México conforme la encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, se estima que existe una prevalencia del 6% de la población de entre 6 y 16 años (Llanos Lizcano et al., 2019).

A partir del año 1983 fue cuando la Asociación Americana de Psiquiatría incluyó el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el DSM-III (García De Vinuesa Fernández & Investigación privada, 2017).

El DSM-IV clasificó el TDAH acorde a la sintomatología predominante en el cual se clasifican 3 subtipos: con inatención, hiperactividad y combinado. Sin embargo en la última actualización del DSM-V se modificaron estos subtipos, por forma de "presentación" debido a que la sintomatología que presentan los pacientes puede cambiar a lo largo de la enfermedad (Zambrano-Sánchez et al., 2020).

Existen diversas formas de presentación acorde a la edad, inicio temprano comprende entre los 3 a 5 años de edad, inicio en la infancia intermedia comprende entre los 6 a 14 años que puede existir en dos formas: con curso persistente y de forma con compensación en la adolescencia. Así como en la etapa adulta. Y se clasifica acorde a la gravedad en leve, moderado y grave (Posner et al., 2020).

Las manifestaciones clínicas incluyen síntomas conductuales como inatención, impulsividad e hiperactividad, además amerita la presencia de síntomas en más de un entorno y requiere que los síntomas presentes produzcan un deterioro en las áreas

académica, social u ocupacional (Banaschewski et al., 2017). Se ha demostrado que afecta predominantemente a varones, con distribución de sexo H:M de 3:1 (Posner et al., 2020).

El propósito del presente estudio es conocer la incidencia y prevalencia de trastorno por déficit de atención, para un manejo oportuno y canalización a las áreas correspondientes para un manejo multidisciplinario.

Antecedentes específicos

El diagnóstico de TDAH se realiza en base a los criterios del DSM-V; se debe realizar una historia clínica detallada y síntomas del padecimiento. La información obtenida debe ser proporcionada por los familiares responsables o el cuidador cercano. Los estudios de imagen o electroencefalograma deben ser solicitados cuando existe alguna otra sospecha clínica (Vasconcelos et al., 2018).

Como se mencionó previamente se divide de acuerdo a su forma de presentación, se describen más adelante los criterios diagnósticos. En la variedad patrón persistente de inatención debe presentar 6 o más síntomas en los últimos 6 meses y debe causar repercusión en áreas sociales y académicas (Moya-Sánchez, 2024).

1. Criterios diagnósticos para patrón persistente de inatención

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas

Así el patrón persistente de hiperactividad-impulsividad también debe cursar con al menos 6 o más síntomas, en los últimos 6 meses y debe causar repercusión en áreas sociales y académicas.

2. Criterios diagnósticos para patrón persistente de hiperactividad-impulsividad

- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está "ocupado," actuando como si "lo impulsara un motor" f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros

En la presentación combinada se deben cumplir los criterios de la variedad de inatención así como de hiperactividad-impulsividad, en los últimos 6 meses.

En consecuencia existen diferentes cuestionarios estandarizados entre ellos: ADHD-RS, ASRS y cuestionario de Conners, los cuales ayudan a estimar la gravedad de sintomatología, auxiliar de diagnóstico clínico y además sirven como instrumento de tamizaje (Salas-Bravo et al., 2017). La escala creada por Keith Conners es un instrumento útil detectar la presencia de TDAH y otros factores asociados, en los cuales se evalúan distintas áreas como conducta, aprendizaje, quejas psicósomáticas, impulsividad-hiperactividad y ansiedad (Calleja & Rosales, 2012).

Planteamiento del Problema

El TDAH es uno de los diagnósticos neurológicos más frecuente en los servicios de atención primaria y uno de los trastornos que más afecta a los niños en edad escolar.

El TDAH es identificado por algunos especialistas como un problema complejo, de comportamiento crónico, se observa con más frecuencia en la infancia, desde temprana edad y tiene repercusión en todos los ámbitos del desarrollo y de la vida del niño.

Por lo cual nace la pregunta de investigación:

¿Cuál es la incidencia de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en pacientes escolares y adolescentes del Hospital Regional ISSSTE de Puebla por medio de la escala de Conners para padres durante el periodo 2022-2023?

Objetivos

Objetivo general

Determinar la incidencia de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en pacientes escolares y adolescentes del Hospital Regional ISSSTE de Puebla por medio de la escala de Conners para padres durante el periodo 2022-2023

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes y sus padres
2. Describir los antecedentes psiquiátricos familiares de los pacientes
3. Describir condiciones durante la gestación y el nacimiento de los pacientes
4. Determinar la incidencia de factores conductuales asociados a TDAH
5. Determinar la incidencia de TDAH por medio de la aplicación de la escala de Conners.
6. Evaluar asociación entre características sociodemográficas y presencia de TDAH
7. Evaluar asociación entre antecedentes psiquiátricos familiares y presencia de TDAH
8. Evaluar asociación entre condiciones de gestación y nacimiento y presencia de TDAH

Material y Métodos

Estudio de incidencia

Objetivo: Descriptivo de asociación

Intervención del investigador: Observacional

Temporalidad: Longitudinal

Direccionalidad: Prospectivo

Conformación de grupos: Homodémico

Población de estudio

Todos los pacientes pediátricos de entre 3 y 17 años derechohabientes del ISSSTE y pertenecientes a la población atendida por el Hospital Regional ISSSTE de Puebla durante el periodo 2022-2023.

Definición del grupo control

No requiere.

Definición del grupo a intervenir

Padres con hijos en edad de 5 a 17 años que acudan al servicio de pediatría en el Hospital Regional ISSSTE Puebla de agosto 2022 a febrero 2023.

