



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**Delegación Regional en Baja California  
Unidad de Medicina Familiar Núm. 28**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA**

**Facultad de Medicina  
Coordinación General de Posgrado e Investigación**

**TESIS**

**Frecuencia de sospecha de Trastorno por Déficit de Atención con  
Hiperactividad en niños de 6 a 11 años adscritos a la UMF Núm. 28 del IMSS  
en Mexicali**

**Número de registro Institucional  
R-2022-204-062**

**Trabajo para obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar**

**Presenta:**

**Dr. Missael Castillo Núñez  
Residente de Medicina Familiar UMF Núm. 28**

**Asesores:**

**Dra. Raquel Solís Sánchez  
Dra. Graciela Josefina Contreras Reyes  
Dr. Alberto Barreras Serrano**

**Mexicali, B. C. Junio de 2022**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud 204.  
H GRAL REGIONAL NUM 20

Registro COFEPRIS 17 CI 02 004 049  
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 02 CEI 004 2018081

FECHA Miércoles, 20 de abril de 2022

**M.E. RAQUEL SOLIS SANCHEZ**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de Investigación con título "**Frecuencia de sospecha de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños de 6 a 11 años adscritos a la UMF Núm. 28 del IMSS en Mexicali**" 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 **A.P.R.O.B.A.D.O.**:

Número de Registro Institucional

R-2022-204-062

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

  
**Dr. Juan pablo robles noriega**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 204

Imprimir

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

**Alumno:** Missael Castillo Núñez

Adscripción: Médico Residente de Medicina Familiar

Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar (UMF) Núm. 28

Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) B.C.

Matrícula: 98029478

Teléfono: 6531413891

Correo electrónico: missael-castillo@hotmail.com

**Investigador Responsable:** Dra. Raquel Solís Sánchez

Adscripción: Médico Familiar

Lugar de trabajo: UMF Núm. 28

Matrícula: 99028049

Teléfono: 6861657431

Correo: raquelsolis@hotmail.com

**Asesor Temático:** Dra. Graciela Josefina Contreras Reyes

Adscripción: Hospital de Gineco-Pediatría/Medicina Familiar (HGP/MF) Núm. 31

Lugar de trabajo: IMSS

Matrícula: 99025000

Teléfono: 686 216 0222

Correo electrónico: gracycontreras@hotmail.com

**Asesor Metodológico:** Dr. Alberto Barreras Serrano

Adscripción: Facultad de Medicina, Mexicali B.C.

Lugar de trabajo: Facultad de Ciencias Veterinarias, Mexicali de la Universidad Autónoma de Baja California.

Teléfono: 686 225 5342

Correo electrónico: abarreras@uabc.edu.mx

# ÍNDICE

RESUMEN.....	6
2. MARCO TEÓRICO.....	8
3. ANTECEDENTES.....	14
4. JUSTIFICACIÓN.....	17
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
6. OBJETIVOS.....	19
6.1 General: .....	19
6.2 Específicos: .....	19
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	20
7.1 Diseños de estudio:.....	20
7.2 Población de estudio:.....	20
7.3 Lugar de estudio:.....	20
7.4 Periodo de estudio:.....	20
7.5 Tipo de Muestreo:.....	20
7.6 Tamaño de muestra:.....	20
7.7 Criterios de selección:.....	21
- Criterios de inclusión:.....	21
- Criterios de exclusión: .....	21
- Criterios de eliminación:.....	21

7.8 Instrumentos de medición: .....	21
7.9 Hoja de recolección de datos: .....	21
8. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	22
9. PROCEDIMIENTOS.....	23
10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	24
11. ASPECTOS ÉTICOS.....	24
12. RIESGOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
13. BENEFICIOS DEL ESTUDIO .....	25
14. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD.....	25
15. RESULTADOS.....	26
16. DISCUSIÓN.....	35
17. CONCLUSIONES.....	38
18. RECOMENDACIONES.....	39
19. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
20. ANEXOS.....	44

## RESUMEN

### **“Frecuencia de sospecha de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños de 6 a 11 años adscritos a la UMF Núm. 28 del IMSS en Mexicali”**

Dr. Missael Castillo Núñez, Dra. Raquel Solís Sánchez, Dra. Graciela Josefina Contreras Reyes,  
Dr. Alberto Barreras Serrano

**Introducción.** El Trastorno de Déficit de la Atención e Hiperactividad es un problema de salud pública importante, ya que repercute en el neurodesarrollo y problemas de comportamiento asociados en los niños; además del impacto negativo en la calidad de vida del paciente y su familia y en la sociedad por el impacto financiero que conlleva.

**Objetivo.** Determinar la frecuencia de sospecha de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en los niños de 6 a 11 años por medio de cuestionario de conducta de Conners para padres en pacientes adscritos a la UMF Núm. 28 del IMSS en Mexicali.

**Material y Métodos:** Previa autorización del Comité Local de Ética e Investigación se realizó un estudio observacional, descriptiva, transversal y prospectivo en los padres o tutores con niños de 6 a 11 años que recibieron algún tipo de servicio disponible por parte de UMF Núm. 28 y que aceptaron participar en el estudio, respondiendo el cuestionario de conducta de Conners y recopilación de datos, para la evaluación de conductas asociadas a sospecha de TDAH en estos niños, firmando la carta de consentimiento informado, en el período de Marzo a Mayo 2022. Las variables para estudiar son: edad del niño, género, y grado escolar del niño, edad, escolaridad, ocupación, y estado civil del padre/tutor y sospecha de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Análisis estadísticos: estadística descriptiva mediante el programa estadístico SPSS v26.

**Resultados:** En 204 de los participantes encuestados el 7.35% de los hijos resultaron con sospecha de TDAH; la media de edad en los niños fue del  $8.67 \pm 1.79$ . Se presentó en porcentajes similares en ambos sexos, con una

relación 1:1; en niños 53.33% (7), en niñas 46.66% (8). Predomino en varones de 10 años con 33% (5). Se detectó con mayor frecuencia en los grados escolares de tercero y quinto de primaria, ambas con el 26.67% (4); obteniendo un porcentaje similar por grupos de escolaridad primero a tercero que de cuarto a sexto de primaria, con 40% (6) sobre 53.34% (8) respectivamente.

**Conclusiones:** La frecuencia de riesgo total del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en Niños con fines de cribado, coincide con las publicaciones nacionales; sin embargo difiere a lo reportado en la literatura de acuerdo al DSM-V y publicaciones internacionales. El uso de herramientas de tamizaje y valoración del TDAH es fácil y puede ayudar en la entrevista médica. Consideramos primordial un diagnóstico temprano para diseñar un plan de tratamiento que prevenga complicaciones futuras.

**Palabras Clave:** sospecha, Déficit de Atención e Hiperactividad, niños.

## 2. MARCO TEÓRICO

El Trastorno de Déficit de la Atención e Hiperactividad (TDAH), es un problema de salud pública importante, debido a que repercute en el neurodesarrollo del niño, y los problemas de comportamiento asociados, tiene un impacto negativo en la calidad de vida del niño y su familia; y en la sociedad por el impacto financiero que conlleva.<sup>1</sup> Por lo que el presente estudio pretende realizar un tamizaje para la detección de conductas asociadas a TDAH en niños de 6 a 11 años por medio de cuestionario de conducta de Conners para padres en pacientes adscritos a la unidad.

El TDAH, se define como un trastorno del neurodesarrollo que suele comenzar en edades tempranas, sobre todo antes de los 12 años. Se caracteriza por dificultades para mantener la atención, la presencia de hiperactividad y comportamientos impulsivos.<sup>2</sup> En estos niños se suele ver afectado su desempeño escolar, así como relaciones sociales y bienestar.<sup>3</sup>

Respecto a la prevalencia de TDAH en edad infantil es variable, a nivel mundial se observa entre el 2 al 7%. Se conoce que al menos otro 5% de los niños presenta dificultades de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad, sin embargo, no se logra cumplir con los criterios para establecer el diagnóstico de TDAH; a pesar del aumento, es notorio la ausencia de conocimiento y el infra diagnóstico afecta la calidad de vida del paciente debido a que el tratamiento oportuno brinda resultados favorables.<sup>4</sup>

El DSM-5 estima una prevalencia del 3 al 5% en niños y adolescentes en edad escolar, que pueden recibir este diagnóstico. En Estados Unidos, la prevalencia varía del 9 al 11% en edades de 5 a 13 años (Wolraich ML et al, 2012),<sup>5</sup> en Perú es del 3 al 5% de acuerdo un estudio epidemiológico de salud mental realizado en el país,<sup>6</sup> en México en el año 2011, se estimó que hay aproximadamente 33 millones de niños y adolescentes, de los cuales 1.5 millones podrían ser diagnosticados con TDAH,<sup>7</sup> otro estudio en el año 2019 en la Cd. de México, observó una prevalencia del 16% en niños escolares mediante un cribado con

escalas de Conners en 55 escuelas primarias federales; la diferencia en la prevalencia a nivel mundial se debe a factores como las herramientas de evaluación utilizadas para la detección de TDAH, las estrategias para la recolección y el análisis de datos, entre otros.<sup>8</sup>

Las causas de este trastorno son multifactoriales, donde predominan los factores genéticos y ambientales. La carga genética del individuo es un elemento que contribuye a manifestar este trastorno, sobre todo, ante la exposición de factores ambientales que actúan como desencadenantes (exposición al tabaco, alcohol o medicamento anticonvulsivantes durante la gestación, edad avanzada de la madre, recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer). En los aspectos socio familiares influyen el bajo nivel socioeconómico, familias disfuncionales, ausencia de estimulación, trastornos psiquiátricos en la familia y una alimentación insuficientemente e inapropiada.<sup>9</sup>

Existen factores neuroquímicos y neuroanatómicos involucrados en el desarrollo de TDAH, se ha encontrado una acción deficiente de neurotransmisores como dopamina y norepinefrina con acción reguladora inhibitoria en la corteza prefrontal y el cuerpo estriado, alteraciones en la serotonina que desempeña una función importante en el control de impulsos. Estudios de neuroimagen han mostrado una disminución del cuerpo caloso, núcleo caudado y cerebelo, y una reducción de aproximadamente 5% del volumen cerebral en niños con este trastorno.<sup>10</sup>

El TDAH es un trastorno psiquiátrico de origen cerebral que se caracteriza por presentar principalmente tres grupos de síntomas: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, seguido también por orden de frecuencia de síntomas de alteración de la regulación motora, labilidad emocional, trastorno de memoria y pensamiento, y alteración de aprendizaje. El niño no es capaz de ejecutar actividades largas, tienen dificultad para mantenerse quietos sobre todo cuando realizan actividades que ameritan mantener la calma como tareas escolares, además hablan en exceso, se entrometen en pláticas que no les

corresponden y parecen imprudentes con los adultos. Los menores tienden a presentar comportamientos impulsivos, tienen dificultad para controlar sus emociones, manifestando frecuentemente irritabilidad, frustración y ansiedad. Frecuentemente tienen problemas de socialización con otros niños de su edad. Algunos niños con TDAH suelen tener también alteraciones de la memoria, ya sea por distracción o falta de atención, e incide de manera negativa en sus actividades académicas y familiares, provocando en muchos casos dificultades para alcanzar aprendizajes y conocimientos esperados para su edad. Estos síntomas se presentan habitualmente en el niño antes de los 12 años de edad, siendo mantenidos durante al menos 6 meses, alterando de manera negativa su funcionamiento a nivel social, escolar, y familiar. Estos síntomas no están relacionados con una causa externa estresante, como puede ser el divorcio de sus padres, o una causa médica o psiquiátrica.<sup>11</sup>

El diagnóstico para TDAH tiene como referencia los criterios que se encuentran indicados en el DSM-5. Los rubros se dividen en 3 áreas: inatención, hiperactividad e impulsividad; debe manifestar seis o más de las características descritas y ser presentadas seis meses como mínimo, en grados mayores a lo que se espera según el desarrollo del paciente, además de impactar en la calidad de vida; actividades escolares y sociales. En los adolescentes se requiere al menos 5 criterios manifestados. Es importante realizar un diagnóstico clínico, la historia clínica familiar y del paciente para valorar la información precisa sobre su desarrollo y diferenciar si hay presencia de otros trastornos asociados, se describen en el cuadro siguiente.<sup>12</sup>

<b>Criterios diagnósticos para TDAH (DSM 5)<sup>12</sup></b>
A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):
1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:
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.
2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:
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.
B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos.
D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental.

