



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN BAJA CALIFORNIA  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 27**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA  
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA  
COORDINACIÓN POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

## **PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

**RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN  
ADOLESCENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E  
HIPERACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27**

### **INVESTIGADOR PRINCIPAL**

Dra. María Guadalupe Velasco Valenzuela  
Médico Residente de Medicina Familiar

### **INVESTIGADOR RESPONSABLE**

Dr. Juan Luis Rendon Sánchez  
Médico Especialista en Medicina Familiar

### **INVESTIGADOR Y ASESOR TEMÁTICO**

Dra. Linda Crystal Vidal Solorzano  
Médico Especialista en Medicina Familiar

### **INVESTIGADOR COLABORADOR**

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando  
Médico Especialista en Medicina familiar

Tijuana, Baja California, diciembre 2022.

## ÍNDICE

	<b>Página</b>
Título	03
Identificación de investigadores	04
Resumen	06
Marco Teórico	07
Antecedentes	11
Justificación	13
Planteamiento del problema	14
Objetivos	
• Objetivo general	15
• Objetivos específicos	15
Hipótesis de trabajo	16
Material y métodos	
• Características del lugar donde se llevó a cabo el estudio	17
• Diseño y tipo de estudio	17
• Población de estudio	17
• Período de estudio	17
• Lugar de realización del estudio	17
• Universo de trabajo	17
• Criterios de selección	17
✓ Criterios de inclusión	18
✓ Criterios de exclusión	18
✓ Criterios de eliminación	18
• Tipo de muestreo	18
• Tamaño de la muestra	19
• Descripción general del estudio	21
• Definición de las variables y operacionalización	22
• Análisis estadístico	23
Aspectos éticos	23
Bioseguridad	25
Recursos: humanos, materiales y financieros	25
Resultados	26
Discusión	32
Conclusión	35
Referencias bibliográficas	36
Anexos	
• Cronograma	39
• Carta de consentimiento informado	40
• Carta de asentimiento informado	42
• Hoja de recolección de datos	43
• Auto reporte de ansiedad para adolescentes	44
• APGAR familiar	45
• Excepción de la carta de consentimiento informado	46

## **TÍTULO**

“Relación entre ansiedad y funcionalidad familiar en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la Unidad de Medicina Familiar No. 27”.

## **IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES**

### **María Guadalupe Velasco Valenzuela**

Médico Residente de Medicina Familiar y Tesista

UMF 27, Tijuana, BC. Instituto Mexicano del Seguro Social

Matricula: 98029618

Teléfono: 6682486685

Correo electrónico: lupvel\_19@outlook.com

### **Dr. Juan Luis Rendon Sánchez**

Médico Familiar e Investigador Responsable

HGO/UMF 07, Tijuana, BC. Instituto Mexicano del Seguro Social

Matricula: 98023827

Teléfono: 6642058355

Correo electrónico: juanluisrs@hotmail.com

### **Dra. Linda Crystal Vidal Solorzano**

Médico Familiar e Investigador

UMF 27, Tijuana, BC. Instituto Mexicano del Seguro Social

Matricula: 98020772

Teléfono: 6641231814

Correo electrónico: dralinda Vidal@gmail.com

### **Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando**

Médico Familiar e investigador y Asesor Temático

UMF 27, Tijuana, BC. Instituto Mexicano del Seguro Social

Matricula: 98020718

Teléfono: 6643298837

Correo electrónico: vanessa.bermudezv@imss.gob.mx

**Lugar donde se llevará a cabo:** Unidad de Medicina Familiar No. 27, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana, Baja California.

## RESUMEN

### “RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27”

Rendon-Sánchez JL<sup>1</sup>, Velasco-Valenzuela MG<sup>2</sup>, Vidal-Solorzano LC<sup>3</sup>,  
Bermúdez-Villalpando VI<sup>4</sup>

1. Médico especialista en Medicina Familiar, HGO/UMF No. 7, Delegación Baja California.
2. Médico Residente de segundo año de Medicina Familiar, UMF No. 27, Delegación Baja California. IMSS
3. IMSS Médico especialista en Medicina Familiar, UMF No. 27, Delegación Baja California. IMSS
4. Médico especialista en Medicina Familiar, Coordinación de educación e investigación en salud UMF No. 27, Delegación Baja California. IMSS

**INTRODUCCIÓN:** El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se asocia a mayor riesgo de comorbilidades, especialmente en la adolescencia. Una de las comorbilidades más frecuentes es la ansiedad. La ansiedad repercute en la respuesta a los tratamientos, funcionalidad familiar y adaptación social.

**OBJETIVO GENERAL:** Determinar la relación entre ansiedad y funcionalidad familiar en adolescentes con TDAH de la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, transversal, correlacional, prospectivo. Se llevó a cabo en adolescentes de 12-18 años de edad, con diagnóstico de TDAH o trastorno hiperactivo con déficit de atención, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social atendidos en la UMF No. 27, en Tijuana, Baja California. Se les aplicó la escala de Auto reporte de Ansiedad para Adolescentes para la ansiedad, la escala de APGAR familiar y un cuestionario para las características sociodemográficas. Se realizó estadística descriptiva; para variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes; para variables cuantitativas, medidas de tendencia central y dispersión. Se utilizó la prueba  $X^2$  para el análisis bivariado y correlación de Spearman para medir la asociación entre variable dependiente e independiente. Se consideró  $p < 0.05$  como significativa. Los datos obtenidos fueron analizados en el programa SPSS en su versión 26.

**RESULTADOS:** Participaron 21 adolescentes con TDAH, 4 eran del sexo femenino (19%) y 17 del sexo masculino (81%). El rango de edad más frecuente

fue de 12 a 14 años con 16 participantes (76.2%), 5 se encontraban entre los 15 a 18 años (23.8%). 4 cursaban el nivel primaria (19%), 13 el nivel secundaria (61.9%), 4 el nivel bachillerato (19%). Todos los participantes tenían como ocupación estudiante. De los 21 pacientes se identificó probabilidad de presentar ansiedad en 12 (57%) y 9 (43%) se encontraron sin ansiedad. No se encontraron asociaciones entre ansiedad y el sexo ( $p= 0.422$ ), ni entre ansiedad y edad ( $p=0.237$ ). Se determinó una correlación de  $-0.510$  ( $p=0.018$ ) entre ansiedad y funcionalidad familiar. Se encontró que la probabilidad de ansiedad predispone a presentar disfunción familiar severa ( $p=0.000$ ).

**CONCLUSIÓN:** Se demostró que en pacientes adolescentes con TDAH existe asociación entre ansiedad y funcionalidad familiar, motivo por el cual se debe considerar de importancia realizar diagnóstico oportuno de esta patología para su correspondiente manejo multidisciplinario.

**PALABRAS CLAVE:** Adolescencia, Ansiedad, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Funcionalidad familiar.

## MARCO TEÓRICO

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se asocia con una amplia gama de resultados negativos a lo largo de la vida del paciente, siendo los síntomas de ansiedad un comórbido frecuente<sup>(1)</sup>. La funcionalidad familiar se ve afectada negativamente en los adolescentes con ansiedad y a medida que aumenta la severidad de los síntomas, la calidad de vida de estos se ve disminuida<sup>(2)</sup>.

El TDAH es un problema de salud pública, siendo actualmente el trastorno neuropsiquiátrico infantil más frecuente. Esta oscilación tan marcada viene producida por una serie de factores: las distintas fuentes de información escogidas para realizar el diagnóstico, la necesidad de mostrar una alteración conductual en uno o más ámbitos, la metodología empleada y las diferencias étnicas y culturales del grupo estudiado<sup>(3)</sup>.

El DSM (del inglés *Diagnosics and Statistical Manual of Mental Disorders*) en su quinta edición (DSM-5) refiere que el TDAH presenta un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo. Lo clasifica con presentación combinada de inatención e hiperactividad-impulsividad, con presentación predominante con falta de atención o con presentación predominante hiperactividad-impulsividad<sup>(4)</sup>.

La comorbilidad en el TDAH es muy frecuente, hasta el punto de convertirse más en una norma que en una excepción, por lo que asiduamente se debe considerar y estudiar tanto en el momento de establecer el diagnóstico, como de cara al abordaje terapéutico y al seguimiento sistemático del trastorno, ya que puede estar presente hasta en un 85% de los pacientes con TDAH, con una mayor incidencia en líneas generales en varones y adolescentes no tratados, así como en las presentaciones de TDAH combinado e hiperactivo-impulsivo<sup>(5)</sup>.