Criterios de inclusión

- Pacientes pediátricos con edad comprendida de entre 5 y 17 años
- Pacientes derechohabientes del ISSSTE
- Pacientes que acudan a consulta externa al servicio de pediatría del Hospital Regional ISSSTE Puebla de agosto 2022 a febrero 2023
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes cuyos padres acepten participar en el estudio

- Pacientes cuyos padres firmen el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Pacientes con algún problema del neurodesarrollo
- Pacientes con algún problema cognitivo
- Pacientes con diagnóstico previo de TDAH
- Pacientes con diagnóstico previo de depresión o ansiedad
- Pacientes que se encuentren en tratamiento psiquiátrico

Criterios de eliminación

- Encuestas incompletas o contestadas incorrectamente
- Los padres del paciente deciden que no siga participando en el estudio

Tipo de muestreo

Muestro no probabilístico por conveniencia en función a criterios de inclusión y exclusión.

Metodología para el cálculo del tamaño de la muestra y tamaño de la muestra

De acuerdo con Fiorella Rusca, 2020, si la verdadera prevalencia de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en escolares y adolescentes es del 14 %, para rechazar una hipótesis nula con una probabilidad error tipo I del 5 % y un factor de precisión del 5%, entonces necesitamos estudiar a 180 pacientes ± 18 (Rusca-Jordán et al., 2020).

Descripción operacional de las variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Clasificación metodológica	Escala de Medición	Valor	Instrumento de medición
Edad	Tiempo vivido por una persona desde su nacimiento hasta la actualidad.	Número de años de vida a partir del nacimiento	Independiente	Númerica continua	Años	Hoja de registro
Sexo	Condición biológica que distingue al hombre de la mujer.	Femenino: género gramatical; propio de la mujer.	Independiente	Nominal dicotómica	0= Hombre 1= Mujer	Hoja de recolección de datos

		Masculino: género gramatical, propio del hombre.				
Grado escolar	Grado de escolaridad que se encuentra cursando el paciente al momento de la encuesta.	Grado de escolaridad	Independiente	Nominal dicotómica	0 = Preescolar 1 = Primaria 2 = Secundaria 3 = Preparatoria	Hoja de recolección de datos
Edad del padre	Tiempo vivido por una persona desde su nacimiento hasta la actualidad.	Número de años de vida a partir del nacimiento	Independiente	Nominal dicotómica	0 = Menor a 40 años 1 = Igual o mayor a 40 años	Hoja de recolección de datos
Edad de la madre	Tiempo vivido por una persona desde su nacimiento hasta la actualidad.	Número de años de vida a partir del nacimiento	Independiente	Nominal dicotómica	0 = Menor a 40 años 1 = Igual o mayor a 40 años	Hoja de recolección de datos
Antecedente familiar de enfermedad psiquiátrica	Padecimiento de alguna enfermedad psiquiátrica por algún miembro de la familia con parentesco de primer o segundo grado.	Padecimiento psiquiátrico de algún familiar	Independiente	Nominal dicotómica	0 = Sí 1 = No	Hoja de recolección de datos
Antecedente familiar de depresión	Diagnóstico de depresión por algún miembro de la familia con parentesco de primer grado.	Depresión en algún familiar	Independiente	Nominal dicotómica	0 = Sí 1 = No	Hoja de recolección de datos
Antecedente familiar de TDAH	Diagnóstico de TDAH por algún miembro de la familia con	TDAH en algún familiar	Independiente	Nominal dicotómica	0 = Sí 1 = No	Hoja de recolección de datos

Incidencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad a través de la escala de Conners, en escolares y adolescentes Hiperactividad en el HRP ISSSTE en el periodo 2022 a 2023

	parentesco de primer grado.					
Exposición de la madre a tabaco durante el embarazo	Exposición de la madre del paciente a tabaco durante el embarazo de manera activa o pasiva.	Exposición al humo del tabaco intrauterino	Independiente	Nominal dicotómica	0 = Sí 1 = No	Hoja de recolección de datos
Consumo de la madre de alcohol previo al embarazo	Consumo frecuente o considerable de bebidas alcohólicas por parte de la madre antes del embarazo.	Exposición a alcohol intrauterino	Independiente	Nominal dicotómica	0 = Sí 1 = No	Hoja de recolección de datos
Consumo de fármaco de la madre durante el embarazo	Consumo de algún tratamiento farmacológico de relevancia realizado por la madre durante el embarazo.	Consumo de fármacos en el embarazo.	Independiente	Nominal dicotómica	0 = Sí 1 = No	Hoja de recolección de datos
Fármaco consumido por la madre durante el embarazo	Fármaco empleado como tratamiento por la madre durante el periodo de embarazo.	Respuesta asentada por el encuestado.	Independiente	Nominal	Libre	Hoja de recolección de datos
Síntomas de depresión de la madre durante el embarazo	Síntomas de depresión con o sin diagnóstico presentados por la madre a durante la gestación y/o después del parto.	Depresión en el embarazo	Independiente	Nominal dicotómica	0 = Sí 1 = No	Hoja de recolección de datos
Prematurez	Diagnóstico de un niño nacido antes de las 37 semanas de gestación.	Recién nacido menor a 37 semanas de gestación	Independiente	Nominal dicotómica	0 = Sí 1 = No	Hoja de recolección de datos