Existen diferentes cuestionarios estructurados siguiendo un orden parecido para valorar distintas áreas de signos TDAH. Estas entrevistas se realizan a manera de tamizaje para detectar niños y adolescentes con riesgo de padecer este trastorno. Entre las diferentes escalas o cuestionarios para evaluar TDAH se encuentran los siguientes:<sup>13</sup>

Escala de Magallanes de Atención Visual: Esta escala permite valorar la capacidad y habilidad de atención de los pacientes. Consta de 2 pruebas distintas correspondientes a EMAV-1, EMAV-2 con un periodo estimado de duración en su aplicación de 15 a 40 minutos cada una. La primera está indicada para las edades de entre 6 a 9 años y la segunda para personas de más de 10 años.

Evaluación del Trastorno para el Déficit de Atención e Hiperactividad: Es una escala de aplicación breve y sencilla, valora todas las áreas TDAH de una manera objetiva. Se indica para pacientes con síntomas de sospecha de déficit de atención, hiperactividad, problemas de conducta e impulsividad en menores de entre los 6 a 12 años de edad.

Escalas de Conners: Estos instrumentos de evaluación del TDAH forman parte de los cuestionarios para tamizaje de este trastorno en niños y adolescentes; son los más conocidos y utilizados. Los materiales corresponden a 2 cuestionarios, uno dirigido a maestros y otro a los padres. Validada en una población mexicana (alfa de Cronbach) para la de padres es 0,91 (rango 0,85-0,94) y para maestros de 0,94 (rango 0,83-0,93) comparadas con los síntomas del DSM-IV TR cuyos coeficientes fueron para padres de 0,90 (rango 0,83-0,93) y para maestros 0,90 (rango 0,77-0,95) determinados en la validación de la escala.<sup>14</sup>

Son útiles también para la evaluación de tratamiento en niños y adolescentes. Existen versiones para padres y maestros indicados como primera valoración, cuentan con 9 a 10 reactivos en las que se evalúan conductas asociadas al Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.<sup>15</sup> Esta escala también es recomendada por la Guía de Práctica Clínica 2015.<sup>16</sup>

El tratamiento del TDAH es encaminado a la causa que lo está provocando; se debe de individualizar a cada paciente de acuerdo a la edad y respuesta al tratamiento; por ejemplo, terapias cognitivo/conductual que ayudan a activar la capacidad de autocontrol:

Tratamiento farmacológico: En pacientes de edad preescolar se recomienda de primera intención la terapia cognitivo-conductual, en caso de no lograr el efecto deseado o las mejorías esperadas se puede utilizar tratamiento farmacológico con

metilfenidato valorando siempre el riesgo/beneficio del paciente. En pacientes de edad escolar y adolescentes se recomienda iniciar con terapia combinada tanto con medicamentos (metilfenidato y otras metanfetaminas, en ocasiones antidepressivos) como con terapia cognitivo conductual para su mejor resultado.<sup>17</sup>

Tratamiento no farmacológico: En cuanto al tratamiento no farmacológico además de las terapias de los modelos cognitivo-conductuales para el desarrollo de las habilidades sociales, el autocontrol y el manejo de emociones; son importantes el entrenamiento de los padres mediante programas para que conozcan la enfermedad y como deben intervenir de acuerdo a las conductas y educación de sus los hijos.<sup>18</sup>

### 3. ANTECEDENTES

En España, Marín-Méndez et al., realizó en el año 2018, un estudio epidemiológico para conocer la prevalencia del TDAH en las ciudades de Navarra y Rioja. Se incluyeron 1 426 niños en edad preescolar de entre 3 y 6 años 11 meses, se utilizó la escala ADHD Rating Scale-IV en su versión preescolar, validada en España. Obteniendo una prevalencia de 2.5 a 4%. Concluyeron que la prevalencia del TDAH es similar a lo reportado en otros países de Europa.<sup>19</sup>

Rodríguez et al., en el año 2017 realizaron un estudio descriptivo transversal para estimar la prevalencia de TDAH en niños de 6 a 14 años adscritos a un centro de salud en Madrid, España, además de describir la razón de la primera consulta, el especialista que establece el diagnóstico, que criterios diagnósticos se utilizaron, el tipo de tratamiento, los efectos secundarios y comorbilidades presentados. Incluyeron 4,747 participantes. La prevalencia de TDAH fue del 2.28%, predominaron los niños con el 76.85%. La principal comorbilidad fueron los trastornos del aprendizaje con el 27.12%. Siendo diagnosticado por neurólogos pediatras en el 48.15% de los casos. Los criterios diagnósticos utilizados fueron los del DSM IV en el 64.8% de los casos en conjunto con escalas (Conners y EDAH) y evaluación psicopedagógica; de estos niños el 63.89% recibió tratamiento farmacológico (metilfenidato el 88.88%), presentando de ellos 25.25% algún efecto secundario.<sup>20</sup>

En Quito, Ecuador Ramos-Galarza et al., realizaron un estudio descriptivo y correlacional, para conocer la prevalencia de TDAH en el año 2015. Utilizaron el cuestionario ADHD Rating Scale-IV. Incluyeron a 246 estudiantes de 14 a 18 años. El 41.5% fueron hombres y el 58% mujeres. El 7.3% reunían criterios para el TDAH subtipo combinado, el 6.5% para TDAH de subtipo desatento y el 2.85% para TDAH subtipo hiperactivo/impulsivo. Concluyeron que los datos obtenidos son similares a otros estudios realizados en Latinoamérica.<sup>21</sup>

En Colombia en el 2019, se realizó un estudio analítico cuantitativo, prospectivo de corte trasversal, por Llanos et al., para conocer la prevalencia de trastorno de

TDAH en niños y adolescentes de 6 a 17 años de una escuela de Barranquilla. Incluyeron 385 participantes. Utilizando pruebas de tamizaje (Checklist y BASC) y posteriormente se confirmó el diagnóstico mediante una entrevista neuropsiquiatría estructurada (MINI). El TDAH fue confirmado en el 15% (59) de los casos, predominando en los hombres con una relación. Se concluyó que la prevalencia en Colombia se asemeja a lo descrito a nivel mundial.<sup>22</sup>

Wang, et al., en China en el año 2017, realizaron un metaanálisis para conocer la prevalencia de TDAH en niños y adolescentes. Revisaron 67 estudios donde se incluyeron un total de 275 502 individuos. La prevalencia observada fue del 6.26%, coincidiendo con lo reportado en otros países.<sup>23</sup>

Barrios et al., realizó un estudio descriptivo en Jalisco, en el 2016 para conocer la prevalencia de TDAH en escolares. Incluyeron 4 399 niños del primer y segundo grado de primaria de escuelas públicas. Aplicaron el cuestionario bajo los criterios del DSM-IV. De acuerdo con las respuestas de los padres el 8.9% tenían conductas compatibles para el diagnóstico de TDAH, predominando los niños en relación 2.3:1 y el primero a tercer grado de primaria. Por subtipos: inatento 33.6%, hiperactivo-impulsivo 29% y combinado el 37.4%.<sup>24</sup>

Otro estudio descriptivo y transversal, también realizado en Jalisco, por Cornejo-Escatell, et al., en el año 2015 en la zona noroeste del estado. Incluyeron a 8 630 escolares, con el objetivo de conocer la prevalencia y comorbilidades de los menores con TDAH, mediante el cuestionario de Conners, se confirmó el diagnóstico por neurología a los niños con resultado positivo. Se obtuvo una prevalencia de 9.11% para TDAH, obteniendo además el subtipo inatento 44.5%, hiperactivo 11.5% y mixto el 44%.<sup>25</sup>

Gallardo-Saavedra et al., en el 2019, en México, realizaron un estudio de tipo descriptivo, transversal y observacional con propósitos de cribado en escolares de 2do grado, medir la prevalencia de TDAH, describir comorbilidad, y la experiencia utilizando la versión 3 de la escala de Conners. Se tomó una muestra de 3,985 escolares de 55 escuelas públicas obtenidas al azar de dos delegaciones en la Cd

de México, donde se detectaron 458 (16%) casos. El subtipo prevalente fue hiperactivo en ambos sexos con predominio masculino, los problemas de aprendizaje y funciones ejecutivas más frecuentes en niñas con subtipos hiperactivo y combinado. Cabe señalar que solo 150 escolares completaron la evaluación psicológica y 127 acudieron con el paidopsiquiatra, quien confirmó 72% de los casos.<sup>8</sup>

Por último en el 2020 en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, Cd de México. Martínez-Jaime MM y Cols realizaron un estudio de cohorte retrospectivo con la finalidad de identificar cuáles son las razones por las que no se realiza un diagnóstico en edades tempranas del TDAH, llegando a tener repercusiones en la salud mental del niño sin no se trata de manera oportuna. El trabajo de investigación se enfocó en la perspectiva del cuidador primario valorando las dificultades para identificar los síntomas, para acceder a los servicios de salud, diagnóstico y atención especializada. Se empleó un modelo llamado cédula AAcceDa el cual es un cuestionario semiestructurado de 143 preguntas que evalúa 4 dimensiones (percibir, buscar, llegar y usar). Se determinó que la falta de percepción de síntomas relacionadas con TDAH por parte de los cuidadores es una causa importante por la cual no se da la atención inicial, siendo la falta de conocimientos el motivo por el que no se identifica, lo que nos hace reflexionar que el sector salud tiene que buscar estrategias para hacer llegar información sobre el TDAH y otras patologías relacionadas con la salud mental a la población.<sup>26</sup>

## 4. JUSTIFICACIÓN

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que afecta muchos aspectos de la vida del niño, que afecta su calidad de vida y la de su familia. Una de las primeras características es la actividad motriz en exceso durante edades tempranas, suele ser más evidente cuando el paciente ingresa a un ambiente escolarizado, debido que se percibe afectación en su adaptación, regulación emocional, impulsividad y comportamientos socialmente convencionales.