Cuanto más tardío es el tratamiento, hay mayor riesgo de comorbilidad la cual modifica significativamente la evolución del trastorno, la expresividad clínica, el pronóstico y el abordaje terapéutico. Los trastornos que con más frecuencia están

asociados de forma comórbida al TDAH en niños y adolescentes son: trastornos específicos del aprendizaje, del desarrollo del habla, expresivos (pragmáticos), negativista desafiante, de ansiedad, de conducta, del estado del ánimo (depresión, trastorno bipolar), por tics, síndrome de Tourette, del espectro autista, obsesivo compulsivo, del desarrollo de la coordinación, del sueño y la alerta<sup>(5)</sup>.

De las patologías que frecuentemente encontramos como comorbilidad en el TDAH, los trastornos de ansiedad son prominentes entre la población adolescente que la padece. Si esta condición no es tratada adecuadamente, la ansiedad puede llegar a afectar de forma negativa las relaciones con compañeros, las habilidades sociales y la calidad de vida familiar, así como también puede exacerbar los síntomas del TDAH<sup>(6)</sup>.

El trastorno de ansiedad es una enfermedad que tiene como síntoma central ansiedad intensa, desproporcionada, persistente y que afecta en varias áreas la vida cotidiana de quien la padece, a tal grado que le dificulta o le incapacita para estudiar, trabajar, convivir con su familia o con sus amigos. Existen factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden predisponer al desarrollo de este trastorno. Los factores biológicos tienen que ver con la probable disfunción de diferentes sistemas de neurotransmisores, principalmente de dopamina y serotonina, los cuales regulan el estado de ánimo y el comportamiento<sup>(7)</sup>.

Existen varios tipos de ansiedad. Cada uno tiene características particulares. Las personas con trastorno de ansiedad generalizada tienen miedos o preocupaciones recurrentes como, por ejemplo, la salud o la situación económica, y con frecuencia tienen una sensación constante de que algo malo está por suceder. La causa de estos sentimientos intensos de ansiedad puede ser difícil de identificar. Sin embargo, los temores y preocupaciones son muy reales e impiden muchas veces que las personas se concentren en sus tareas diarias<sup>(8)</sup>.

Los síntomas como temor extremo, falta de aire, taquicardia, insomnio, náuseas, temblores y mareos son comunes en los trastornos de ansiedad. Aunque pueden producirse en cualquier momento, los trastornos de ansiedad surgen con frecuencia en la adolescencia o en el inicio de la adultez. Hay algunas evidencias

de que son hereditarios, aparentemente, los genes, así como las primeras experiencias de aprendizaje en las familias, hacen que algunas personas sean más propensas que otras a padecer estos trastornos<sup>(8)</sup>.

El trastorno de ansiedad social, también frecuente en la adolescencia, es el miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores<sup>(9)</sup>.

La organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como el periodo comprendido de los 10 a los 19 años. En este periodo de desarrollo humano, se presenta un constante crecimiento y cambios para la maduración física, sexual, psicológica y desarrollo de identidad. Se trata de un grupo etario vulnerable, que lo vuelve un grupo de atención prioritario, siendo un deber y obligación garantizar su derecho a la salud<sup>(10)</sup>. Los cambios en esta etapa se acompañan de cambios en las relaciones familiares. Los adolescentes quieren más independencia y más distancia social entre ellos y sus padres<sup>(11)</sup>.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Para determinar el grado de funcionalidad de una familia se emplea la comunicación, individualidad, toma de decisiones y reacción a los eventos críticos. La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas de sus integrantes, por ejemplo, problemas de conducta en los adolescentes. Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar<sup>(12)</sup>.

Existen diferentes escalas de evaluación para el trastorno de ansiedad, uno de ellos es la escala SCARED (del inglés Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders), la cual es una herramienta de tamizaje de los trastornos de ansiedad en los niños. La versión mexicana se tradujo, se adaptó y se estudió en una población de adolescentes: Auto reporte de Ansiedad para Adolescentes (AAA), en el Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, México<sup>(13)</sup>.

El análisis del constructo de la AAA arrojó los mismos 5 factores que la SCARED: somático/pánico, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia social y fobia escolar. Consta de 41 reactivos que se clasifica de 0 a 2 (0 para nunca, 1 algunas veces y 2 para siempre). El punto de corte establecido en población clínica es de 25 puntos (probabilidad de al menos 70% de presentar algún trastorno de ansiedad)<sup>(13)</sup>.

La escala APGAR familiar, fue desarrollada por el dr. Gabriel Smilkstein en 1978, es un instrumento autoadministrado, diseñado para obtener una evaluación rápida y sencilla de la funcionalidad familiar, siendo su uso válido y confiable en mayores de 15 años<sup>(14)</sup>. Sin embargo, al analizar las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez, en una población de adolescentes entre 11 y 18 años, los resultados indicaron que es una medida válida y confiable de la funcionalidad familiar<sup>(15)</sup>.

La escala APGAR familiar consta de 5 ítems, estos evalúan la adaptabilidad, cooperación o participación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutoria; escala tipo Likert donde 4 = siempre, 3 = casi siempre, 2 = algunas veces, 1 = casi nunca y 0 = nunca. La interpretación de los resultados es: buena de 18 a 20 puntos, disfunción familiar leve de 14 a 17 puntos, disfunción familiar moderada de 10 a 13 puntos y disfunción familiar severa  $\leq 9$  puntos<sup>(15)</sup>.

## ANTECEDENTES

Bélanger SA et al (2018) llevaron a cabo una revisión de diferentes artículos donde uno de ellos menciona que a nivel mundial el TDAH es la tercera causa más común de los desórdenes mentales, después de la depresión y la ansiedad, afectando un 3.4% de niños y jóvenes. Menciona que la prevalencia ha permanecido estable en las últimas 3 décadas excepto en Estados Unidos donde ha ido incrementando<sup>(16)</sup>.

Ghandour RM et al (2019) realizaron un análisis de National Survey of Children's Health del 2016 donde se reporta que la prevalencia de ansiedad en niños y adolescentes en Estados Unidos es de 7.1%<sup>(17)</sup>.

Mardomingo-Sanz MJ et al (2019) en su estudio realizado a adolescentes de 12-18 años con TDAH en Madrid, España (n=234) reportan una prevalencia del 19.2% de comorbilidad con trastorno de ansiedad<sup>(18)</sup>.

Melegari MG et al (2018) realizó un estudio con niños y adolescentes con TDAH en Roma (n= 600) encontrando que el 31.2% de los pacientes con edad entre los 11 y 17 años presentaban comorbilidad con ansiedad generalizada. Refiere una mayor incidencia en hombres tanto en niños como en adolescentes<sup>(19)</sup>.

Wang Y et al (2020) realizaron un estudio en adolescentes de 12 a 15 años de edad China (n=921), en el cual buscaron asociación entre funcionalidad familiar, autoestima y ansiedad, encontrando que existe relación positiva entre disfunción familiar y ansiedad con valor de  $p=0.04$ <sup>(20)</sup>.

Pi M et al (2018) realizaron un estudio en adolescentes de 13 a 19 años de edad con TDAH en Chile (n=61) encontrando que el 57% de ellos presentaban algún diagnóstico comórbido, siendo el trastorno de ansiedad el más frecuente para ambos sexos, en mujeres se presentó en un 29% y en hombres en un 13%<sup>(21)</sup>.

Vicente B et al (2016) en su estudio donde hacen una revisión de diferentes literaturas acerca de la prevalencia de diferentes enfermedades psiquiátricas, mencionan que de acuerdo a un estudio realizado en 1,558 niños y adolescentes

obtuvieron como resultado que en Chile los trastornos de ansiedad en la población de 12-18 años de edad se presentó en un 7.4%<sup>(22)</sup>.

Orahulio T et al (2020) en un estudio realizado en adolescentes de 14 a 17 años de edad en Lima (n=190) a quienes se les aplicó un instrumento para detectar sintomatología ansiosa, el 67% presentaban síntomas de ansiedad, de estos pacientes el 30% presentaba disfunción familiar moderada y el 25.7% una disfunción familiar severa<sup>(23)</sup>.

La Guía de Práctica Clínica diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes menciona que es la afección psiquiátrica más frecuente en niños, con prevalencia en México del 5% aproximadamente, persiste en la adolescencia y vida adulta en 60% de los pacientes. El 60% de los menores con TDAH presenta una comorbilidad, principalmente con trastornos afectivos, de ansiedad, tics, trastornos de conducta y trastornos del aprendizaje<sup>(24)</sup>.