Bajo peso al nacer	Diagnóstico de un niño cuyo peso al nacer fue menor de 2,500 gramos.	Peso menor a 2500 gr al momento del nacimiento.	Independiente	Nominal dicotómica	0 = Sí 1 = No	Hoja de recolección de datos
Puntaje de Problemas de conducta	Puntaje total obtenido en los reactivos pertenecientes al factor "Problemas de conducta" en la aplicación del CPRS-48	Cada reactivo será puntuado del 0 a 3 atendiendo a la clave de respuesta (0 = nunca, 1 = poco, 2 = bastante, 3 = mucho). Se sumarán los puntos de cada reactivo para obtener el puntaje total. Los reactivos pertenecientes al factor "Problemas de conducta" son el 2, 8, 14, 19, 20, 27, 35 y 39.	Dependiente	Numérica Continua	Puntaje total	Cuestionario de conducta Conners para Padres abreviado (CPRS-48)
Problemas de conducta	Diagnóstico determinado a partir del puntaje obtenido en los reactivos pertenecientes al factor "Problemas de conducta" en la aplicación del CPRS-48	Dependiendo del sexo y la edad del paciente se determinará el factor correspondiente al puntaje obtenido. Mayor o igual a 70 será positivo. Menor de 70 será negativo.	Dependiente	Nominal dicotómica	0 = Sí 1 = No	Cuestionario de conducta Conners para Padres abreviado (CPRS-48)
Puntaje de Problemas de aprendizaje	Puntaje total obtenido en los reactivos pertenecientes al factor "Problemas de aprendizaje"	Cada reactivo será puntuado del 0 a 3 atendiendo a la clave de respuesta (0 = nunca, 1 =	Dependiente	Numérica Continua	Puntaje total	Cuestionario de conducta Conners para Padres abreviado (CPRS-48)

	en la aplicación del CPRS-48	poco, 2 = bastante, 3 = mucho). Se sumarán los puntos de cada reactivo para obtener el puntaje total. Los reactivos pertenecientes al factor "Problemas de aprendizaje" son el 10, 25, 31 y 37				
Problemas de aprendizaje	Diagnóstico determinado a partir del puntaje obtenido en los reactivos pertenecientes al factor "Problemas de aprendizaje" en la aplicación del CPRS-48	Dependiendo del sexo y la edad del paciente se determinará el factor correspondiente al puntaje obtenido. Mayor o igual a 70 será positivo. Menor de 70 será negativo.	Dependiente	Nominal dicotómica	0 = Sí 1 = No	Cuestionario de conducta Conners para Padres abreviado (CPRS-48)
Puntaje de Malestar psicosomático	Puntaje total obtenido en los reactivos pertenecientes al factor "Malestar psicosomático" en la aplicación del CPRS-48	Cada reactivo será puntuado del 0 a 3 atendiendo a la clave de respuesta (0 = nunca, 1 = poco, 2 = bastante, 3 = mucho). Se sumarán los puntos de cada reactivo para obtener el puntaje total. Los reactivos pertenecientes al factor "Malestar	Dependiente	Numérica Continua	Puntaje total	Cuestionario de conducta Conners para Padres abreviado (CPRS-48)

		psicosomático” son el 32, 41, 43 y 44				
Malestar psicosomático	Diagnóstico determinado a partir del puntaje obtenido en los reactivos pertenecientes al factor “Malestar psicosomático” en la aplicación del CPRS-48	Dependiendo del sexo y la edad del paciente se determinará el factor correspondiente al puntaje obtenido. Mayor o igual a 70 será positivo. Menor de 70 será negativo.	Dependiente	Nominal dicotómica	0 = Sí 1 = No	Cuestionario de conducta Conners para Padres abreviado (CPRS-48)
Puntaje de Impulsividad-hiperactivo	Puntaje total obtenido en los reactivos pertenecientes al factor “Impulsividad-hiperactivo” en la aplicación del CPRS-48	Cada reactivo será puntuado del 0 a 3 atendiendo a la clave de respuesta (0 = nunca, 1 = poco, 2 = bastante, 3 = mucho). Se sumarán los puntos de cada reactivo para obtener el puntaje total. Los reactivos pertenecientes al factor “Impulsividad-hiperactivo” son el 4, 5, 11 y 13	Dependiente	Numérica Continua	Puntaje total	Cuestionario de conducta Conners para Padres abreviado (CPRS-48)
Impulsividad-hiperactivo	Diagnóstico determinado a partir del puntaje obtenido en los reactivos pertenecientes al factor “Impulsividad-	Dependiendo del sexo y la edad del paciente se determinará el factor correspondiente al puntaje obtenido.	Dependiente	Nominal dicotómica	0 = Sí 1 = No	Cuestionario de conducta Conners para Padres abreviado (CPRS-48)

	hiperactivo” en la aplicación del CPRS-48	Mayor o igual a 70 será positivo. Menor de 70 será negativo.				
Puntaje de Ansiedad	Puntaje total obtenido en los reactivos pertenecientes al factor “Ansiedad” en la aplicación del CPRS-48	Cada reactivo será puntuado del 0 a 3 atendiendo a la clave de respuesta (0 = nunca, 1 = poco, 2 = bastante, 3 = mucho). Se sumarán los puntos de cada reactivo para obtener el puntaje total. Los reactivos pertenecientes al factor “Ansiedad” son el 12, 16, 24 y 47	Dependiente	Numérica Continua	Puntaje total	Cuestionario de conducta Conners para Padres abreviado (CPRS-48)
Ansiedad	Diagnóstico determinado a partir del puntaje obtenido en los reactivos pertenecientes al factor “Ansiedad” en la aplicación del CPRS-48	Dependiendo del sexo y la edad del paciente se determinará el factor correspondiente al puntaje obtenido. Mayor o igual a 70 será positivo. Menor de 70 será negativo.	Dependiente	Nominal dicotómica	0 = Sí 1 = No	Cuestionario de conducta Conners para Padres abreviado (CPRS-48)
Puntaje de Índice de hiperactividad	Puntaje total obtenido en los reactivos pertenecientes al factor “Índice de hiperactividad”	Cada reactivo será puntuado del 0 a 3 atendiendo a la clave de respuesta (0 = nunca, 1 =	Dependiente	Numérica Continua	Puntaje total	Cuestionario de conducta Conners para Padres abreviado (CPRS-48)

	en la aplicación del CPRS-48	poco, 2 = bastante, 3 = mucho). Se sumarán los puntos de cada reactivo para obtener el puntaje total. Los reactivos pertenecientes al factor "Índice de hiperactividad" son el 4, 7, 11, 13, 14, 25, 31, 33, 37 y 38				
Trastorno de Déficit de Atención por hiperactividad	Diagnóstico determinado a partir del puntaje obtenido en los reactivos pertenecientes al factor "Índice de hiperactividad" en la aplicación del CPRS-48	Dependiendo del sexo y la edad del paciente se determinará el factor correspondiente al puntaje obtenido. Mayor o igual a 70 será positivo. Menor de 70 será negativo.	Dependiente	Nominal dicotómica	0 = Sí 1 = No	Cuestionario de conducta Conners para Padres abreviado (CPRS-48)