Es una de las condiciones que presenta mayores limitantes en cuanto al reconocimiento de características y el manejo de dicha información para brindar un seguimiento y obtener un diagnóstico expedido por el especialista correspondiente. Sin un tratamiento adecuado, suele haber repercusiones como rezago escolar, dificultades de aprendizaje, falta de convivencia y participación en contextos donde se desenvuelve, y en algunos casos, sufrir violencia tanto física como psicológica.<sup>27</sup>

El presente estudio tiene como finalidad realizar un tamizaje mediante la aplicación del cuestionario de Conners, aplicada a los padres de familia, con el objetivo de fungir como un primer filtro para evaluar conductas asociadas a TDAH en estos niños y poder brindar un seguimiento y tratamiento oportuno que cubra las necesidades del paciente.

## 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El TDAH es una enfermedad crónica que puede tener un impacto devastador si no es tratada, habitualmente comienza en edades tempranas. A pesar de ser una causa importante de atención psiquiátrica en la población infantil, aún se presentan limitaciones para establecer su diagnóstico.

En la niñez se observan rasgos de temperamento difícil, como un carácter explosivo, irritable e insatisfecho, problemas de aprendizaje, de cálculo y del lenguaje, que de no tratarse afectará el rendimiento escolar. En la adolescencia los rasgos más comunes son la falta de la capacidad para mantener la atención y terminar un objetivo, además de la baja autoestima e inmadurez emocional.

Frecuentemente son los padres y maestros identifican estas conductas, se observan una falta en la adaptación escolar y afectaciones sus relaciones sociales, rechazo escolar y rezago educativo. Las escalas de Connors para padres y maestros son un instrumento utilizado para valorar los síntomas de problemas de conducta, inatención e hiperactividad. Se considera pertinente que los servicios de atención primaria reconozcan la sintomatología característica asociada con TDAH, así como la búsqueda de una valoración integral de salud mental, y no solo de padecimientos físicos en la población en general.

Actualmente en la unidad, no se aplica un instrumento válido de cribado para TDAH, para su referencia oportuna a la atención especializada de estos pacientes, por lo que el presente estudio pretende conocer cuál es la frecuencia de TDAH con fines de cribado.

Lo que nos lleva a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de sospecha de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños de 6 a 11 años por medio de cuestionario de conducta de Connors en pacientes adscritos a la UMF Núm. 28 del IMSS?

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 Objetivo General**

- Determinar la frecuencia de sospecha de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en los niños de 6 a 11 años por medio de cuestionario de conducta de Conners para padres en pacientes adscritos a la UMF Núm. 28 del IMSS en Mexicali.

### **6.2 Objetivos Específicos**

- Describir las características sociodemográficas del niño de acuerdo al sexo, edad y grado escolar del niño.
- Describir las características sociodemográficas de la población de estudio (padres/tutor) de acuerdo al estado civil, escolaridad, y ocupación de los padres o tutores.
- Identificar en niños signos y síntomas de sospecha de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad mediante el cuestionario de conducta de Conners aplicado a padres.
- Reconocer las características sociodemográficas de los niños con sospecha de TDAH según sexo, edad y grado escolar.

## 7. MATERIAL Y MÉTODOS

**7.1 Diseño:** Estudio observacional, descriptivo, transversal.

**7.2 Población de estudio:** Padres o tutores que tengan niños de 6 a 11 años de edad adscritos que reciban algún tipo de servicio de la UMF Núm. 28.

**7.3 Lugar de estudio:** UMF Núm. 28, IMSS, Mexicali, Baja California.

**7.4 Periodo del estudio:** Marzo a Mayo 2022.

**7.5 Tipo de muestreo:** No probabilístico, por conveniencia. Se incluyeron a los padres o tutores de niños de 6 - 11 años y que acudieron a la unidad en el periodo del estudio.

**7.6 Tamaño de Muestra:** Se incluyeron a 204 padres o tutores de los niños que acudieron a la UMF 28 en el periodo de Marzo a Mayo del 2022. Se determinó al aplicar la fórmula de proporciones con una confiabilidad del 95%, siendo la muestra necesaria de 204 niños. La UMF Núm. 28 cuenta con una población de niños de 6 a 11 años de 15 758 niños, y la prevalencia de TDAH en niños escolares del 16% según el estudio de Gallardo <sup>8</sup> en el año 2019 realizado en la Ciudad de México en 3 985 escolares, en 55 primarias.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * (1 - p)}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * (1 - p)}$$

Dónde:

$N = 15\ 758$  pacientes

$Z =$  nivel de confianza al 95% = 1.96

$p =$  varianza =  $p(1-p)$ , donde  $p = 0.16$ , corresponde a la prevalencia de TDAH 16%  
= $0.16$

$d = 0.05$

Sustituyendo en la fórmula:

$$n = \frac{(15\ 758) (1.96)^2 (0.16)(0.84)}{(0.0025) (15\ 757) + (1.96)^2 (0.16)(0.84)} = 203.87 = 204 \text{ niños}$$

**n= 204 niños**

## **7.7 Criterios de selección:**

### **De Inclusión:**

- Padres con hijos en edad escolar entre los 6 a 11 años de edad adscritos a UMF Núm. 28.

### **De exclusión:**

- Padres cuyos niños tienen diagnóstico de TDAH o alteraciones neurológicas (retardo mental, discapacidad auditiva, del lenguaje o visual)

### **De eliminación:**

- Encuestas incompletas

## **7.8 Instrumentos de medición:**

- Cuestionario de Abreviado para Padres/Maestros Conners: Este cuestionario tiene como objetivo principal servir como primer filtro para la detección de conductas asociadas al Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. Deberá ser aplicado por el personal de salud a padres/tutores de niños a partir de los 6 a 11 años. El cuestionario consta de 10 reactivos, deberá ser contestado en su totalidad asignando puntos a cada respuesta del modo siguiente “Nada= 0 puntos”, “Poco= 1 punto”, “Bastante= 2 puntos” “Mucho = 3 puntos” de acuerdo al grado de actividad presentadas por el niño. Una vez contestado el cuestionario se sumara la puntuación de todos los reactivos para obtener el índice de hiperactividad valorado por los padres, una puntuación  $\geq 17$  en los niños se interpretara como sospecha de déficit de atención con hiperactividad y en las niñas una puntuación  $\geq 12$  será significativo para su sospecha. (Anexo 2).

## **7.9 Hoja de recolección de datos:**

- Hoja de recolección de datos: Edad, sexo, nivel o grado escolar que cursa el niño, edad, escolaridad, ocupación y estado civil del padre o tutor, sospecha de TDAH de acuerdo al cuestionario abreviado de Conners para padres. (Anexo 1).

## 8. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Cualitativa Ordinal	Valor
<b>Edad del niño (a)</b>	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento a la fecha actual	Edad identificada en la cartilla de salud	Cuantitativa Numérica Discreta	1.- 6 años 2.- 7 años 3.- 8 años 4.- 9 años 5.- 10 años 6.- 11 años
<b>Genero del niño (a)</b>	Se refiere a la división del género humano en dos grupos: hombre o mujer	Sexo identificado en la cartilla de salud	Cualitativa Categórica Nominal	1.- Masculino 2.- Femenino
<b>Grado escolar del niño (a)</b>	Periodo de asistencia a un centro escolar	Grado en que se encuentra cursando el preescolar, primaria o secundaria.	Cualitativa Categórica Ordinal	1.- 3ro Preescolar 2.- Primero 3.- Segundo 4.- Tercero 5.- Cuarto 6.- Quinto 7.- Sexto 8.- 1ro Secundaria 9.- No escolarizado
<b>Edad del padre/tutor</b>	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento a la fecha actual	Edad identificada en la cartilla de salud	Cualitativa Categórica Ordinal	1.- <20 2.- 20 a 29 3.- 30 a 39 4.- ≥ 40
<b>Escolaridad del padre/tutor</b>	Periodo de asistencia a un centro escolar	Grado máximo de estudios expresado por el entrevistado	Cualitativa Categórica Ordinal	1.- Sin escolaridad 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.- Preparatoria 5.- Licenciatura 6.- Otros
<b>Estado civil del padre/tutor</b>	El estadio civil legal, es la situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento en que se realiza la recogida de información.	El estado civil puede ser: soltero, casado, divorciado, separación en proceso judicial, viudo y concubinato o unión libre.	Cualitativa Categórica Nominal	1.- Soltero (a) 2.- Unión libre 3.- Divorciado o separado (a) 4.- Casado (a) 5.- Viudo (a) 6.- Otro
<b>Ocupación del padre/tutor</b>	Aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura.	Trabajo, empleo, u oficio que impide emplea el entrevistado.	Cualitativa Categórica Nominal	1.- Operador 2.- Administrativo 3.- Negocio propio 4.- Trabajador de gobierno 5.- Otro
<b>Cuestionario Abreviado de Conners para Padres</b>	Instrumento de evaluación en forma de cuestionario que valora conductas y	Identificación conductas asociadas al TDAH reconocidas por el padre o tutor mediante	Cualitativa Categórica Nominal	1.- Con sospecha de TDAH 2.- Sin sospecha de TDAH

	emociones asociadas a TDAH de niños y adolescentes por medio de informes de los padres o tutores.	la observación directa, diaria por la convivencia con el menor de edad y que se identifica a través de la Escala de Conners para Padres. En el que se considera sospecha de TDAH a Niños con un resultado (>17 puntos) y Niñas con un resultado (>12 puntos)		
--	---	--	--	--

## 9. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN:

Previa aceptación del estudio por el Comité Local de Investigación en Salud y Comité de Ética en Investigación, se siguieron los siguientes pasos:

**Paso 1:** Se identificó a los padres o tutores de niños con edades de 6 a 11 años en la sala de espera o en otras áreas de la unidad; una vez identificados, se les invitó a participar en la investigación, previa explicación del estudio.

**Paso 2:** A quienes aceptaron participar, se les invitó a pasar a un consultorio de la unidad para su mayor comodidad, donde se les dio información más detallada del estudio y se resolvieron dudas en caso de tenerlas. Una vez informados se le solicitó firmar la carta de consentimiento informado a los padres o tutores. (Anexo 3).

**Paso 3:** Se procedió a recopilar la siguiente información a través de la hoja de recolección de datos: Número de folio, NSS, edad, genero, grado escolar que cursa el niño, sexo, escolaridad, ocupación y estado civil del padre o tutor, teléfono del padre o tutor y fecha de aplicación (Anexo 1).