Quiñonez-Tapia F et al (2015) realizaron un estudio donde evaluaron la ansiedad en adolescentes de bachillerato del norte de Jalisco (n=331) encontrando que el 34.1% de los adolescentes presentaron ansiedad, siendo mayor la incidencia en mujeres que en hombres<sup>(25)</sup>.

Marín-Ramírez AH et al (2015) en su estudio determinaron la prevalencia de trastornos de ansiedad con adolescentes de 12 a 18 años de edad de Yucatán (n=306) encontrándose ansiedad social en un 15.4% de los adolescentes, de estos un 64% fueron mujeres y un 36% fueron hombres<sup>(26)</sup>.

## **JUSTIFICACIÓN**

La adolescencia es una etapa de muchos cambios físicos, psicológicos y sociales, llegar a esta etapa con buena salud mental es crucial para sobrellevarlos de forma adecuada.

Los adolescentes con TDAH de acuerdo a lo descrito en diferentes estudios tienen mayor riesgo de presentar alguna comorbilidad, siendo una de las más frecuentes los trastornos de ansiedad, estos agravan la clínica del TDAH, trae consecuencias en el tratamiento, la funcionalidad familiar y adaptación social, siendo esto de gran importancia durante la adolescencia debido a que es una etapa donde el individuo define su propia identidad.

De no detectarse y tratarse de forma oportuna la ansiedad se aumenta el riesgo de presentar una disfunción familiar que puede ser desde leve hasta severa, por tanto, es importante detectar de forma temprana estos trastornos, para poder brindar la terapia adecuada y de esta manera reducir el riesgo de que se presente disfunción en la familia.

No obstante, no existen suficientes estudios en México que hablen de la prevalencia entre TDAH y ansiedad, por otra parte, a pesar de existir estudios que demuestran que los pacientes con ansiedad presentan diferentes grados de disfunción familiar, no hemos encontrado estudios realizados en nuestro país donde se busque si la ansiedad se encuentra relacionada con disfuncionalidad familiar. La importancia de este estudio parte primero de conocer la prevalencia de pacientes con TDAH que presenten ansiedad, para posteriormente evaluar el grado de funcionalidad familiar de esta población, en un intento de que éste estudio dé pauta para buscar la forma de ofrecer el tratamiento médico y apoyo psicológico necesario a estos pacientes.

Este estudio es factible ya que se cuenta con los recursos humanos, financieros y con el universo de trabajo, siendo de beneficio para los adolescentes con TDAH en comorbilidad con ansiedad que acuden a nuestra unidad ya que serán derivados oportunamente al servicio correspondiente para manejo oportuno.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En todo el mundo, se estima que entre el 10% y el 20% de los adolescentes experimentan trastornos mentales, pero estos no se diagnostican ni se tratan adecuadamente. Los trastornos emocionales surgen habitualmente durante la adolescencia. A nivel mundial la ansiedad es la novena causa principal entre los adolescentes de 15 a 19 años de edad, y la sexta para los de 10 a 14 años de edad<sup>(27)</sup>.

Los niños con TDAH que presentan como comorbilidad ansiedad, tienen más temores escolares, pobres habilidades sociales y mayor gravedad de los síntomas comparado con los pacientes con TDAH sin ansiedad<sup>(16)</sup>.

En los adolescentes con TDAH que presentan alguna comorbilidad como la ansiedad se observa disfuncionalidad familiar, deserción escolar, agresión, problemas de conducta, delincuencia, abuso y experimentación con sustancias en edades tempranas<sup>(13)</sup>.

El TDAH persiste en la adultez y la comorbilidad con ansiedad permanece alta en este grupo etario, donde se observan dificultades para las relaciones sociales, problemas maritales y laborales<sup>(13)</sup>.

Ante tal situación nos formulamos la siguiente pregunta:

**¿Existe relación entre ansiedad y funcionalidad familiar en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la Unidad de Medicina**

**Familiar No. 27?**

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

- Determinar la relación entre ansiedad y funcionalidad familiar en adolescentes de 12 a 18 años de edad con TDAH de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana, Baja California.

### **Objetivos específicos:**

- Detectar los casos de ansiedad en los pacientes con TDAH de 12 a 18 años de edad adscritos a la UMF No. 27, mediante la escala de Auto reporte de Ansiedad para Adolescentes.
- Identificar el grado de funcionalidad familiar en los pacientes con TDAH de 12 a 18 años de edad adscritos a la UMF No. 27 con y sin ansiedad como comorbilidad, mediante la escala de APGAR familiar.
- Conocer los datos sociodemográficos como edad, sexo, ocupación y escolaridad de los pacientes.

## **HIPÓTESIS DE TRABAJO**

### **Hipótesis de trabajo (Hi):**

- Existe una relación positiva entre la funcionalidad familiar y la ansiedad como comorbilidad en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

### **Hipótesis nula (H0):**

- Existe una relación negativa entre la funcionalidad familiar y la ansiedad como comorbilidad en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

## **MATERIAL Y METODOS**

### **Características del lugar donde se llevó a cabo el estudio:**

El estudio de investigación se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 en la ciudad de Tijuana, Baja California, unidad urbana de primer nivel de atención. Boulevard Gustavo Díaz Ordaz S/N, KM 11.5 Carretera Antigua a Tecate, Col. La Mesa Tijuana, B.C. Cuenta con rutas de transporte urbano, automóvil, bicicleta o cualquier medio de transporte terrestre.

### **Diseño y tipo de estudio:**

- a) **Diseño y tipo de estudio:** Observacional, Correlacional, Transversal, Prospectivo.
- b) **Tipo de investigación:** Clínica.
- c) **Población de estudio:** Adolescentes de 12-18 años de edad, derechohabientes del IMSS con diagnóstico de TDAH que acudan a la UMF No. 27, de Tijuana, Baja California.
- d) **Periodo de estudio:** Junio 2022 – Diciembre 2022.
- e) **Lugar de realización del estudio:** UMF No. 27 del IMSS de Tijuana, Baja California.

### **Universo de trabajo:**

Adolescentes de 12-18 años de edad, derechohabientes del IMSS con diagnóstico de TDAH que acudan a la UMF No. 27, de Tijuana, Baja California.

### **Criterios de selección:**

- **Criterios de inclusión:**
  - ✓ Adolescentes de 12-18 años de edad, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que acudan a la Unidad de Medicina Familiar No. 27, de Tijuana, Baja California.

- ✓ Tener diagnóstico por el servicio de psiquiatría o neurología de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad o trastorno hiperactivo con déficit de atención.
- ✓ Que acepten participar en el estudio.
- ✓ Que realicen asentimiento informado con padres o tutores que firmen consentimiento informado.
- **Criterios de exclusión:**
  - ✓ Presentar alguna comorbilidad psiquiátrica ya diagnosticada y tratada (trastorno de la conducta, ansiedad, síndrome de Tourette, autismo, depresión).
  - ✓ Presentar alguna patología neurológica o condición que impida la comprensión de los instrumentos de evaluación.
- **Criterios de eliminación:**
  - ✓ No contestar completamente los instrumentos de evaluación.

**Variables:**

**Variable dependiente:**

- Funcionalidad familiar.

**Variables independientes:**

- Ansiedad.
- **Sociodemográficas:** Edad, sexo, escolaridad y ocupación.

**Tamaño de la muestra:** Censo. Se obtuvo de los expedientes de archivo clínico de pacientes con diagnóstico de TDAH con edad entre 12 y 18 años de edad.

**Tipo de muestreo:** No probabilístico, por conveniencia.

## **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

Se pidió la evaluación del Comité Médico Local de Investigación para su aprobación y se solicitó autorización al Director de la Unidad Médica para su desarrollo operativo. Se llevó a cabo un estudio observacional, correlacional, transversal, prospectivo, que se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 27, del Instituto Mexicano del Seguro Social, localizada en la Ciudad de Tijuana, Baja California, en el periodo de 25 de mayo del 2022 al 01 de diciembre del 2022.

El residente tesista realizó un censo el cual se recabó de archivo clínico de la UMF No. 27, para determinar el número de adolescentes de 12 a 18 años de edad, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que cuenten con el diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Estos pacientes fueron captados el día que acudieron a su consulta de control mensual en la UMF No. 27 del 01 de noviembre del 2022 al 30 de noviembre del 2022, periodo en el cual se llevó a cabo la recolección de datos.