Técnicas y procedimientos empleados

Primero se considerara un estudio piloto de 10 encuestas para de esta manera poder evaluar la comprensión de la prueba, el tiempo de duración para responder y la forma de evaluación de la prueba. Posteriormente en el área de consulta externa, se le dará al familiar un test de Conners además de un listado de preguntas, el cual será llenado por el padre que se encuentre en la consulta externa.

Procesamiento y análisis estadístico

Para el análisis descriptivo, los datos numéricos se expresaron en promedio y desviación estándar, los datos nominales en frecuencia y porcentajes.

Las variables numéricas fueron expresadas en medidas de tendencia central y de dispersión.

Para la estadística inferencial empleamos chi cuadrada con un valor de $p < 0.05$.

ASPECTOS ÉTICOS

Se respetó la privacidad del paciente, todos sus datos personales se encuentran adecuadamente resguardados.

El proyecto fue dictaminado y aprobado por los comités de investigación del Hospital Regional ISSSTE Puebla, con número de registro: 182.2022.

RESULTADOS

La totalidad de la muestra estuvo constituida por 180 pacientes. La media de edad fuera de 7.32 años, la edad mínima fue de 4 y la edad máxima de 17, con una desviación estándar de 2.951. Respecto a la distribución por grupo de edad, 83 niños tuvieron de 4 a 6 años (46.1%), 79 de 7 a 11 años (44.4%) y 18 tuvieron 12 años o más (9.4%). Siguiendo con los datos demográficos de la muestra, 101 pacientes fueron hombres (56.1%) y 79 fueron mujeres (43.9%). Además, en relación con el grado escolar, 58 niños se encontraban en el nivel preescolar (32.2%), 107 en la primaria (59.4%), 12 de ellos en la secundaria (6.7%) y tan solo tres en la preparatoria (1.7%).

Respecto a los antecedentes familiares de los pacientes, en 56 casos se reportó que algún familiar padeció alguna enfermedad psiquiátrica (31.1%), 52 tuvieron antecedente de algún familiar con depresión (28.9%) y 40 pacientes reportaron antecedente de algún familiar con diagnóstico de TDAH (22.2%).

En relación con el proceso de gestación de los pacientes, en 33 casos se reportó que la madre consumió tabaco durante el embarazo (18.3%), tan solo en 7 casos la madre consumió alcohol durante el embarazo (3.9%), en 57 casos la madre consumió algún medicamento durante el embarazo (31.7%) y en 43 casos se declaró que la madre presentó síntomas de depresión durante el embarazo (23.9%). Por otro lado, 34 pacientes nacieron de manera prematura (18.9%) y 26 tuvieron bajo peso al nacer (14.4%).

Finalmente, 64 pacientes presentaron alguna patología preexistente (35.6%). Las más frecuentes fueron rinitis alérgica (11.7%), CIA (2.8%), Hipotiroidismo (2.8%) y arritmia sinusal (2.2%). Presentando mayor incidencia patología de tipo alérgico/atópico con un porcentaje de 17%, en segundo lugar la presencia de cardiopatías en un 11% y en tercer lugar enfermedades endocrinológicas en 5.1%

Los resultados de la aplicación del instrumento fueron los siguientes: ocho pacientes tuvieron patología de conducta (4.4%), 14 tuvieron problemas de aprendizaje (7.8%), 35 tuvieron problemas psicossomáticos (19.4%), 13 tuvieron problema impulsivo e hiperactivo (7.2%) y también 8 pacientes presentaron ansiedad (4.4%).

Finalmente, se encontró que un total de 15 pacientes calificaron con el puntaje para Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), lo cual corresponde **al 8.3% del total de la muestra**. En consecuencia, **la incidencia de TDAH en la población de estudio durante el periodo de agosto de 2022 a febrero de 2023 fue de 15 individuos**.

En estos pacientes se encontró que 6 de ellos presentaron problemas de aprendizaje (40%) de igual forma 6 de ellos tuvieron problema impulsivo hiperactivo (40%) y 5 pacientes presentaron alteraciones psicosomáticas (27%). Siendo las alteraciones psicosomáticas las más frecuentes en el resto de la muestra estudiada.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa con el consumo de tabaco durante el embarazo ($p = 0.01$) y el consumo de alcohol durante el embarazo ($p = 0.001$). Consistentemente con los resultados anteriores, se demostró un OR significativo en el consumo de tabaco durante el embarazo (IC 2.1 – 19.1) y el consumo de alcohol durante el embarazo (IC 2.1 – 50.2). Por lo cual, hay 6.4 más veces de probabilidad de que un individuo tenga un diagnóstico de TDAH si se expuso al humo del tabaco durante la gestación y 10.1 más veces de probabilidad de que un individuo tenga diagnóstico de TDAH si se consumió alcohol durante la gestación.