**Paso 4:** Se aplicó el Cuestionario de Conners para Padres (Anexo 2), con una duración de 10 a 15 minutos, capturando los datos en la computadora portátil. Una vez terminado el cuestionario se procedió a evaluar la prueba, en caso de obtener una puntuación mayor o igual a 17 puntos en niños o una puntuación mayor o igual a 12 puntos en niñas se consideró como con sospecha para déficit de atención con hiperactividad, en caso de obtener una puntuación menor a 17 puntos en niños o menor a 12 puntos en niñas se consideró como sin sospecha para déficit de atención con hiperactividad. Posteriormente, en niños que

obtuvieron un puntaje de sospecha para TDAH se concertó una cita con el médico familiar tratante para otorgar seguimiento y valorar su envío a segundo nivel de atención para su diagnóstico y tratamiento oportuno. En caso de no haber presentado una puntuación significativa se les brindo información a los padres o tutores sobre los principales síntomas a vigilar, y en caso de que estos sean detectados, se recomendó acudir con su médico familiar.

**Paso 5.** Los datos obtenidos se guardaron en una hoja en Excel para su posterior análisis en el programa estadístico SPSS v.26.

## **10. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS**

Los datos fueron capturados en una hoja de cálculo empleando el programa Excel, para describir las características sociodemográficas de la población de estudio: edad, género, grado escolar del niño y edad, escolaridad, ocupación y estado civil del padre o tutor, expresados categóricamente, se realizó un análisis de frecuencias absolutas y referidas en porcentajes. Se determinó la frecuencia de TDAH como casos con sospecha sobre el total de casos analizados, en general, por sexo, edad y grado escolar. El análisis se realizó empleando el programa estadístico SPSS versión 26.

## **11. ASPECTOS ÉTICOS**

El presente estudio, se sometió a evaluación por el Comité de Ética en Investigación número 2048 (CEI N° 2048) y el Comité local de Investigación en Salud número 204 (CLIS N° 204) ambos con sede en el Hospital General Regional No. 20, Tijuana Baja California.

Se apegó a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1964, revisada en la 64a Asamblea General, Fortaleza, Brasil en el 2013 sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

Fue autorizado por el Comité Local de Investigación y del Comité de Ética en Investigación del IMSS, y cumplió con lo establecido en la normativa institucional en relación a la investigación en salud y seres humanos se solicitó la autorización

de participar en el estudio a los padres o tutores de niños de 6-11 años de edad mediante la firma de la carta de consentimiento informado y la carta de autorización del director de la unidad.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, En todo momento se respetó la privacidad de las personas incluidas en él como se indica en el artículo 16, la información solo será utilizada de manera estrictamente confidencial por el investigador principal.

## **12. RIESGOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Con base en el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud inciso I, el riesgo de la investigación corresponde a una investigación sin riesgo ya que solo se contestó la encuesta.

## **13. BENEFICIOS DE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO:**

Al contestar los padres o tutores el Cuestionario de Conducta de Conners de los padres, se determinó si el niño presenta conductas asociadas al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y se dio información del tema.

Cada padre o tutor que aceptó realizar la encuesta, firmó una carta de consentimiento informado, brindándoles previamente información sobre el estudio, haciendo énfasis en los beneficios y que este no conlleva ningún riesgo. Guardando en todo momento la confidencialidad de la información del paciente. En caso de que el cuestionario diera resultados de sospecha para TDAH del niño, se gestionó una cita con el médico familiar tratante para seguimiento del caso, así como su referencia oportuna la consulta de pediatría para su confirmación diagnóstica y tratamiento oportuno.

Para la unidad, puede ser un preámbulo para crear posteriormente estrategias encaminadas a reforzar la atención integral en este grupo de edad, como sería utilizar esta herramienta de tamizaje para detectar el riesgo de TDAH y así tratar este problema de manera temprana.

## **14. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD**

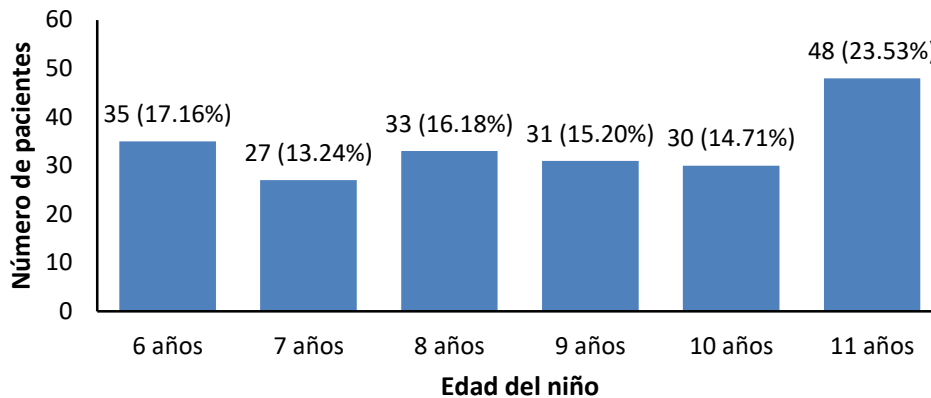
No se requirieron de medidas específicas que transgredieran situaciones de bioseguridad. No se manejaron residuos peligrosos biológico-infecciosos.

## 15. RESULTADOS

La frecuencia de sospecha de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños fue de 7.35% (15/204).

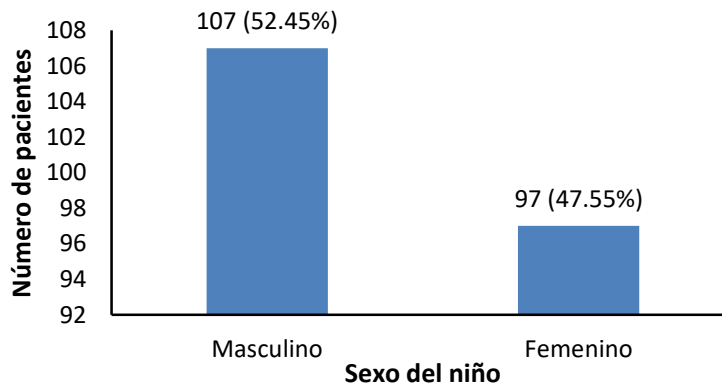
### Características Generales de la población

La media de edad de los niños fue de  $8.67 \pm 1.79$  años de entre las edades de 6 a 11 años con un rango de 5 años. La frecuencia por edad fue la siguiente: de 6 años del 17.16% (n=35), de 7 años del 13.24% (n=27), de 8 años del 16.18% (n=33), de 9 años del 15.20% (n=31), de 10 años del 14.71% (n=30) y de 11 años con el mayor porcentaje, con el 23.53% (n=48). Gráfica 1.



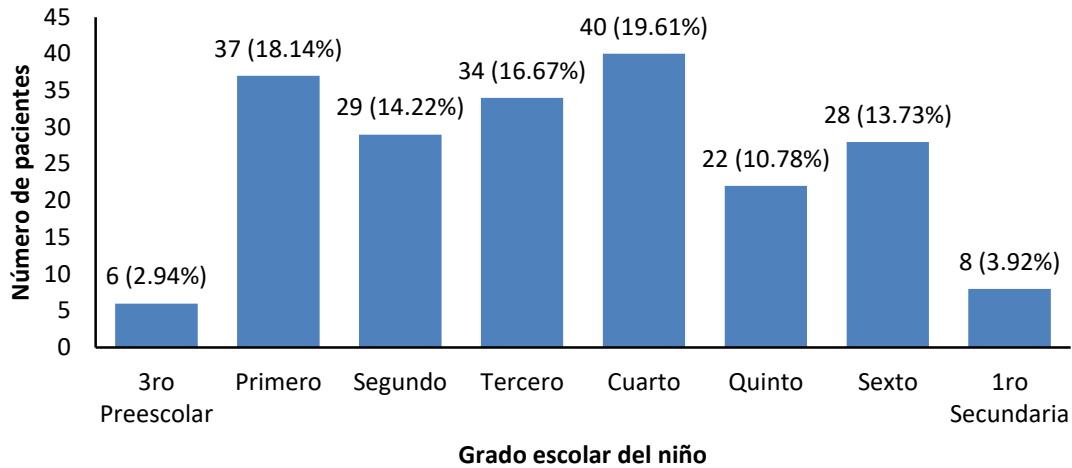
**Gráfica 1. Distribución del niño(a) por edad.**

De acuerdo con el sexo de los niños, 107 (52.45%) fueron del sexo masculino y 97 (47.55%) del sexo femenino. Gráfica 2.



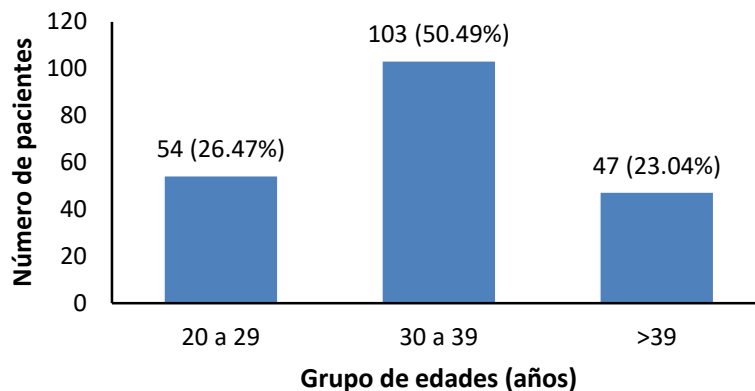
**Gráfica 2. Distribución del niño(a) por sexo.**

En cuanto a la escolaridad de los niños, 6 (2.94%) se encontraban en preescolar, 37 (18.14%) en primero de primaria, 29 (14.22%) en segundo, 34 (16.67%) tercero, 40 (19.61%) cuarto, 22 (10.78%) en quinto, 28 (13.73%) en sexto y 8 (3.92%) en primero de secundaria. Gráfica 3.



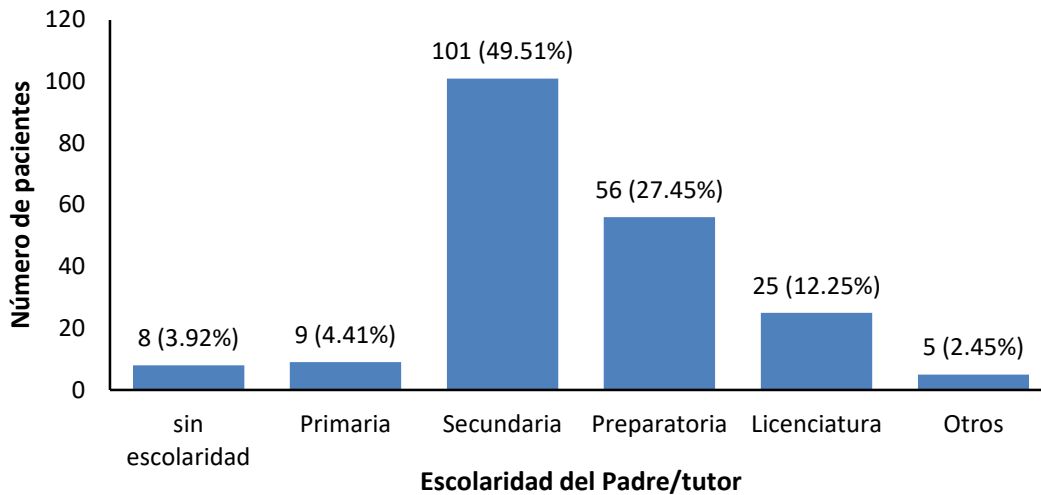
**Gráfica 3. Distribución del niño(a) por escolaridad.**

En el caso de los padres/tutores entrevistados, el promedio de edad fue de 34.48  $\pm$  7.33 años, entre las edades de 21 a 60 años, con rango de 39 años. La frecuencia por grupo de edad de los padres fue la siguiente: 20 a 29 años del 26.47% (n=54), de 30 a 39 años del 50.49% (n=103), y mayor de 39 años del 23.04% (n=47). Gráfica 4.