El residente tesista les invitó a los pacientes a participar en el estudio de manera voluntaria y anónima, en caso de aceptar, se invitó a pasar de manera voluntaria a los pacientes y a su tutor, a uno de los módulos de medicina preventiva que se encontró disponible, para propiciar un ambiente agradable a los participantes, se otorgó un bolígrafo y se pidió a los adolescentes menores de 18 años firmaran un asentimiento informado, a los padres o tutores se solicitó firmar un consentimiento informado. En estos documentos se describían las principales características del estudio, así como los beneficios y riesgos de su participación. Se excluyeron aquellos pacientes con alguna patología neurológica o cualquier condición que les impidiera comprender los instrumentos de evaluación; aquellos pacientes que no llenaron completamente dichos instrumentos fueron eliminados.

Una vez que el paciente aceptó participar en el estudio y se firmaron los documentos previamente descritos, el residente tesista pidió a los participantes contestar una hoja de recolección de datos la cual consistió en preguntas que permitieron recabar los datos sociodemográficos con la finalidad de conocer las

principales características de los participantes, dándoles un tiempo de 5 minutos para el llenado de este documento.

Posteriormente, el residente tesista aplicó el instrumento Auto reporte de Ansiedad para Adolescentes (AAA), esta es una escala heteroaplicada que reporta 5 factores: somático/pánico, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia social y fobia escolar. Consta de un total de 41 reactivos con respuestas en escala tipo Likert, el entrevistador puntúa de 0 a 2 (0 = nunca, 1 = algunas veces y 2 = siempre). La escala cuenta con un alfa de Cronbach de 0.90. El punto de corte establecido en población clínica es de 25 puntos que nos refiere una probabilidad de al menos 70% de presentar algún trastorno de ansiedad.

Enseguida el residente tesista aplicó la escala APGAR familiar, esta escala es autoaplicada, evalúan la adaptabilidad, cooperación o participación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutoria. Este instrumento tiene un alfa de Cronbach de 0.785. Consta de 5 preguntas, construidas en una escala tipo Likert de 5 alternativas, con puntuación entre 0 y 4 (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = algunas veces, 3 = casi siempre, 4 = siempre). La interpretación de los resultados es: funcionalidad buena de 18 a 20 puntos, disfunción familiar leve de 14 a 17 puntos, disfunción familiar moderada de 10 a 13 puntos y disfunción familiar severa  $\leq 9$  puntos.

Una vez llenadas ambas encuestas, se recolectaron los archivos requisitados, después se evaluaron los resultados de la AAA y el APGAR familiar, se les informó acerca de dichos resultados a los padres o tutores explicándole los datos de alarma, así como el seguimiento que tendría el paciente. Por último, se agradeció su participación y se guió al participante y a sus padres o tutores a la salida.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

### Variable dependiente

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Funcionalidad familiar	Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	Se determinó utilizando como instrumento el APGAR familiar. Interpretación de resultados: funcionalidad buena de 18 a 20 puntos, disfunción familiar leve de 14 a 17 puntos, disfunción familiar moderada de 10 a 13 puntos y disfunción familiar severa $\leq 9$ puntos	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Funcionalidad buena</li> <li>2. Disfunción familiar leve</li> <li>3. Disfunción familiar moderada</li> <li>4. Disfunción familiar severa</li> </ol>

### Variable independiente

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Ansiedad	Enfermedad que tiene como síntoma central una ansiedad intensa, desproporcionada, persistente y que afecta en varias áreas la vida cotidiana de quien la padece, a tal grado que le dificulta o le incapacita para estudiar, trabajar, convivir con su familia o con sus amigos.	Se determinó con una puntuación $\geq 25$ en el Auto reporte de Ansiedad para Adolescentes.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <math>\geq 25</math>: 70% de probabilidad de presentar algún trastorno de ansiedad.</li> <li>2. <math>&lt; 25</math>: Sin probabilidad de presentar algún trastorno de ansiedad.</li> </ol>
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Número de años transcurridos desde el nacimiento del participante hasta la fecha del estudio, medida mediante 2 ítems de la recolección de datos.	Cuantitativa Discreta	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 12-14 años</li> <li>2. 15-18 años</li> </ol>
Sexo	Condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino.	Se definió de acuerdo a las características fenotípicas del paciente en el momento de la recolección de datos.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Femenino</li> <li>2. Masculino</li> </ol>
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Nivel académico en el que se encuentre el paciente al momento de la recolección de datos, teniendo 6 opciones como posibles respuestas.	Cualitativa Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primaria</li> <li>2. Secundaria</li> <li>3. Bachillerato</li> <li>4. Técnica</li> <li>5. Universidad</li> <li>6. Ninguna</li> </ol>
Ocupación	Acción y efecto de ocupar u ocuparse. Trabajo, empleo, oficio.	Actividad realizada por el paciente al momento de la recolección de los datos, quien tendrá 4 opciones como respuesta.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estudiante</li> <li>2. Empleado (a)</li> <li>3. Estudiante y empleado (a)</li> <li>4. Sin ocupación</li> </ol>

## **ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva; medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas y porcentajes para las variables cualitativas. Estadística no paramétrica con prueba  $X^2$  para análisis bivariado y coeficiente de correlación de Spearman para medir la asociación entre la variable dependiente e independiente. Fueron significativas diferencias con  $p < 0.05$ . Los datos se integraron a las hojas de recolección de datos y se procesarán con el programa estadístico SPSS versión 26 en español. Los resultados se presentaron por medio de tablas y gráficas.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Se pidió la aprobación del estudio por el Comité local de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social y autorización del director de la Unidad de Medicina Familiar.

La ética de esta investigación respeta de forma primordial los lineamientos de la Declaración de Helsinki de 1964, modificada por la Asamblea de Brasil en 2013, tomando como principio básico el Artículo 8 que se basa en el respeto por el individuo, su derecho de autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) tal como se menciona en los Artículos 20, 21 y 22, incluyendo la participación en la investigación, así como el lineamiento del Comité de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Mi deber como investigador es solamente hacia el paciente tal como se norma en el Artículo 2, 3 y 10; el cual participará en mi investigación de manera voluntaria y sin presión o chantaje de ningún tipo como lo estipula el artículo 16 y 18, siempre y cuando exista la necesidad de llevar a cabo una investigación como se garantiza en el artículo 6, el bienestar del paciente debe estar siempre por encima de los intereses científicos o sociales según lo dictado en el artículo 5, y por último se respetará el artículo 9 donde se comenta que las consideraciones éticas deben tomarse de acuerdo a las leyes y regulaciones.

En base al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el cual considera los estudios de investigación con riesgo mínimo a: “estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, etc.” Se clasifica el presente estudio como investigación de riesgo mínimo, ya que se trabajará con cuestionarios para realizar tamizaje de ansiedad y evaluar el grado de funcionalidad familiar.

Los documentos que conforman la base de datos fueron manejados en forma confidencial y únicamente los investigadores tuvieron acceso a ellos, el

investigador principal fue el encargado de la recolección de datos, así como del resguardo de los mismos.

Dado que se aplicaron encuestas y se manejaron datos personales, fue necesario solicitar una carta de consentimiento informado y asentimiento informado del Médico residente (anexo 2 y 3), en la cual se incluyó fecha y nombre de quien lo solicitó, así como los beneficios de su participación, los cuales consistirán durante su etapa de adolescencia en mejorar las relaciones familiares, presentar mayores habilidades social, mejorar el rendimiento académico, reducir el riesgo de ser participe en actos de delincuencia o de experimentar con sustancias ilícitas. También tendrá beneficios en su vida adulta ya que podrá mantener relaciones conyugales, paterno-filiales y laborales más estables.

## **BIOSEGURIDAD**

El presente protocolo no realizó pruebas, ni muestras que comprometan la seguridad del paciente.

## **RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS**

El presente estudio tuvo factibilidad óptima tanto operativa, técnica y económica ya que se cuenta con la estructura, recursos humanos, financieros y con el universo de trabajo para su realización.

### **Recursos humanos:**

- Dr. Juan Luis Rendon Sánchez. Investigador responsable de asesorar la elaboración de este protocolo, recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción de escrito final.
- Dra. María Guadalupe Velasco Valenzuela. Investigador principal, quien realizará el protocolo, recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción de escrito final.
- Dra. Linda Crystal Vidal Solorzano. Investigador colaborador, responsable de asesorar y vigilar la elaboración del protocolo como asesor temático.
- Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando. Investigador colaborador, responsable de asesorar la elaboración del protocolo y vigilar la elaboración del protocolo como asesor colaborador.