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes estudiados

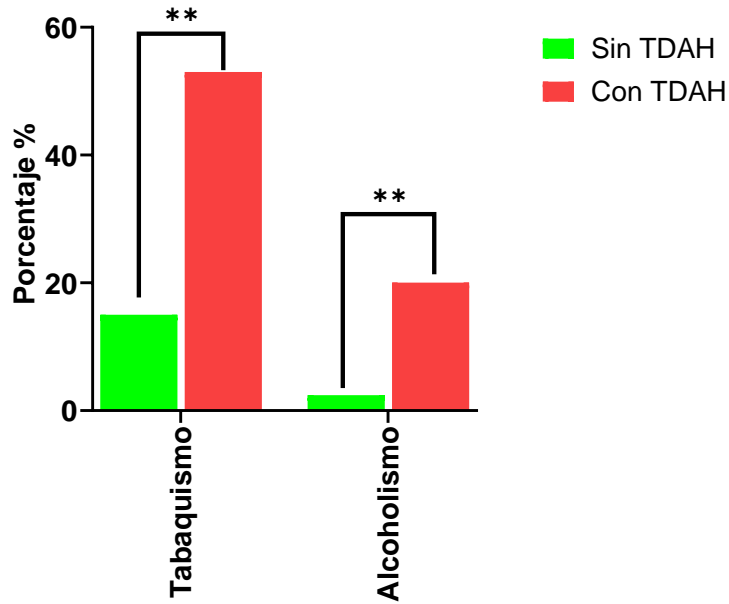
Variable	n = 180 (%)
Sexo	
- Hombre	101 (56)
- Mujer	79 (43)
Escolaridad	
- Preescolar	58 (32)
- Primaria	107 (59)
- Secundaria	12 (6.6)
- Preparatoria	3 (1.6)
Antecedente familiar psiquiátrico	56 (31.1)
Antecedente familiar de depresión	52 (28.8)
Antecedente familiar de TDAH	40 (22.2)
Consumo de tabaco durante el embarazo	33 (18.3)
Consumo de alcohol durante el embarazo	7 (3.8)
Síntomas de depresión durante el embarazo	43 (23.8)
Prematurez	34 (18.8)
Bajo peso al nacer	26 (14.4)
Patología previa	64 (35.5)

Tabla 2. Estimación de riesgo y resultados de pruebas de asociación de factores asociados a TDAH

Variable	Sin TDAH n = 165 Fcia (%)	Con TDHA n = 15 Fcia (%)	OR (IC 95%)	* p
Sexo				
- Hombre	90 (54.5)	11 (73)	NA	0.2
- Mujer	75 (45.5)	4 (27)		
Escolaridad				
- Preescolar	55 (33)	3 (20)	NA	0.001
- Primaria	100 (60.5)	7 (47)		
- Secundaria	9 (5.5)	3 (20)		
- Preparatoria	1 (1)	2 (13)		
Antecedente familiar psiquiátrico	51 (30)	5 (33)	1.1 (0.4 – 3.4)	0.8
Antecedente familiar de depresión	45 (27)	7 (46)	2.3 (0.8 – 6.8)	0.1
Antecedente familiar de TDAH	34 (20)	6 (40)	2.6 (0.9 – 7.7)	0.1
Consumo de tabaco durante el embarazo	25 (15)	8 (53)	6.4 (2.1 – 19.1)	0.01
Consumo de alcohol durante el embarazo	4 (2.4)	3 (20)	10.1 (2.0 – 50.2)	0.001
Síntomas de depresión durante el embarazo	40 (24)	3 (20)	0.8 (0.2 – 2.9)	0.7
Prematurez	30 (18)	4 (26)	1.6 (0.5 – 5.5)	0.4
Bajo peso al nacer	24 (14)	2 (13)	0.9 (0.2 – 4.3)	0.9
Patología previa	56 (33)	8 (53)	2.2 (0.8 – 6.4)	0.1

* Chi cuadrada $p < 0.05$

Gráfico 1. Factores perinatales asociados con Trastorno con deficit de atención e hiperactividad en escolares pediaticos del Hospital Regional ISSSTE Puebla durante 2022 a 2023



Escolares pediaticos sin TDAH "n= 165"

Escolares pediaticos con TDAH "n = 15"

** p= 0.001

DISCUSIÓN

El presente estudio evaluó la incidencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en pacientes escolares y adolescentes del Hospital Regional ISSSTE de Puebla por medio de la escala de Conners encontrada fue de 15 individuos, lo cual corresponde al 8.3% de la totalidad de la muestra. En ellos se encontraron factores con asociación estadísticamente significativa como es el consumo de alcohol y la exposición al tabaquismo materno.

De acuerdo con un metaanálisis realizado en el 2023 por Salari y colaboradores, la prevalencia global del TDAH es del 7,6% en niños de 3 a 12 años y del 5,6% en adolescentes de 12 a 18 años, resultados similares a los encontrados en este estudio. No obstante, cabe señalar que existen variaciones en la prevalencia de esta condición en base a los criterios diagnósticos utilizados, oscilando entre 4.4% y 10.1%, al emplear los criterios del ICD-10 y DSM-V respectivamente (Salari et al., 2023).

En primer lugar, el sexo masculino tiene mayores posibilidades de ser diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad que su contraparte, el porcentaje reflejado en este estudio fue del 73%. Resultado que coincide con los hallazgos de la Encuesta Nacional de Estados Unidos del periodo comprendido entre 2009 al 2017. Según Zablotsky y colaboradores informaron que esta disparidad de género en la prevalencia de TDAH, plantea preguntas importantes sobre los factores biológicos y psicosociales subyacentes que contribuyen a la manifestación del trastorno. Si bien algunas teorías sugieren un papel potencial de las hormonas sexuales o la predisposición genética, los factores ambientales y las expectativas sociales también pueden desempeñar un papel importante (Zablotsky & Alford, 2020).

Así mismo, la edad media de la muestra fue de 7 años, mostrando mayor incidencia en los primeros años y un declive en la edad adolescente. Este rasgo significativo también fue observado en un estudio realizado en España en 2021, por Leache y colaboradores en una población comprendida de 2003 a 2019. Por lo que el uso de herramientas de cribado en este grupo poblacional podría ayudar a la detección temprana de la enfermedad (Leache et al., 2021).