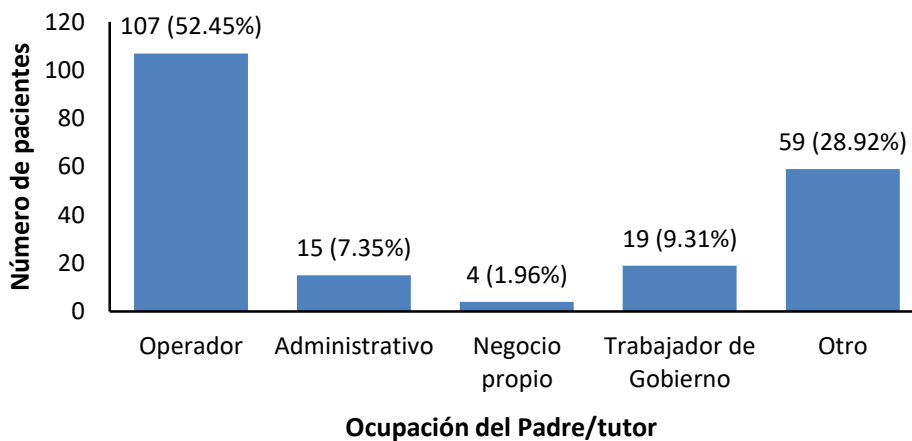
**Gráfica 4. Distribución de los padres/tutores por grupo de edad.**

De acuerdo a la escolaridad de los padres/tutores, 8 (3.92%) no tienen escolaridad, 9 (4.41%) tienen escolaridad primaria, 101 (49.51%) secundaria, 56 (27.45%) preparatoria, 25 (12.25%) licenciatura y 5 (2.45%) otros estudios. Gráfica 5.



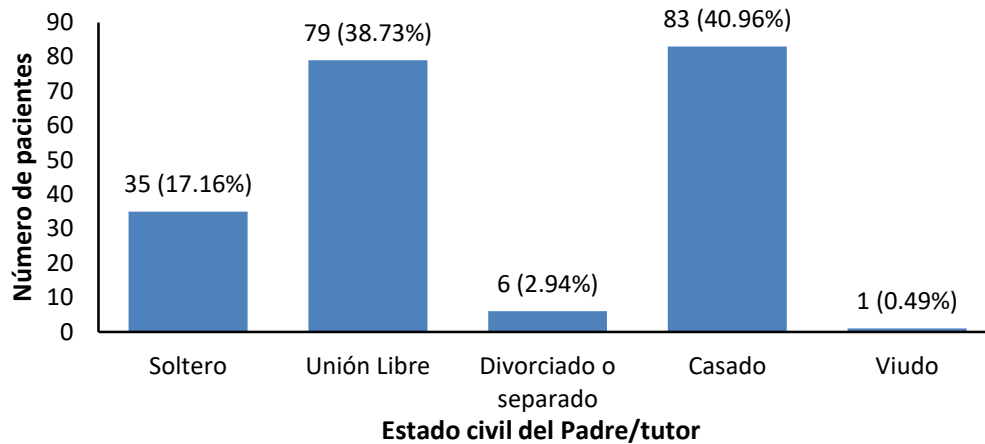
**Gráfica 5. Distribución de los padres/tutores por escolaridad.**

En cuanto a la ocupación de los padres/tutores, 107 (52.45%) fueron operadores, 15 (7.35%) administrativos, 4 (1.96%) contaban con negocio propio, 19 (9.31%) eran trabajadores de gobierno y 59 (28.92%) tenían otra ocupación. Gráfica 6.



**Gráfica 6. Distribución de los padres/tutores por ocupación.**

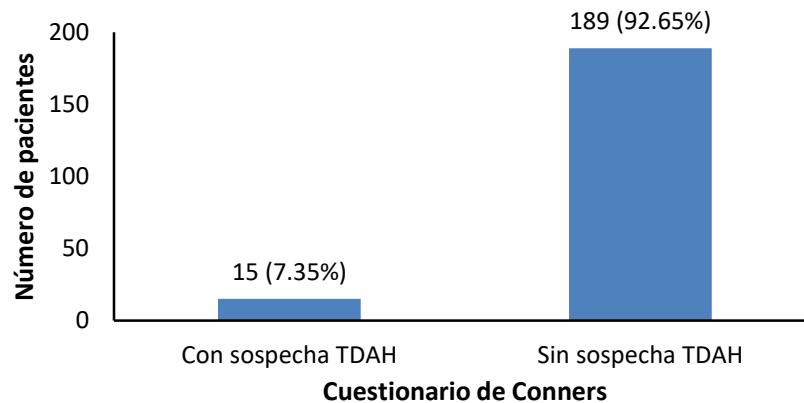
Con respecto al estado civil de los padres/tutores, 35 (17.16%) fueron solteros, 79 (38.73%) estaban en unión libre, 6 (2.94%) divorciados o separados, 83 (40.69%) se encontraban casados y 1 (0.49%) era viudo. Gráfica 7.



**Gráfica 7. Distribución por Estado civil del padre o tutor.**

### **Identificación de sospecha de TDAH en los niños por medio del Cuestionario de Conners.**

Respecto a la presencia o no de signos y síntomas relacionados con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad por medio de cuestionario de conducta de Conners aplicados a los padres o tutores, se observó que el 92.65% (n=189) se presentaron sin sospecha y el 7.35% (n=15) con sospecha. Gráfica 8.



**Gráfica 8. Distribución de sospecha según el Cuestionario de Conners.**

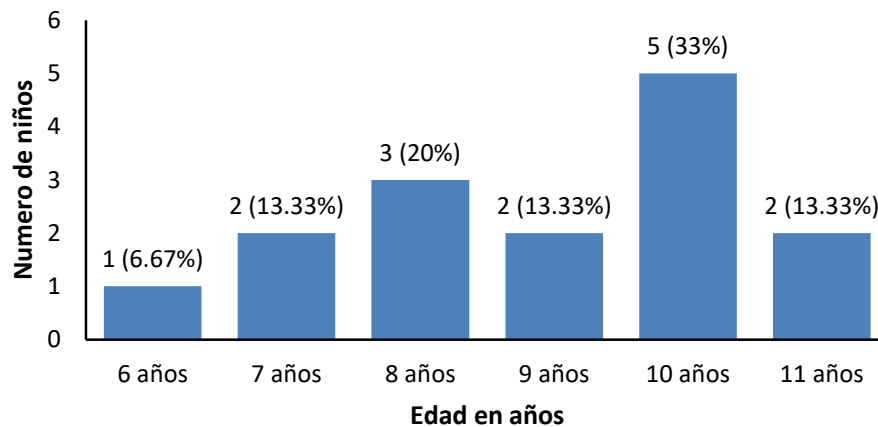
En los resultados sin sospecha del cuestionario de Conners predominaron los niños de 11 años edad y en los con sospecha para TDAH positivos los niños de 10 años de edad. Cuadro 1.

**Cuadro 1. Frecuencia de sospecha para TDAH de acuerdo a la edad.**

Edad del niño	Con sospecha	Sin sospecha
6 años	1	34
7 años	2	25
8 años	3	30
9 años	2	29
10 años	5	25
11 años	2	46

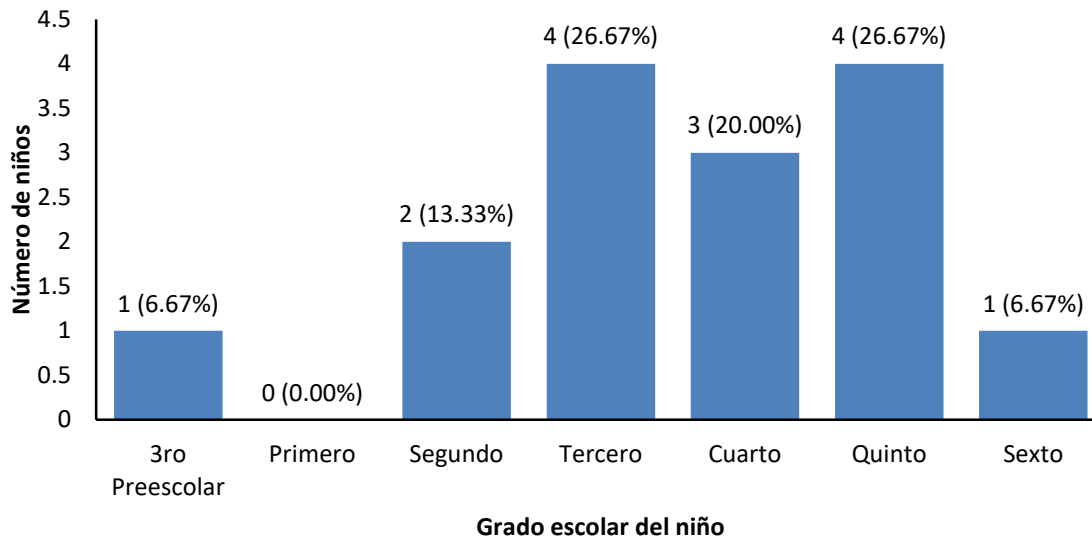
**Características de la población de sospecha para TDAH según el Cuestionario de conducta de Conners para padres.**

La población de niños con sospecha para TDAH de acuerdo al cuestionario de conducta de Conners fue de 15 niños, la media de edad fue de 8.93. La clase de 6 años fue la menor proporción (6.67%), seguida de las clases 7, 9 y 11 años con el el 13.33%. Las de mayor porcentaje fueron la clase de 8 años con el 20% y la clase de 9 años con el 33%. Gráfica 9.



**Gráfica 9. Distribución de Niños con sospecha de TDAH de acuerdo a la edad**

De acuerdo al grado escolar de los niños con sospecha de TDAH, se observó 1 (6.66%) en 3 grado de preescolar, 0 (0.00%) en primero, 2 (13.33%) en segundo, 4 (26.67%) en tercero, 3 (20.00%) en cuarto, 4 (26.67%) en quinto y 1 (6.67%) en sexto de primaria. Gráfica 10.