### **Materiales:**

Módulo de medicina preventiva de la UMF No. 27 para aplicación de cuestionarios.

Formatos de recolección de la información: Copias de encuestas, copias de hoja de recolección de datos, copias de carta de consentimiento informado.

Papelería: Computadora personal, Impresora, programa estadístico SPSS 20, hojas blancas (2 resmas de hojas tamaño carta) y copias.

### **Recursos financieros:**

Fueron provistos por el investigador principal.

## RESULTADOS

Se realizó un estudio observacional en el periodo comprendido del 01 de noviembre del 2022 al 10 de diciembre del 2022, se incluyó un total de 21 adolescente de 12 a 18 años de edad con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

### Características sociodemográficas:

Del total de los participantes, 4 eran del sexo femenino (19%) y 17 del sexo masculino (81%). El rango de edad que se presentó con mayor frecuencia fue de 12-14 años con 16 participantes (76.2%), solo 5 se encontraban en el rango de 15-18 años (23.8%). En cuanto a su escolaridad 4 cursaban el nivel primaria (19%), 13 el nivel secundaria (61.9%), 4 el nivel bachillerato (19%), no se encontraron pacientes cursando el nivel universitario. El 100% de los participantes tenían como ocupación estudiante (Tabla 1).

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes de 12 a 18 años de edad con TDAH.**

Característica sociodemográfica		Frecuencia (%)
<b>Sexo</b>	Femenino	4 (19)
	Masculino	17 (81)
<b>Edad</b>	12-14 años	16 (57.1)
	15-18 años	5 (23.8)
<b>Escolaridad</b>	Primaria	4 (19)
	Secundaria	13 (61.9)
	Bachillerato	4 (19)
	Universidad	0
<b>Ocupación</b>	Estudiante	21 (100)

Muestra la frecuencias y porcentajes con la cual se presentaron las diferentes características sociodemográficas obtenidas predominando el sexo masculino, el rango de edad de 12 a 14 años, el nivel de escolaridad secundaria y siendo estudiante la ocupación de todos los participantes.

### **Ansiedad y funcionalidad familiar:**

De los 21 adolescentes con TDAH que formaron parte del estudio, se encontró que 12 (57%) de ellos tienen probabilidad de presentar algún tipo de ansiedad y 9 (43%) de ellos no (Figura 1).

#### **Porcentaje de presentar como resultado probabilidad de ansiedad y sin ansiedad en adolescentes de 12 a 18 años de con TDAH.**

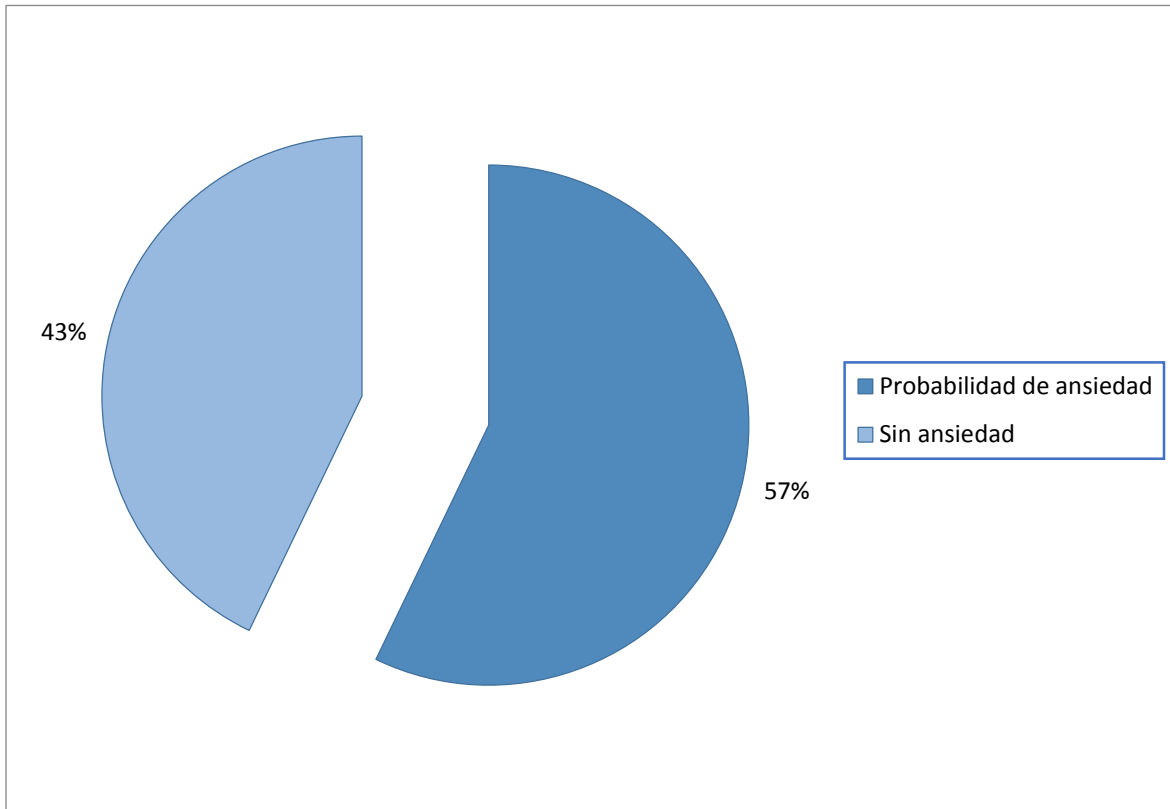


Figura 1. Muestra el porcentaje con el cual se presentó probabilidad de ansiedad y sin ansiedad en la población estudiada, encontrándose que el 57% de los participantes presentan probabilidad de ansiedad.

Se encontró que de los 12 adolescentes con probabilidad de ansiedad, 3 eran del sexo femenino (25%) y 9 del sexo masculino (75%), de los 9 adolescentes sin ansiedad se observó que 1 era del sexo femenino (11.11%) y 8 del sexo masculino (88.88%) (Figura 2). No se encontró relación entre probabilidad de ansiedad y el sexo, con valor de  $p=0.422$ .

**Frecuencia de resultado de probabilidad de ansiedad y sin ansiedad en adolescentes de 12 a 18 años con TDAH por sexo.**

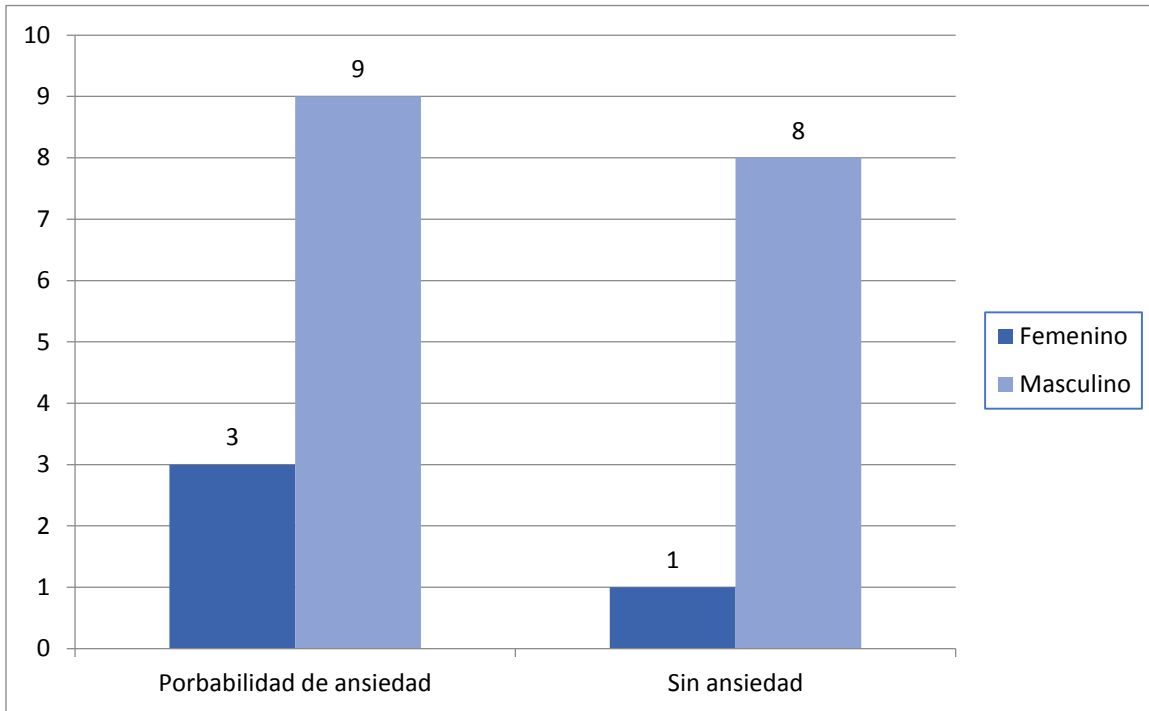


Figura 2. Muestra la frecuencia con la cual se presentaron los resultados de probabilidad de ansiedad y sin ansiedad en la población estudiada de acuerdo al sexo, encontrándose con mayor frecuencia en el sexo masculino.