Acorde a Rusca y colaboradores entre los factores de riesgo asociados con el TDAH, la exposición al humo del tabaco durante el embarazo se ha asociado con un mayor riesgo de TDAH en los niños. Se cree que los componentes tóxicos del tabaco pueden afectar el desarrollo del sistema nervioso del feto, aumentando así la susceptibilidad al TDAH (Rusca-Jordán et al., 2020).

De acuerdo a un metaanálisis realizado en el 2018 por Huang, en el que se evaluaron quince estudios de cohortes y cinco estudios de casos y controles, donde se demostró que fumar durante la gestación o la suspensión del tabaco después del primer trimestre está altamente relacionado con un aumento de incidencia de TDAH en el producto de dicha gesta OR: 1,60; IC 95%: 1,45-1,76, lo cual fue significativo y corresponde con nuestra estadística (Huang et al., 2018).

Salari y colaboradores realizaron un metaanálisis en 2020 donde cabe resaltar que el TDAH posee diversos subtipos clínicos, siendo la variante inatento la más frecuentemente encontrada en diversos estudios. Así como en este estudio se identificó en un 60% (Salari et al., 2023).

A partir de los resultados obtenidos en este estudio de investigación el principal objetivo es la identificación temprana, para diagnóstico oportuno y tratamiento médico, así como manejo multidisciplinario por las áreas correspondientes. Para mejorar la calidad de vida.

Como fortaleza de este estudio es el primero que se ha realizado y nos hace énfasis en la importancia de patología psiquiátrica en la población pediátrica, lo cual surge la necesidad de contar con el subespecialista del área correspondiente. A partir de los resultados obtenidos debemos continuar aplicando pruebas de tamizaje en las consultas de rutina con el fin de identificarlos oportunamente.

CONCLUSIONES

Conclusiones específicas

1. Existe una asociación entre el consumo de alcohol y consumo / exposición al tabaquismo durante el embarazo y el diagnóstico de TDAH.
2. En los pacientes con TDAH se identificaron que presentan un 40% alteración en el patrón de aprendizaje.
3. En la población general que se estudió se identificó que un 19.4% de la muestra presento problemas psicosomáticos.

Conclusión general

La incidencia de TDAH en pacientes pediátricos escolares y adolescentes de nuestra población es del 8%, similar a lo reportado en la literatura. Los factores asociados a esta afectación son tabaquismo y alcoholismo durante el embarazo.

Recomendaciones

Continuación del seguimiento por consulta externa de paidopsiquiatría y psicología para manejo médico, así como detección de comorbilidades asociadas.

El estudio destaca los principales factores asociados al riesgo asociados a trastorno por déficit de atención e hiperactividad, resulta crucial la concientización de los factores perinatales asociados, resaltando los impactos potenciales en el desarrollo neuropsicológico de los niños y fomentando estilos de vida saludables durante el periodo gestacional.

Como recomendaciones nosotros sugerimos al realizar una historia clínica a los padres, cuando se identifiquen factores de riesgo, es conveniente realizar el test de Conners, enfatizando la importancia de la identificación oportuna, para el desarrollo de estrategias de apoyo e intervención con el objetivo de mitigar los efectos adversos del trastorno en el funcionamiento y el bienestar general de estos.

Bibliografía

- Attention Deficit–Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents | NEJM.* (s. f.). Recuperado 18 de abril de 2022, de <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMcp1307215>
- Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M., & Romanos, M. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(9), 149-159. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0149>
- Calleja, J., & Rosales, U. (2012). Evaluación del test de Conners y de inteligencia en el diagnóstico del déficit atencional en población entre 6 y 19 años: Revisión sistemática. *Medwave*, 12(08). <https://doi.org/10.5867/medwave.2012.07.5469>
- Chou, I.-C. (2014). Hyperactivity and Impulsivity in Children and Allergic Rhinitis: Is There a Link? *Pediatrics & Neonatology*, 55(3), 157-158.
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 128, 789-818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
- García De Vinuesa Fernández, F. & Investigación privada. (2017). Prehistoria del TDAH: Aditivos para un diagnóstico insostenible. *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers*, 37(1), 107. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2829>
- Huang, L., Wang, Y., Zhang, L., Zheng, Z., Zhu, T., Qu, Y., & Mu, D. (2018). Maternal Smoking and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Offspring: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 141(1), e20172465. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2465>

Llanos Lizcano, L. J., García Ruiz, D. J., González Torres, H. J., Puentes Rozo, P., Llanos Lizcano, L. J., García Ruiz, D. J., González Torres, H. J., & Puentes Rozo, P. (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Pediatría Atención Primaria*, 21(83), e101-e108.

Leache, L., Arrizibita, O., Gutiérrez-Valencia, M., Saiz, L. C., Erviti, J., & Librero, J. (2021). Incidence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Diagnoses in Navarre (Spain) from 2003 to 2019. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9208. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179208>

Moya-Sánchez, D. N. (2024). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la infancia: Revisión narrativa*. <https://doi.org/10.31219/osf.io/x6kqd>

Núñez-Jaramillo, L., Herrera-Solís, A., & Herrera-Morales, W. V. (2021). ADHD: Reviewing the Causes and Evaluating Solutions. *Journal of Personalized Medicine*, 11(3), 166. <https://doi.org/10.3390/jpm11030166>

Posner, J., Polanczyk, G. V., & Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet (London, England)*, 395(10222), 450-462. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33004-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33004-1)

Rebolledo, F. A., & Ortiz, M. A. J. (2021). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Revisión actualizada. *Plasticidad y Restauración Neurológica*, 8(1), 39-49.