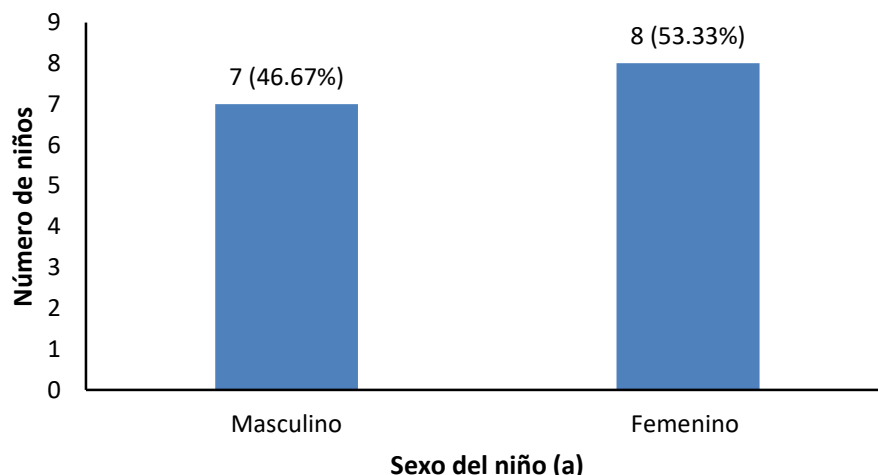
**Gráfica 10. Distribución de Niños con sospecha de TDAH, por grado escolar**

En los resultados del cuestionario de Conners por sexo de los niños, se observó que en el caso de los pacientes con sospecha predominaron los del sexo femenino y en los pacientes sin sospecha predominaron los del sexo masculino. Cuadro 2.

**Cuadro 2. Frecuencia de sospecha para TDAH de acuerdo al sexo.**

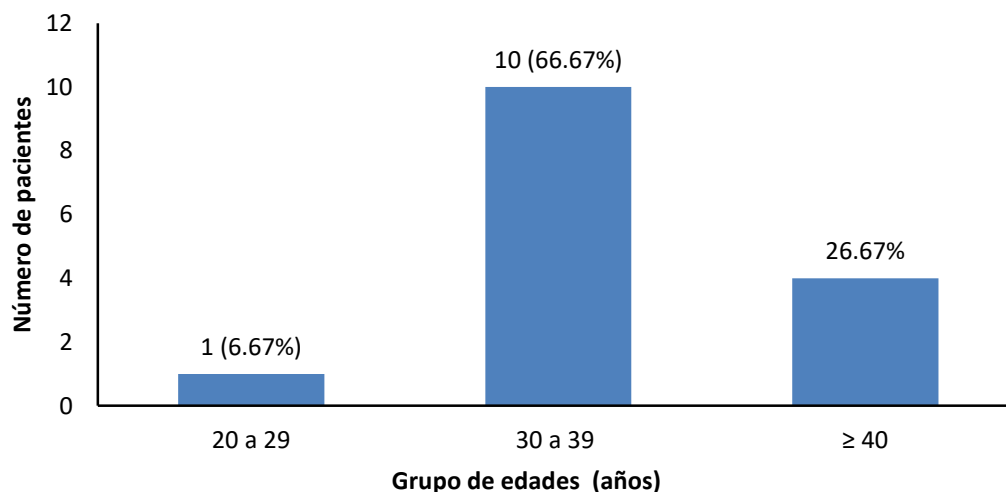
Edad del niño	Con sospecha	Sin sospecha
Masculino	7	100
Femenino	8	89

De los pacientes con sospecha, 7 (46.67%) fueron del sexo masculino y 8 (53.33%) del sexo femenino. Gráfica 11.



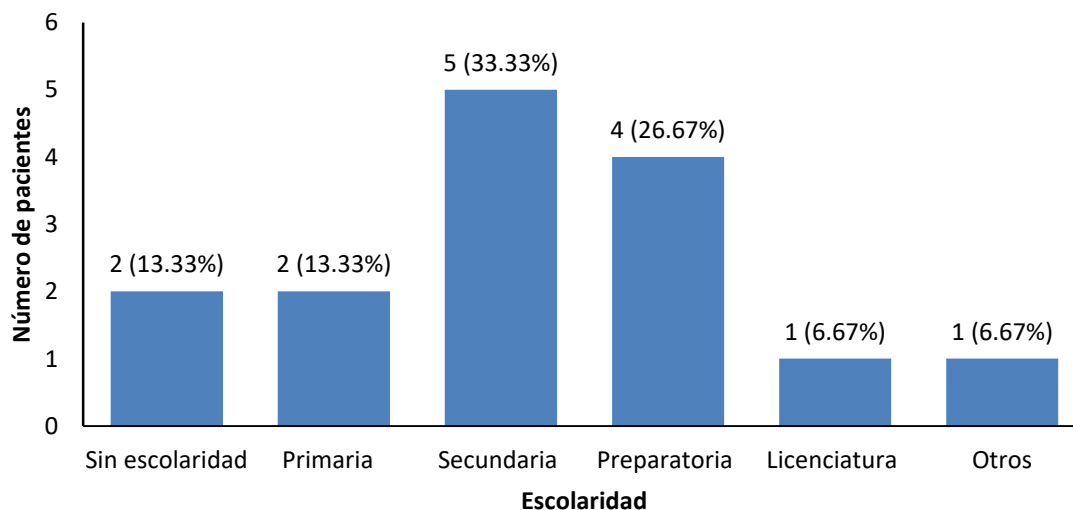
**Gráfica 11. Distribución de Niños con sospecha de TDAH, por sexo.**

Con respecto a grupo de edad de los padres o tutores se vio que los hijos con sospecha de TDAH, se encontraron 1 (6.67%) en el grupo de edad de 20 a 29 años, 10 (66.67%) en padres de 30 a 39 años y 4 (66.67%) con padres o tutores mayores de 40 años. Gráfica 12.



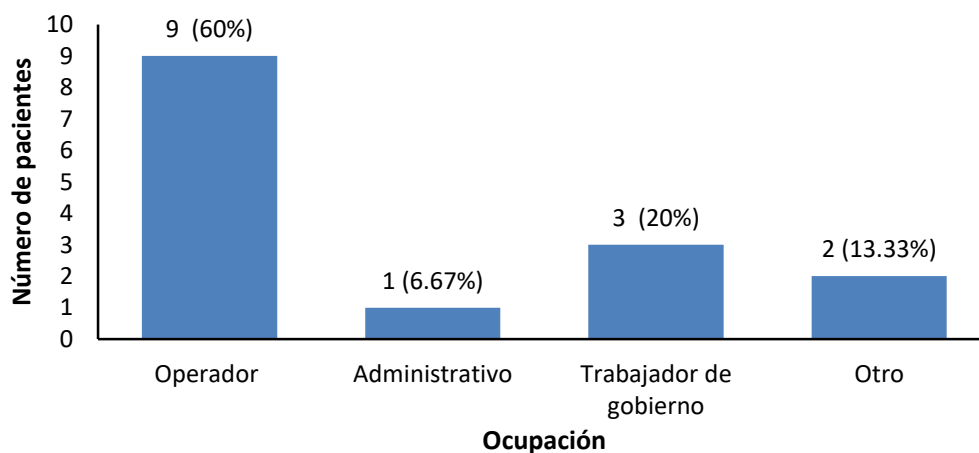
**Gráfica 12. Distribución con sospecha por grupo de edad del padre/tutor.**

En cuanto al grado escolar de los padres o tutores de los niños encuestados con sospecha para TDAH, 2 (13.33%) fueron sin escolaridad, 2 (13.33%) fueron con primaria, 5 (33.33%) con secundaria, 4 (26.67%) con preparatoria, 1 (6.67%) con licenciatura y 1 (6.67%) con otro tipo de estudios. Gráfica 13.



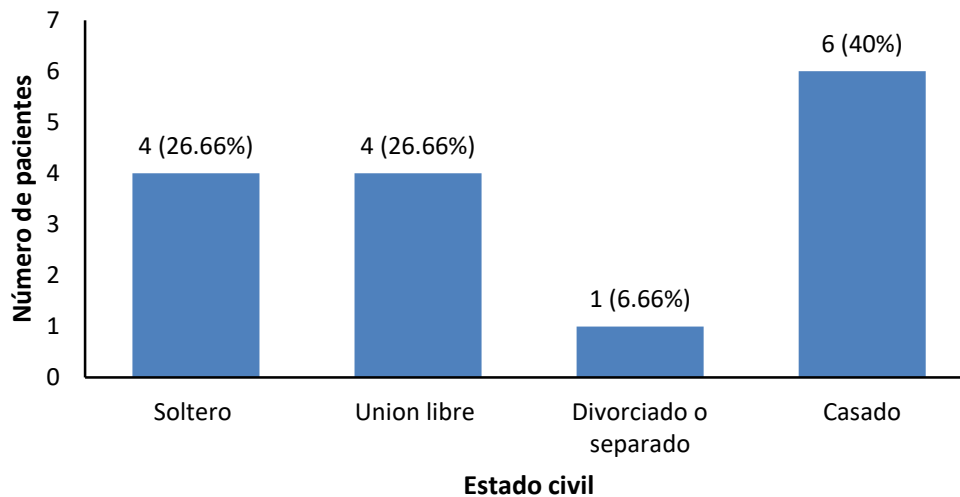
**Gráfica 13. Distribución con sospecha por escolaridad del padre/tutor.**

Los resultados de niños con sospecha de TDAH con relación a la ocupación de los padres o tutores fueron 9 (60%) con puestos de operador, 1 (6.66%) para administrativos, 3 (20%) trabajadores de gobierno y 2 (13.33%) otros empleos. Gráfica 14.



**Gráfica 14. Distribución con sospecha por ocupación del padre/tutor.**

Por ultimo, en relación con el estado civil de los padres o tutores de niños con sospecha de TDAH los resultados fueron 4 (26.66%) niños con padres solteros, 4 (26.66%) niños con padres con unión libre, 1 (6.66%) niño con padres divorciados o separados y 6 (40%) con padres casados. Gráfica 15.



**Gráfica 15. Distribución con sospecha por estado civil del padre/tutor.**

## 16. DISCUSIÓN

En la presente investigación se entrevistó a los padres, madres o tutores de un total de 204 niños entre 6 a 11 años de edad con la finalidad de detectar conductas de sospecha del trastorno de déficit de atención e hiperactividad, por medio del cuestionario de Conners para Padres, estimar la frecuencia en las que se presentan estas conductas en los niños, así como describir las características sociodemográficas del niño y del padre. Por ultimo identificar las características sociodemográficas de los niños con sospecha de TDAH según el sexo, la edad y el grado escolar, como en el caso de la escolaridad del padre.

Se observó una frecuencia de 7.35% (15 pacientes) de casos con sospecha de TDAH al aplicar el cuestionario para padres de Conners, lo que significa que los padres o tutores de estos niños identificaron conductas de falta de atención y de hiperactividad al responder el cuestionario, se encuentra en valores superiores a lo reportado en la literatura de acuerdo al DSM-5, en la que se reporta una prevalencia mundial del 5% en niños.<sup>28</sup>

Rodríguez, et al., en España, estima valores inferiores al de este estudio encontrando una prevalencia del 2.28% de una población de 4,747 en niños de 6 a 14 años,<sup>20</sup> al respecto, se debe considerar que la muestra utilizada consistió en la revisión de historias clínicas de niños adscritos al centro de salud en una zona urbana. El autor señala en su investigación que el resultado se considera bajo en relación a la media debido al nivel socioeconómico de la población, el cual se considera medio-alto.