De los 12 adolescentes con probabilidad de ansiedad, 8 tenían edad de 12 a 14 años (66.66%) y 4 tenían edad de 15 a 18 años (33.33%), de los 9 adolescentes sin ansiedad 8 tenían edad de 12 a 14 años (88.88%) y 1 tenía edad de 15 a 18 años (11.11%) (Figura 3). No se encontró relación entre probabilidad de ansiedad y edad, con valor de  $p=0.237$ .

### Frecuencia de resultado de probabilidad de ansiedad y sin ansiedad en adolescentes de 12 a 18 años con TDAH por edad.

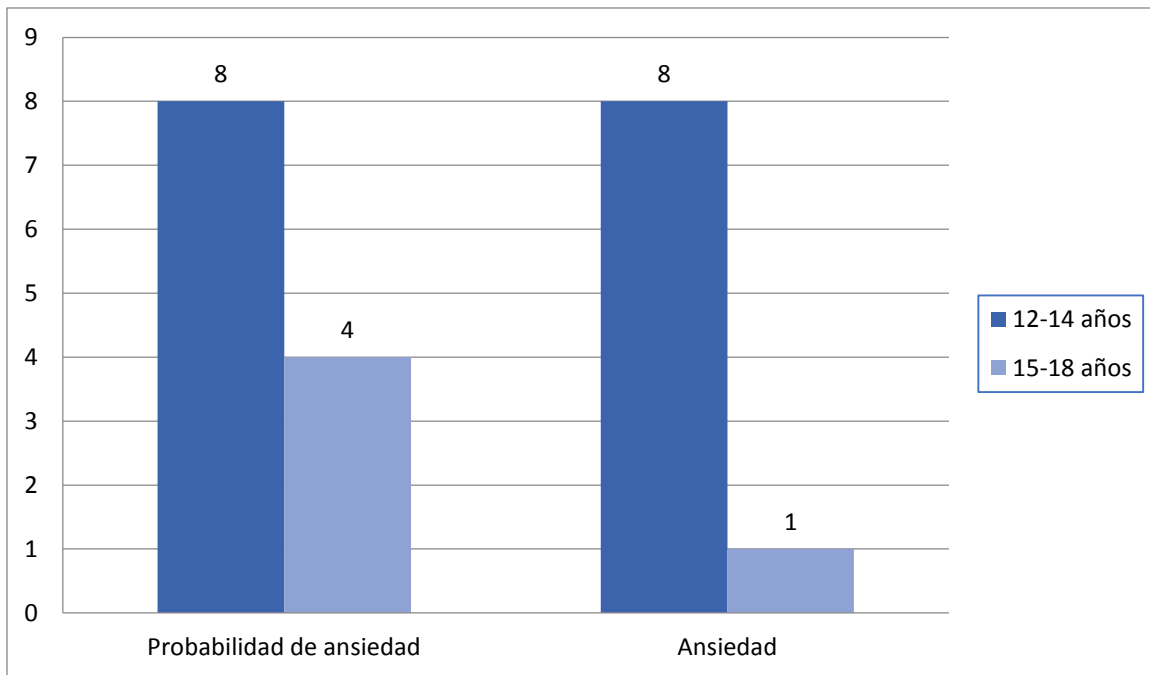


Figura 3. Muestra la frecuencia con la cual se presentaron los resultados de probabilidad de ansiedad y sin ansiedad en la población estudiada de acuerdo a la edad, encontrándose con mayor frecuencia en el rango de edad de 12 a 14 años.

Una vez obtenidos los datos se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk para conocer la distribución de mi muestra, encontrándose una distribución no normal ( $p < 0.05$ ), por la cual se continuó por determinar la relación entre ansiedad y funcionalidad familiar para ello se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, obteniendo como resultado una correlación de  $-0.510$  ( $p = 0.018$ ) esto nos indica que a mayor puntaje en la escala de tamizaje para ansiedad tendremos un puntaje menor en la escala de APGAR familiar lo que significa que cuanto mayor sea la probabilidad de presentar ansiedad se tendrá un grado de disfunción familiar mayor (Tabla 2 y Figura 4).

**Tabla 2. Tabla cruzada. Asociación entre probabilidad de presentar ansiedad y funcionalidad familiar.**

		Funcionalidad buena	Disfunción leve	Disfunción moderada	Disfunción severa	Total	Rho de Spearman
Ansiedad	Probabilidad de ansiedad	0	2	3	7	12	-0.510
	Sin ansiedad	0	3	6	0	9	
Total		0	7	9	7	21	

Muestra las frecuencias de cada una de las categorías de funcionalidad familiar, así como el resultado obtenido del coeficiente de correlación de Spearman el cual nos indica una correlación negativa ( $p=0.018$ ).

### Asociación entre Ansiedad y funcionalidad familiar en adolescentes con TDAH.

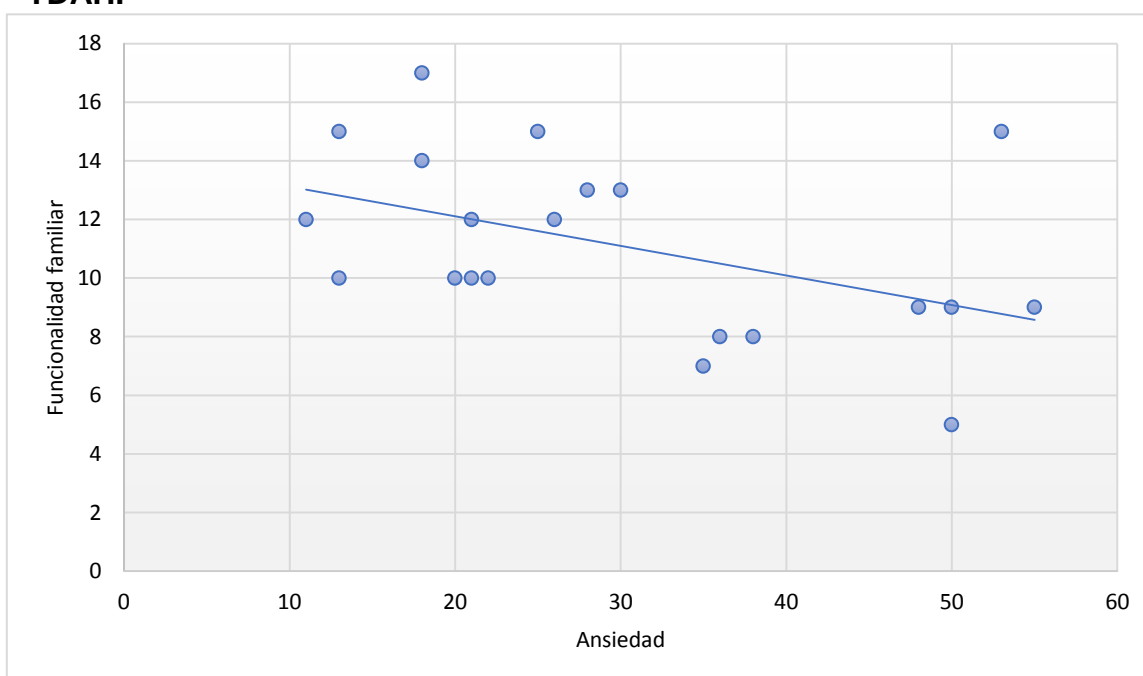


Figura 4. Muestra una correlación negativa entre ansiedad y funcionalidad familiar en la población estudiada.

Se identificó que de los 12 pacientes que presentaron probabilidad de ansiedad, 2 de ellos presentaban disfunción familiar leve (16.6%), 3 disfunción familiar moderada (25%), 7 disfunción familiar severa (58.4%), no se encontraron pacientes con funcionalidad familiar buena en este grupo de pacientes. Por otra parte, de los 9 pacientes sin ansiedad, 3 presentaron disfunción familiar leve (33.33%), 6 disfunción familiar moderada (66.66%), no se encontraron pacientes con funcionalidad buena o disfunción familiar severa (Figura 5).