Rusca-Jordán, F., Cortez-Vergara, C., Rusca-Jordán, F., & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3), 148-156. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794>

Salas-Bravo, S., Gonzalez-Arias, M., Araya-Piñones, A., Valencia-Jimenez, M., Oyarce-Cortes C., S., Salas-Bravo, S., Gonzalez-Arias, M., Araya-Piñones, A., Valencia-Jimenez, M., & Oyarce-Cortes C., S. (2017). Uso del Test de Rendimiento Continuo de Conners para diferenciar niños normales y con TDAH en Chile. *Terapia psicológica*, 35(3), 283-291. <https://doi.org/10.4067/S0718-480820170003002>

Salari, N., Ghasemi, H., Abdoli, N., Rahmani, A., Shiri, M. H., Hashemian, A. H., Akbari, H., & Mohammadi, M. (2023). The global prevalence of ADHD in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 49, 48.

Thapar, A., & Cooper, M. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet (London, England)*, 387(10024), 1240-1250. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00238-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00238-X)

Vasconcelos, A. F., Ramírez, M. M., & Mildestein, Y. P. (2018). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, algunas consideraciones en su diagnóstico y su tratamiento. *Acta Médica del Centro*, 12(4), 485-495.

World mental health report: Transforming mental health for all. (s. f.). Recuperado 8 de febrero de 2024, de <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240049338>

Zambrano-Sánchez, E., Martínez-Cortés, J. A., Sánchez-Cortes, N., Dehesa-Moreno, M., Vázquez-Urban, F., Sánchez-Aparicio, P., & Alfaro-Rodríguez, A. (2020). Correlación entre los niveles de ansiedad en padres de ni-ños con diagnóstico de ansiedad y TDAH, de acuerdo al subtipo clínico. *Investigación en Discapacidad*, 7(1), 22-28.

(Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ, Schieve LA, Danielson ML, Bitsko RH, Blumberg SJ, Kogan MD, Boyle CA. Prevalence and Trends of Developmental Disabilities

among Children in the United States: 2009-2017. *Pediatrics*. 2019 Oct;144(4):e20190811. doi: 10.1542/peds.2019-0811. PMID: 31558576; PMCID: PMC7076808.)

Zablotsky, B., & Alford, J. M. (2020). Racial and Ethnic Differences in the Prevalence of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder and Learning Disabilities Among U.S. Children Aged 3-17 Years. *NCHS Data Brief*, 358,

Anexos

Anexo 1. Carta de consentimiento informado para padres

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	
Título del estudio:	Incidencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad a través de la escala de Conners en escolares y adolescentes en el Hospital Regional ISSSTE Puebla durante el periodo 2022 - 2023
Investigador responsable:	Dra. Mariel González Villanueva, médico residente de tercer año de pediatría del Hospital Regional de Alta Especialidad ISSSTE Puebla
Lugar donde se realizará el estudio:	Hospital Regional de Alta Especialidad ISSSTE Puebla
Lugar y fecha:	Puebla, Puebla, a ___ de _____ 202_.
<p>A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.</p>	
Objetivo del estudio:	Determinar la incidencia de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en pacientes escolares y adolescentes del Hospital Regional ISSSTE de Puebla por medio de la escala de Conners para padres durante el periodo 2022-2023.
Procedimientos:	En caso de aceptar participar en el estudio, se le pedirá que conteste un cuestionario con preguntas acerca de usted, los antecedentes médicos de su hijo(a) y las características del comportamiento de su hijo(a). El tiempo estimado para contestar el cuestionario es de 5 min.
Posibles riesgos y molestias:	No existe riesgo alguno debido a que el estudio no implica ningún tipo de procedimiento médico. Su participación consistirá simplemente en contestar el cuestionario y proporcionarnos su información.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá ningún tipo de compensación económica o en especie por participar en este estudio. Asimismo, no se le otorgará ningún tipo de beneficio o preferencia en la atención que recibe como derechohabiente de este hospital.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Una vez que se haya determinado el resultado de las respuestas de su cuestionario, se le informará oportunamente el diagnóstico de su hijo(a) y se le proporcionarán indicaciones sobre la manera de proceder, en caso de ser necesario.
Participación o retiro:	Su participación es libre, voluntaria y totalmente confidencial. Tiene el derecho de retirarse en cualquier momento que lo desee o considere conveniente sin repercusión alguna.
Privacidad y confidencialidad:	Todos sus datos serán guardados de forma estricta y privada y manejados en forma totalmente confidencial. Los resultados obtenidos de la investigación se manejarán de manera global sin hacer referencia a ningún caso en particular.
Beneficios al término del estudio:	Los niños y adolescentes con TDAH que no son diagnosticados oportunamente suelen tener importantes dificultades de conducta y adaptabilidad, lo cual repercute en los ámbitos escolar, familiar y personal. Este estudio permitirá un

<p>diagnóstico oportuno de muchos niños y adolescentes, lo cual impactaría positivamente en mejorar su calidad de vida a corto, mediano y largo plazo. Por otra parte, tener un conocimiento más preciso de la incidencia de TDAH en la población atendida por este hospital nos permitirá diseñar estrategias de atención mucho más efectivas y eficientes.</p>	
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación del Hospital Regional ISSSTE Puebla: Calle 14 Sur No. 4336, Jardines de San Manuel, 72570 Puebla, Pue. Teléfono: 222 245 3511</p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>	
<p>En representación de mi hijo menor de edad, yo su tutor, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado oportunamente y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicado o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Asimismo, confirmo haber recibido una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento informado.</p> <p>Yo el investigador principal, Mariel González Villanueva, he explicado al tutor la naturaleza y los propósitos de la investigación, así como los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.</p>	
<p>Fecha:</p> <p align="center">_____</p> <p align="center">Nombre y firma del participantes o padre o tutor</p>	<p>Fecha:</p> <p align="center">_____</p> <p align="center">Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>Fecha:</p> <p align="center">_____</p> <p align="center">Testigo 1 Nombre y firma</p>	<p>Fecha:</p> <p align="center">_____</p> <p align="center">Testigo 2 Nombre y firma</p>