Por otra parte, Marín et al., en España, encontró una prevalencia de 2.5 a 4% de una muestra de 1,426 niños, en este caso de edad preescolar (3 años a 6 años 11 meses), similar a la de otras ciudades de Europa.<sup>19</sup> El resultado fue menor al del estudio en cuestión con un porcentaje de 6.67% en alumnos inscritos en tercer grado de preescolar.

En cuanto a trabajos realizados en Latinoamérica, Llanos, et al., en Colombia, reportó valores muy superiores al de este estudio reportando una prevalencia 15%

(59) de una muestra de 383 en participantes de entre 6 a 17 años con una edad promedio de  $11 \pm 3$  años.<sup>22</sup> El alto porcentaje se debe a que se llevó a cabo en una institución educativa, y su herramienta utilizada fue aplicada directamente a niños con un rango de edades más altos.

En México, Barrios, et al., estima una prevalencia mayor de conductas compatibles con TDAH del 8.9% de una muestra de 4,399 alumnos en edad escolar primaria en Guadalajara utilizando un cuestionario basado en criterios del DSM-IV de similar al de esta investigación, además mostrando una frecuencia más cercana a la encontrada en el estudio.<sup>24</sup>

Al analizar la frecuencia de niños con criterios positivos para el diagnóstico de TDAH por grado escolar, en este estudio se encontró una tendencia a mostrar más casos del cuarto a sexto grado de primaria 53.34% (n=8), que del primero al tercer grado de primaria 40% (n=6). Diferente a Barrios, et al., que encontró valores más altos de primero a tercer grado de primaria con 242 casos (61.57%) que entre el cuarto y sexto grado con 151 casos (38.42%). Obteniendo mayor frecuencia en tercer grado 22.39% (n=88) y menor en el sexto grado 11.19% (n=44), mientras que en este estudio se presentó mayor frecuencia en el tercero y quinto grado ambas con 26.67% (n=4) y la menor en primer grado en la que no se encontró ningún caso.

Es importante tomar en cuenta que el estudio de Barrios fue realizado en escuelas primarias públicas en la ciudad de Guadalajara elegidas a conveniencia de la dirección general de educación primaria mientras que este estudio se realizó en un ámbito clínico con información brindadas por padres de familia. La información en la literatura muestra que los problemas de hiperactividad aparecen más temprano en el desarrollo, mientras que los problemas de inatención son de aparición tardía y tienden a permanecer en la adolescencia (American Psychiatric Association, 2013).

Cornejo-Escatell et al., reporta una prevalencia de 9.11% de una muestra de 8,630 escolares en Jalisco a los cuales se les aplico el Cuestionario de Conners

adaptado para Latinoamérica, se obtuvo una relación hombre:mujer (2:1), el 77.9% fueron varones y el 22.1% fueron mujeres, lo que difiere con la presente investigación, ya que los pacientes con sospecha fueron 46.6% (7) hombres y 53.3% (8) mujeres. La literatura reporta una relación de 2 varones por cada mujer diagnosticada con TDAH.<sup>28</sup> Sin embargo, en el estudio de los autores mencionados a los alumnos con resultado positivo se les invitó a consulta de neurología, donde además de confirmar el diagnóstico, se hizo una búsqueda intencionada de comorbilidades asociadas .

Pineda-Santos, et al., en Honduras reporto una prevalencia de 5.8% en 220 niños (6-12 años) de escuelas gubernamentales de San Pedro Sula en el 2016. La mitad de los padres de hijos con TDAH fueron casados (54), seguido por ser padres o madres solteras 24% (26), estar en unión libre 22% (23) y otro tipo de estado civil como divorciado o viuda 4%. Similar a los resultados obtenidos en este estudio en donde se encontró que el 40% (6) de los padres se encontraban casados, 26.66% (4) niños con padres solteros, 26.66% (4) niños con padres en unión libre y 6.66% (1) divorciados o separados.<sup>29</sup>

Por otra parte, Sunde HF et al., investigó la asociación entre niños con TDAH y su rendimiento académico, deterioro escolar de acuerdo al sexo y, la educación de los padres. Encontró que de los 344.152 niños incluidos, el 4.01% (n=13.800) fue diagnosticados con TDAH. La prevalencia fue más del doble entre niños (5,54%) que entre niñas (2,42%). De estos, la prevalencia más de tres veces mayor entre los hijos de padres que no habían completado la escuela secundaria (6,87 %) en comparación con los niños en los que al menos uno de los padres tenía una maestría o equivalente (1,91 %).<sup>30</sup>

En el presente estudio se observó una frecuencia del 33.33% (5) padres con secundaria terminada de niños con sospecha de TDAH, lo cual supera más del doble la proporción de padres sin escolaridad 13.33% (2) y escolaridad primaria 13.33% (2), y casi 5 veces a los niños sospechoso de padres con licenciatura terminada 6.67% (1). Debemos de considerar que el 49.15% (101) de nuestra población de estudio fueron padres con escolaridad secundaria.

Con escalas basadas en los criterios diagnósticos para evaluar TDAH, es posible identificar síntomas en la vida diaria del niño, las cuales se pueden emplear como herramientas de tamizaje. Es fundamental un diagnóstico temprano del trastorno para diseñar un plan de tratamiento que prevenga complicaciones futuras.

## **17. CONCLUSIONES**

En la población de estudio predominaron los niños del sexo masculino con el 52.45%; la media de edad fue 8.67 años; y la relación del sexo fue 1:1. En los padres/tutores el nivel de escolaridad más frecuente fue secundaria (49.51%), seguido de preparatoria (27.45%). La mayoría fueron operadores de ocupación (52.45%). Y 40.69% se encontraron casados, 38.73% en unión libre y solo el 17.16% solteros. Siendo en su mayoría familias de composición nuclear, de ocupación obrera, con estrato socioeconómico medio.

La frecuencia de riesgo total de TDAH en los niños se estimó en 7.35%, similar a la de publicaciones nacionales; sin embargo, difiere con las estadísticas internacionales. En estos el rango de edad fue más amplio. En cuanto a la prevalencia por género reportan mayor número de niños que de niñas, cabe mencionar que estos estudios utilizaron una muestra con más de 1000 participantes y además de cuestionarios, se realizaron entrevistas, pruebas psicológicas o valoraciones neuropsicológicas. No obstante, la diferencia entre la prevalencia (frecuencia) en México, no es tan amplia, 8.9% (Barrios et al.), y 9.11% (. Cornejo-Escatell et al.), como los otros estudios informan. Estos amplios valores de prevalencia resaltan la importancia de unificar las escalas y los criterios cuando se valora la prevalencia de los trastornos.

## **18. RECOMENDACIONES**

Los pacientes con TDAH presentan síntomas de gran impacto en el desarrollo del individuo e interfieren en su funcionamiento social, emocional y cognitivo, causando una importante morbilidad y disfunción no solo en el niño, sino también en las actividades escolares y en su propia familia. Es por esto que se considera importante identificar conductas en la vida diaria del niño mediante un tamizaje, para la valoración del trastorno y su diagnóstico oportuno.

Se recomienda el uso de herramientas de cribado para la valoración del TDAH, ya que son fáciles de realizar y pueden ayudar en las entrevistas clínicas. Como se puede observar, el uso de las escalas de Conners y otras escalas para evaluar TDAH pueden ser una ventaja para la detección.

## 19. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castells X, Blanco-Silvente L, Cunill R. Amphetamines for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;8(8):CD007813.
2. Verheul I, Rietdijk W, Block J, Franken I, Larsson H, Thurik R. The association between attention-deficit/hyperactivity (ADHD) symptoms and self-employment. *Eur J Epidemiol* 2016;31(8):793–801.
3. Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics* 2019;144(4):e20192528. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7067282/>
4. Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatr* 2018;5(2):175–186.
5. Wolraich ML, McKeown RE, Visser SN, Bard D, Cuffe S, Neas B, et al. The prevalence of ADHD: its diagnosis and treatment in four school districts across two states: Its diagnosis and treatment in four school districts across two states. *J Atten Disord* 2014;18(7):563–575.
6. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2013; 29(Supl 1). Lima. [citado diciembre 2021]. Disponible en: <http://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20asm%20-eesm%20-lm.pdf>
7. Palacios-Cruz L, Peña F de la, Valderrama A, Patiño R, Calle Portugal SP, Ulloa RE. Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Ment (Mex)* 2011;34(2):149–155.
8. Gallardo-Saavedra GA, Martínez-Wbaldo MC, Padrón-García AL. Prevalencia de TDAH en escolares mexicanos a través de un cribado con

- las escalas de Conners 3. Actas Esp Psiquiatr 2019;47(2):45–53. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-181339>
9. Rusca-Jordán F, Cortéz-Vergara C. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Rev Neuropsiquiatr 2020;83(3):148–156.
  10. Portela Sabari A, Carbonell Naranjo M, Hechavarría Torres M, Jacas García C. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: algunas consideraciones sobre su etiopatogenia y tratamiento. MEDISAN 2016;20(4):556–607.
  11. Guía Clínica Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. México: Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, 2018. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/452950/1.\\_Trastorno\\_por\\_D\\_ficit\\_de\\_Atenci\\_n\\_e\\_Hiperactividad\\_\\_TDAH\\_.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/452950/1._Trastorno_por_D_ficit_de_Atenci_n_e_Hiperactividad__TDAH_.pdf)
  12. Rodillo BE. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. Rev Med Clín Las Condes 2015;26(1):52–59.
  13. Francia-Vasconcelos A, Miguez-Ramírez M, Peñalver-Mildestein Y. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, algunas consideraciones en su diagnóstico y su tratamiento. Acta Médica del Centro [Internet]. 2018 [citado diciembre 2021];12(4):[aprox.10 p.]. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/899>
  14. Díaz Atienza J. Instrumentos de diagnóstico. [Internet]. [citado diciembre 2021]. Disponible en: <https://diazatienza.es/TDAH/Tema3.pdf>
  15. Manual para la aplicación, calificación e interpretación de la Escala de Conners para padres/maestros forma abreviada. Departamento de Educación Especial Estatal del Estado de Veracruz, 2019. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/363110677/Manual-Escala-Conner-pdf>
  16. Diagnóstico y tratamiento del trastorno en el Déficit de Atención e Hiperactividad en Niños y Adolescentes en Atención Primaria y Especializada. México. 2015. SSA-159-09.
  17. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las intervenciones terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

- (TDAH). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2017.
18. Scandar M, Bunge E. Tratamientos psicosociales y no farmacológicos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes. *Rev Argent Clin Psicol* 2017;26(2):210-219.
  19. Marín Méndez JJ, Álvarez Gómez MJ, Borra Ruiz MC, Vallejo Valdivielso M, Díez Suárez A, De Castro Manglano P, et al. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niños en edad preescolar. Prevalencia epidemiológica en Navarra y La Rioja, España. *Rev Neurol* 2018;66(S1):115-120.
  20. Rodríguez González CT, González Marcos MI, Arroba Basanta ML, Cabello Ballesteros L. Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de una localidad urbana. *Pediatr Aten Prim* 2017;19(76):311–320.
  21. Ramos C. Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes ecuatorianos. *Rev Cient Tecnol UPSE* 2015;3(1):13–19. Disponible en: [https://incyt.upse.edu.ec/ciencia/revistas//index.php/rctu/article/download/72/pdf\\_1/](https://incyt.upse.edu.ec/ciencia/revistas//index.php/rctu/article/download/72/pdf_1/)
  22. Llanos Lizcano LJ, García Ruiz DJ, González Torres HJ, Puentes Roza P. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Pediatr Aten Prim* 2019; 21: e101–e108.
  23. Wang T, Liu K, Li Z, Xu Y, Liu Y, Shi W, et al. Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in China: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatr* 2017;17(1). DOI: 10.1186/s12888-016-1187-9
  24. Barrios O, Matute E, Ramírez-Dueñas ML, Chamorro Y, Trejo S, Bolaños L. Características del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares mexicanos de acuerdo con la percepción de los padres. *Suma Psicol* 2016; 23:101-108.