### Frecuencia de las diferentes clasificaciones de funcionalidad familiar en pacientes con y sin probabilidad de ansiedad.

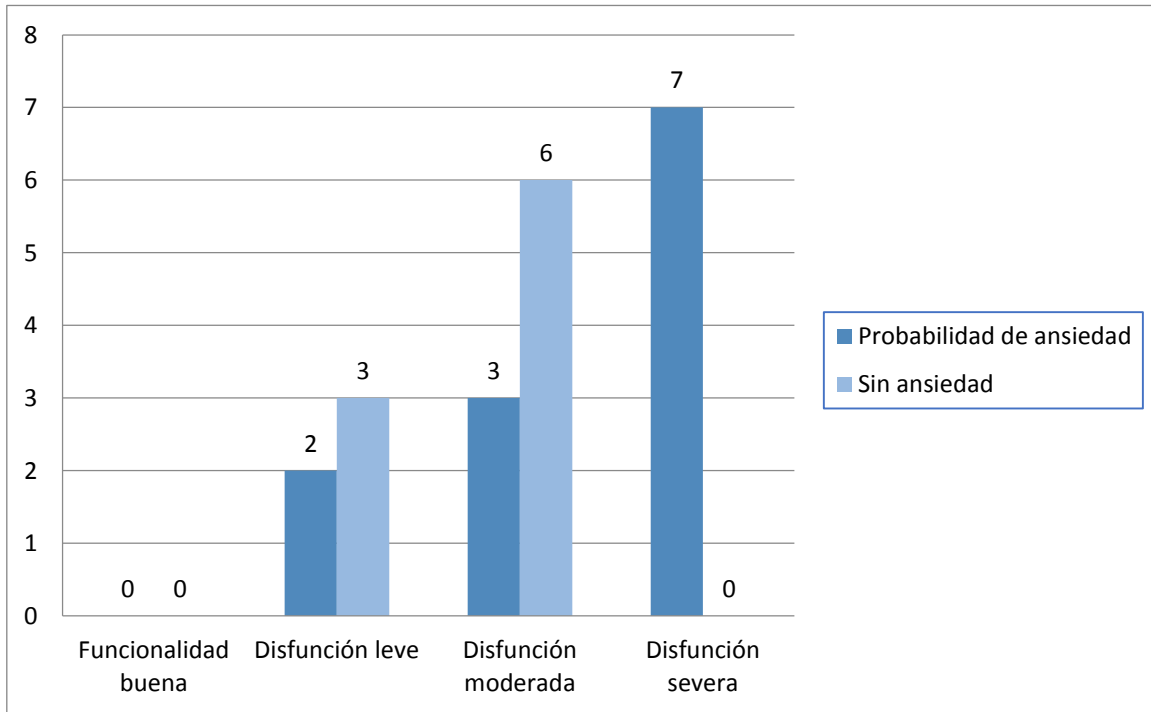


Figura 5. Muestra la frecuencia con la que se presentaron las diferentes clasificaciones de funcionalidad familiar, encontrándose que la más frecuente en aquellos pacientes con probabilidad de ansiedad fue la disfunción familiar severa, mientras que en pacientes sin ansiedad se presentó con mayor frecuencia la disfunción familiar moderada.

### Hallazgos:

Al aplicar los instrumentos de medición no se obtuvo ningún resultado con funcionalidad familiar buena, se decidió realizar regresión logística multinomial para conocer la predicción de presentar algún grado de disfunción familiar en pacientes con probabilidad de ansiedad, encontrándose que existe significancia estadística para presentar disfunción familiar severa si se tienen síntomas sugestivos de ansiedad ( $p=0.000$ , IC 95%).

## DISCUSIÓN

La realización del presente estudio tenía como objetivo determinar la asociación entre ansiedad y funcionalidad familiar en adolescentes de 12 a 18 años de edad con trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 de Tijuana, Baja California.

Al aplicar la escala de autoreporte de ansiedad para adolescentes identificamos probabilidad de ansiedad en un 57% de los participantes en el estudio. Se encontró una correlación de -0.510, la cual nos indica una correlación negativa media entre ansiedad y funcionalidad familiar. También se observó que la disfunción familiar que se presenta con mayor frecuencia en los pacientes que tienen probabilidad de ansiedad es la disfunción familiar severa en un 58.4% de estos pacientes.

Wang Y et al (2020) realizaron un estudio en China en adolescentes de 12 a 15 años de edad, con una muestra de 921 pacientes, en el cual buscaron asociación entre funcionalidad familiar, autoestima y ansiedad, encontrando que existe relación positiva entre disfunción familiar y ansiedad con valor de  $p=0.04^{(20)}$ . En el presente estudio los resultados obtenidos demuestran que existe relación entre ansiedad y disfunción familiar, sin embargo, debemos considerar que no son las mismas características de la población entre ambos estudios.

Orahulio T et al (2020) en un estudio realizado en Lima en adolescentes de 14 a 17 años de edad con una muestra de 190 pacientes a quienes se les aplicó un instrumento para detectar sintomatología ansiosa, se reportó que el 67% presentaban síntomas de ansiedad, de estos pacientes el 30% presentaba disfunción familiar moderada y el 25.7% una disfunción familiar severa<sup>(23)</sup>. En este estudio se reportan resultados similares en cuanto a la disfunción familiar que se presentó con mayor frecuencia, en nuestro estudio fue del 58.4% de los pacientes.

Este estudio presenta diversas limitaciones siendo una de las de mayor peso el tamaño de la muestra, por otra parte, el tiempo de recolección de los datos siendo de solo un mes, y que no acudieron a las citas de control mensualmente todos los

pacientes adscritos a la UMF 27. Estas limitaciones pueden afectar de manera negativa en los resultados obtenidos por no tener una muestra representativa. Sería importante para futuros estudios dedicar un periodo de recolección de datos mayor, así como incluir pacientes de más unidades de medicina familiar, con la finalidad de recabar información de un mayor número de participantes.

Otra limitación que se presentó fue que al momento de realizar el censo de pacientes, se encontraron pacientes con diagnóstico equivocado, lo cual disminuyó el número de pacientes que podían ser elegidos para participar en el estudio. Esta limitación de no detectarse de manera correcta nos puede llevar a presentar un sesgo de selección.

Una limitación importante es el tipo de población del estudio, ya que son pacientes adolescentes con déficit de atención, lo cual pudo repercutir en los datos obtenidos en las encuestas. Pudiéndose cometer un sesgo de información ya que al no tener los datos correctos, las mediciones realizadas no serán las adecuadas.

El no contar con estudios como este también nos limita la información que pudiéramos tener para apoyarnos al momento de realizar nuestro estudio, ya que no se encontró otro estudio realizado en adolescentes con TDAH para determinar relación entre ansiedad y funcionalidad familiar, en población de adolescentes con ansiedad solo se encontraron dos estudios recientes en otros países. En nuestro país no se encontró ningún estudio relacionado.

Por último, sería importante para nuevas investigaciones acerca de la funcionalidad familiar tomar en cuenta variables de confusión como tipología, integración, desarrollo, etapa del ciclo vital, entre otras características de las familias. Por su parte en futuras investigaciones en pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad podrían valorarse otras variables como el tratamiento y el apego al tratamiento, así como el tipo de TDAH.

Por otra parte el presente estudio tiene como ventaja que al ser quizá el primer estudio realizado en nuestro país en esta población de estudio nos da apertura a

nuevas investigaciones ya que se demostró la existencia de un factor de riesgo que compromete la salud familiar en las familias de estos pacientes.

El estudio brinda información para nuestra labor como médicos de primer nivel de atención acerca de la importancia de la detección oportuna de la ansiedad y como médicos familiares nos sirve para comprender la importancia de nuestras intervenciones en la salud familiar.

Siendo un instituto de primer nivel de atención en base a los resultados obtenidos se podrían implementar acciones para el manejo multidisciplinario de estas patologías, lo cual tendría resultados favorables para las familias de estos pacientes.

## **CONCLUSIONES**

El trastorno de ansiedad como comorbilidad en pacientes adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad podría ser un factor de riesgo para presentar algún grado de disfunción familiar.

Siendo los trastornos de ansiedad una de las comorbilidades más frecuentes en esta población y teniendo un gran impacto en la funcionalidad familiar, ya que entre mayor sea la probabilidad de presentar ansiedad existirá un grado de disfunción familiar más alto; por este motivo, como médicos de primer de nivel de atención es de suma importancia tomar las medidas necesarias para poder detectarse estos trastornos de manera oportuna.