Anexo 2. Hoja de recolección de datos

La encuesta que usted está por responder se lleva a cabo con fines de investigación. Sus datos personales serán resguardados con absoluta confidencialidad y no se harán públicos por ningún medio. Agradecemos mucho su colaboración en este proyecto.

a) Información personal

Fecha de aplicación:		Folio:	
1. Padre que responde:	Madre (<input type="checkbox"/>)	Padre (<input type="checkbox"/>)	
Nombre del niño o niña:			
Fecha de nacimiento:		2. Edad:	
3. Sexo:	Hombre (<input type="checkbox"/>) Mujer (<input type="checkbox"/>)	4. Grado escolar:	
Nombre del padre:		5. Edad:	
6. Máximo grado de estudios:		7. Ocupación:	
Nombre de la madre:		8. Edad:	
9. Máximo grado de estudios:		10. Ocupación:	

b) Historia clínica y familiar del niño

11. ¿Alguno de los familiares del niño ha padecido de alguna enfermedad psiquiátrica?	Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
12. ¿Alguno de los familiares de primer grado del niño ha padecido depresión?	Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
13. ¿Alguno de los familiares de primer grado del niño ha tenido trastorno por déficit de atención e hiperactividad?	Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
14. ¿La madre del niño estuvo expuesta a humo de tabaco durante el embarazo?	Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
15. ¿La madre del niño consumió considerablemente alcohol antes del embarazo?	Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
16. ¿La madre del niño consumió algún fármaco durante el embarazo?	Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
17. En caso de que la pregunta anterior haya sido afirmativa, ¿cuáles?	
18. ¿La madre del niño presentó síntomas de depresión durante el embarazo?	Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
19. ¿El niño nació de manera prematura (menos de 37 semanas de gestación)?	Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
20. ¿El niño tuvo bajo peso al nacer (menos de 2,500 gramos)?	Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)

Anexo 3. Cuestionario de Escala de Conners para padres y maestros

Instrucciones. Lea con atención las siguientes afirmaciones y marque con una **X** el recuadro que corresponda a la opción de respuesta que describa de manera más adecuada y precisa el comportamiento de su hijo o hija. Elija **solamente una opción de respuesta**. Si tiene alguna duda al responder, pregunte al encuestador.

REACTIVO	NUNCA	POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Se escarba o jala los dedos, uñas, pelo o ropa.				
2. Trata irrespetuosamente a los adultos.				
3. Tiene dificultad al hacer y conservar amistades.				
4. Es impulsivo, irritable.				
5. Quiere controlar y dirigir en toda situación.				
6. Chupa o mastica su dedo, la ropa o las mantas.				
7. Lloro con facilidad o con frecuencia.				
8. Busca problemas.				
9. Está "en las nubes", ensimismado.				
10. Tiene dificultad para aprender.				
11. Es muy inquieto, no puede dejar de moverse.				
12. Es temeroso de situaciones nuevas, personas nuevas, lugares nuevos o de ir a la escuela.				
13. Es inquieto, siempre está de un lado a otro.				
14. Es destructivo (ropa, juguetes, otros objetos).				
15. Dice mentiras e historias que no son ciertas.				
16. Es retraído, tímido.				
17. Se mete en más problemas que los demás niños de su misma edad.				
18. Habla de manera diferente a otros niños de su misma edad (habla infantil, tartamudea, es difícil entenderle).				
19. Niega sus errores o culpa a otros.				
20. Es propenso a reñir o discutir.				
21. Es huraño, hace berrinches.				
22. Roba cosas o dinero en casa o fuera.				
23. Es desobediente, obedece con resentimiento.				
24. Le preocupa mucho el estar solo, de enfermedad o muerte.				
25. No acaba las cosas que empieza.				
26. Se hiere emocionalmente con facilidad.				
27. Es abusivo con los demás.				
28. Hace actividades repetitivas constantemente.				
29. Es cruel con animales o niños pequeños.				

Incidencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad a través de la escala de Conners, en escolares y adolescentes Hiperactividad en el HRP ISSSTE en el periodo 2022 a 2023

REACTIVO	NUNCA	POCO	BASTANTE	MUCHO
30. Es infantil o inmaduro (desea ayuda que no debería necesitar, depende de otros, necesita constantemente afirmaciones de seguridad).				
31. Se distrae fácilmente o se le dificulta prestar atención.				
32. Le duele la cabeza frecuentemente.				
33. Cambia de estado de ánimo de manera rápida y drástica.				
34. No acepta seguir restricciones o reglas.				
35. Pelea frecuentemente por cualquier motivo.				
36. No se lleva bien con sus hermano o hermanas.				
37. Se frustra con facilidad ante los esfuerzos				
38. Suele molestar a otros niños.				
39. Habitualmente es un niño triste o infeliz				
40. Tiene problemas con la comida (poco apetito, se levanta de la mesa entre bocados).				
41. Tiene dolores de estómago.				
42. Tienen trastornos del sueño (no puede dormir, se levanta demasiado temprano, se levanta por la noche)				
43. Tiene otros tipos de dolores y molestias.				
44. Tiene vómito o náusea con frecuencia.				
45. Se siente marginado o traicionado por su familia.				
46. Alardea y es fanfarrón.				
47. Deja que le manipulen o abusen de él.				
48. Tiene problemas intestinales (con frecuencia tiene diarrea, hábitos irregulares para ir al baño, estreñimiento).				

Factor evaluado	Puntaje obtenido	Resultado	
I. Problemas de conducta		Sí ()	No ()
II. Problemas de aprendizaje		Sí ()	No ()
III. Psicossomático		Sí ()	No ()
IV. Impulsivo-hiperactivo		Sí ()	No ()
V. Ansiedad		Sí ()	No ()
VI. Hiperactividad		Sí ()	No ()