25. Cornejo-Escatell E, Fajardo-Fregoso BF, López-Velázquez VM, Soto-Vargas J, Ceja-Moreno H. Prevalencia de déficit de atención e hiperactividad en escolares de la zona noreste de Jalisco, México. *Rev Med MD*. 2015;6.7(3):190–195.
26. Martínez-Jaime MM, Reyes-Morales H. Trayectoria de acceso al diagnóstico oportuno del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: una perspectiva del cuidador primario. *Salud Pública Mex* 2020;62(1):80–86.
27. Klein RG, Biederman J. ADHD long-term outcomes: Comorbidity, secondary conditions, and health risk behaviors [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention 2014 [citado diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/workshops/outcomes.html>
28. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
29. Pineda Santos M.A. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en las escuelas de San Pedro Sula, 2016. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula; 2016. Disponible en: <http://www.bvs.hn/TMVS/pdf/TMVS34/pdf/TMVS34.pdf>
30. Sunde HF, Kleppstø TH, Gustavson K, Nordmo M, Reme B-A, Torvik FA. The ADHD deficit in school performance across sex and parental education: A prospective sibling-comparison register study of 344,152 Norwegian adolescents. *JCPP Advances* [Internet]. 2022;2(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/jcv2.12064>

## 20. ANEXOS

### Anexo 1. Hoja de recolección de datos

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS			
No. Folio: _____		NSS: _____	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL NIÑO			
Edad: _____		Sexo: 1. Masculino ( ) Femenino ( )	
Grado escolar que cursa el niño:		1. Primero ( ) 2. Segundo ( ) 3. Tercero ( ) 4. Cuarto ( ) 5. Quinto ( ) 6. Sexto ( ) 7. No escolarizado ( )	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL NIÑO			
Escolaridad:	1.- Sin escolaridad 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.- Preparatoria 5.- Licenciatura 6.- Otros: _____	Ocupación:	1.- Operador 2.- Administrativo 3.- Negocio propio 4.- Trabajador de gobierno 5.- Otro: _____
Estado civil:	1.- Soltero (a) 2.- Unión libre 3.- Divorciado o separado (a) 4.- Casado (a) 5.- Viudo (a) 6.- Otro: _____		
CUESTIONARIO DE CONNERS PARA PADRES			
PUNTAJE			
Niños		Niñas	
>17 puntos (con sospecha)	( )	>12 puntos (con sospecha)	( )
≤17 puntos (sin sospecha)	( )	≤12 puntos (sin sospecha)	( )

## Anexo 2. Cuestionario de conducta de Conners para padres (Forma abreviada)

Folio del niño: _____	Fecha de nacimiento: _____
Edad: _____ Sexo : _____	NSS: _____
Nivel y Grado Escolar del Niño: _____	Escolaridad del Padre / Tutor: _____
Teléfono de los padres / Tutor: _____	
Fecha de aplicación: _____	Total: _____

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

### Instrucciones:


- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:
 

NADA =	0 PUNTOS
POCO =	1 PUNTOS
BASTANTE =	2 PUNTOS
MUCHO =	3 PUNTOS
- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.
- **Puntuación:**

Para los **NIÑOS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >17 es **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

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

## ANEXO 3. Carta de Consentimiento Informado

 <p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD</b>  <b>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b></p>	
<p><b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	Frecuencia de sospecha de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños de 6 a 11 años adscritos a la UMF Núm. 28 del IMSS en Mexicali
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar Núm.28, IMSS, Mexicali, Baja California, Marzo 2022
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno común, en los escolares, por lo que se pretende detectar el riesgo de presentar este trastorno en esta población. Con la finalidad de proporcionar una atención específica en caso de requerirlo, para evitar su cronicidad y con ello que mejorar el desempeño escolar y la calidad de vida del niño.
Procedimientos:	Si usted (padre o tutor) acepta participar en el estudio, se le realizarán algunas preguntas de tipo personal, y aspectos relacionados al comportamiento que usted observa en su hijo, para ello se le invitará a pasar al Aula de Enseñanza de la UMF 28, para que se sienta cómodo y con privacidad, el tiempo promedio del estudio es de 10 a 15 minutos aproximadamente.
Posibles riesgos y molestias:	No representa ningún riesgo para su salud o persona en este estudio
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se le dará Información sobre los trastornos de déficit de atención e hiperactividad que se pueden presentar en los niños. Si se detecta que su hijo (a) presenta síntomas relacionados con este trastorno, se enviará con su médico familiar para que valore si requiere ser enviado con el médico neurólogo pediatra/psiquiatra que es el especialista, o a servicios de apoyo del instituto como: trabajo social, psicología, etc.
Participación y retiro:	La participación en el estudio es voluntaria, es decir, es decisión si participa o no en el estudio. También es importante que se conozca que, si en un momento dado ya no se quiere continuar en el estudio, no habrá ningún problema.
Privacidad y confidencialidad:	Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no se informará a nadie tus respuestas o resultados sin que sea autorizado previamente, solo sabrán la información, las personas que forman parte del equipo de este estudio.
<p><b>Declaración de consentimiento:</b>          Después de haber leído y aclarado todas mis dudas acerca de este estudio:</p> <p><input type="checkbox"/> No acepto participar en el estudio</p> <p><input type="checkbox"/> Si acepto participar en el estudio.</p>	
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p>	
Investigador Responsable:	Dra. Raquel Solís Sánchez. Correo: raquelsolis@hotmail.com
Colaboradores:	Dr. Missael Castillo Núñez. Correo: missael-castillo@hotmail.com
	Dra. Graciela Josefina Contreras Reyes. correo: gracycontreras@hotmail.com
	Dr. Alberto Barreras Serrano, correo: abarreras@uabc.edu.mx
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a></p>	
<p>_____          Nombre y firma del sujeto          Testigo 1</p>	<p>_____          Nombre y forma de quien obtiene el consentimiento          Testigo 2</p>
<p>_____          Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____          Nombre, dirección, relación y firma          Clave: 2810-009-013</p>



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



## COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD No. 204

### PRESENTE:

Por medio me permito hacer de su conocimiento que estoy enterado de la propuesta de investigación titulada:

**“Frecuencia de sospecha de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños de 6 a 11 años adscritos a la UMF Núm. 28 del IMSS en Mexicali”**

Que, de ser aprobada, no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en la Unidad Médica Familiar Núm.28. Para lo cual se designa a la **Dra. Raquel Solís Sánchez** con matrícula 99028049 adscrito a la UMF Núm.28, como **Investigador responsable**. Estudio en el cual se aplicara un instrumento de evaluación llamado Cuestionario de Conners para Padres, que consiste en un total de 10 reactivos, aplicados al padre o tutor de niños de 6 a 11 años derechohabientes, que se encuentren en la unidad, previo consentimiento informado, por parte de los padres o tutores. Esta investigación nos ayudara para la identificación de conductas de sospecha de TDAH, permitiendo de esta manera su detección y atención en el primer nivel salud, así como su referencia a la consulta de pediatría para su diagnóstico y tratamiento oportuno.

En caso de ser aprobado el proyecto se le brindarán todas las facilidades para el desarrollo del mismo.



Sin más por el momento, quedo atento a comentarios o aclaraciones.

### AUTORIZÓ:

---

Dr. José Ramiro Herrera López  
Director de la UMF Núm. 28

## Anexo: Carta de Anuencia del Director de la UMF No. 28, Mexicali BC



**COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD No. 204**

**PRESENTE:**

Por medio me permito hacer de su conocimiento que estoy enterado de la propuesta de investigación titulada:


**“Frecuencia de sospecha de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños de 6 a 11 años adscritos a la UMF Núm. 28 del IMSS en Mexicali”**

Que, de ser aprobada, no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en la Unidad Médica Familiar Núm.28. Para lo cual se designa a la **Dra. Raquel Solís Sánchez** con matrícula 99028049 adscrito a la **UMF Núm. 28**, como **Investigador responsable**. Estudio en el cual se aplicara un instrumento de evaluación llamado Cuestionario de Connors para Padres, que consiste en un total de 10 reactivos, aplicados al padre o tutor de niños de 6 a 11 años derechohabientes, que se encuentren en la unidad, previo consentimiento informado, por parte de los padres o tutores. Esta investigación nos ayudara para la identificación de conductas de sospecha de TDAH, permitiendo de esta manera su detección y atención en el primer nivel salud, así como su referencia a la consulta de pediatría para su diagnóstico y tratamiento oportuno.


En caso de ser aprobado el proyecto se le brindarán todas las facilidades para el desarrollo del mismo.

Sin más por el momento, quedo atento a comentarios o aclaraciones.


AUTORIZO:



Dr. José Ramiro Herrera López  
Director de la UMF Núm. 28



**UMF NO. 28  
MEXICALI B.C.**



## CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACIÓN ESCRITA DEL EXAMEN DE GRADO

Mexicali, B. C. a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_\_.

Los abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del documento escrito denominado:

### FRECUENCIA DE SOSPECHA DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS ADSCRITOS A LA UMF No. 28 DEL IMSS EN MEXICALI.

Que para obtener el Diplomado de Especialidad en Medicina Familiar presenta:

Missael Castillo Núñez

Realizada la evaluación resolvimos: APROBADO

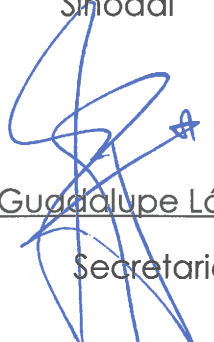
  
Dra. Dalia Guadalupe Kautzman López

Presidente

  
Dr. Alberto Barrios Serrano  
Sinodal

  
Dra. Raquel Solís Sánchez  
Sinodal

  
Dra. Vanessa Johanna Caro  
Sinodal

  
Dra. Graciela Guadalupe López López  
Secretario