Al realizar el diagnóstico oportuno de ansiedad en estos pacientes se podrán realizar las derivaciones a los servicios correspondientes tanto en el primer nivel de atención como en el segundo nivel de atención, para brindarles un manejo multidisciplinario oportuno.

Es importante recordar que la salud familiar depende tanto de la salud de cada individuo que forma parte de la familia, así como, de la funcionalidad familiar entre otros aspectos.

Debido a la gran implicación que tiene la funcionalidad familiar en la evolución de la enfermedad de los pacientes, como médicos familiares sería importante realizar las intervenciones propias de nuestra especialidad, como estudios de salud familiar a estas familias, con la finalidad de mejorar las relaciones familiares, conocer las redes de apoyo con las cuales cuentan, así como todos los beneficios que dicho estudio tiene para las familias en quienes se realiza, ya que con ello se podría mejorar la clínica de quienes presentan los trastornos de ansiedad.

Por último, considero necesario se realicen más estudios que nos ayuden a conocer el impacto que tienen los trastornos psiquiátricos en los diferentes grupos de edad y en sus familias.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Levy T, Kronenberg S, Crosbie J, Schachar RJ. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms and suicidality in children: The mediating role of depression, irritability and anxiety symptoms. *J Affect Disord.* 2020; 265: 200-206.
- 2- Ozturk Y, Ozyurt G, Akay A. Family functioning and quality of life among children with anxiety disorder and healthy controls. A cross-sectional study. *Sao Paulo Med J* 2018; 136(4): 346-353.
- 3- Rivas-Juesas C, de Dios JG, Benac-Prefaci M, Colomer-Revuelta J. Análisis de los factores ligados al diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. *Neurología.* 2017; 32(7): 431-439.
- 4- Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. 5 ed. Arlington, VA; 2013.
- 5- García-Cruz JM, González-Lajas JJ. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). [internet]. [2016, consultado 27/07/2021]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org>
- 6- Friesen K, Markowsky A. The diagnosis and management of anxiety in adolescents with comorbid ADHD. *J Nurse Pract.* 2021; 17(1): 65-69.
- 7- American Psychological Association. Anxiety. [Internet]. American Psychological Association. [2020, consultado 25/07/2020]. Disponible en: <https://www.apa.org/topics/anxiety>
- 8- American Psychological Association. Trastornos de la ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz. [Internet]. American Psychological Association. [2020, consultado 25/07/2020]. Disponible en: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/tratamiento>
- 9- Tortella-Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *C. Med. Psicosom.* 2014; 110: 62-69.

- 10-Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. ¿Qué es la adolescencia? [Blog]. [23/04/2019, consultado 27/07/2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/censia/articulos/que-es-la-adolescencia-131305?state=published>
- 11-Stanford Children´s Health. Teens: Relationship development. [Internet]. Stanford Children´s Health. [2022, consultado: 15/03/2022]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/en/topic/default?id=relationship-development-90-P01642#:~:text=Family%20relationships%20are%20often%20reorganized,cross%2Dgender%20groups%20of%20friends>
- 12-Huerta-González J. Medicina familiar: La familia en el proceso salud-enfermedad. 1ra edición. México: Alfil; 2005.
- 13-De la Peña-Olvera FR. Compendio de guías de clínicas en psiquiatría. Niños y adolescentes. 1ra edición. México: APM; 2017.
- 14-Anzures-Carro R, Chávez-Aguilar V, García-Peña M, Pons-Álvarez ON. Medicina Familiar. 2da edición. México DF: Corinter; 2008.
- 15-Castilla H, Caycho T, Shimabukuro M, Valdivia A. Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la escala APGAR familiar en adolescentes de Lima. Propós represent. 2014; 2(1): 49-78.
- 16-Bélanger SA, Andrews D, Gray C, Korczak D. ADHD in children and youth: Part 1- Etiology, diagnosis, and comorbidity. Paediatr. Child Health. 2018; 23(7): 447-453.
- 17-Ghandour RM, Sherman LJ, Vladutiu CJ, Lynch SE, Bitsko RH, Blumberg SJ. Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children. J Pediatr. 2019; 206: 256-267.
- 18-Mardomingo-Sanz MJ, Sancho-Mateo C, Soler-López B. Evaluación de la comorbilidad y la ansiedad social en adolescentes con trastorno por déficit de

- atención con hiperactividad: Estudio SELFIE. *An Pediatr (Barc)*. 2019; 90(6): 349-361.
- 19-Melegari MG, Bruni O, Sacco R, Barni D, Sette S, Donfrancesco R. Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Generalized Anxiety Disorder in children and adolescents. *Psychiatry Res*. 2018; 270: 780–785.
- 20-Wang Y, Tian L, Guo L, Huebner ES. Family dysfunction and adolescents' anxiety and depression: A multiple mediation model. *J Appl Dev Psychol*. 2020; 66: 1-12.
- 21-Pi M, Larraguibel M, Rojas R, Aldunate C. Comparative study of adolescents with and with ADHD. *Salud Ment*. 2018; 41(6): 287-296.
- 22-Vicente B, Saldivia S, Pihán R. Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana. *Acta bioeth*. 2016; 22(1): 51-61.
- 23-Orahulio T, Milena Y. Sintomatología ansiosa-depresiva en relación con el funcionamiento familiar en un grupo de adolescentes de Lima Norte. *CASUS*. 2020; 5(1): 18-25.
- 24-Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada. México: Instituto Mexicano del Seguro Social. [28/08/2015, consultado: 16/08/2020]. Disponible en: [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)
- 25-Quíñonez-Tapia F, Pérez-Avalos MY, Martínez-Casillas ME, Cordero-Carillo C. La ansiedad en adolescentes de bachillerato de la región norte de Jalisco. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 2015; 18(1): 249-269.
- 26-Marín-Ramírez AH, Martínez-Díaz GJ, Ávila-Avilés JM. Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. *Rev Biomed*. 2015; 26: 23-31.
- 27-Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente. [internet]. [28/09/2020, consultado 27/07/2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

## ANEXOS

### ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Abr/20 Dic/20	Dic/20 May/22	May/22 Jul/22	Nov/22	Nov/22 Dic/22	Dic/22
Planteamiento del proyecto	X					
Redacción del proyecto		X				
Autorización del proyecto			X			
Desarrollo del proyecto				X		
Análisis de resultados					X	
Reporte final						X
Entrega de la investigación						X

## ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p>	
<p align="center"><b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</b></p>		
Nombre del estudio:	Relación entre ansiedad y funcionalidad familiar en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la unidad de medicina familiar 27	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana, Baja California. Junio 2022- Diciembre 2022	
Número de registro:	R-2022-204-110	
Justificación y objetivo del estudio:	Los adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad de acuerdo a lo descrito en diferentes estudios tienen mayor riesgo de presentar alguna comorbilidad, una de ellas es la ansiedad, la cual de no detectarse y ser tratada oportunamente puede ser causa de diferentes grados de disfunción familiar. Es por ello que el objetivo de este estudio es determinar la relación entre ansiedad y disfunción familiar en adolescentes de 12 a 18 años de edad con trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la unidad médica familiar No 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana, Baja California.	
Procedimientos:	Se solicita su autorización para aplicarle a su hijo(a) 2 encuestas, la primera nos permite saber si existe la presencia de ansiedad, la segunda cual es la funcionalidad familiar. Se le solicitarán datos generales como: edad, sexo, escolaridad y ocupación a su hijo.	
Posibles riesgos y molestias:	El riesgo es mínimo para la salud de su hijo(a), ya que solamente se le aplicarán dos encuestas y se le solicitarán los datos generales arriba descritos.	
Posibles beneficios al participar:	A su hijo con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad se le realizará un cuestionario para identificar ansiedad, así como el grado de funcionalidad familiar lo cual igualmente se valora con un cuestionario. En caso de que su hijo(a) presente alteración en alguno de estos dos cuestionarios se canalizará con su médico familiar para derivación a servicios correspondientes.	
Información sobre resultados y alternativas:	Se le proporcionaran los resultados de las pruebas que se le realicen a su hijo(a), explicándole detalladamente el procedimiento a seguir en caso de que su hijo(a) se encuentre en situación de riesgo. Los adolescentes detectados con ansiedad serán enviados a la consulta externa de Medicina Familiar, para su valoración y manejo.	
Participación o retiro:	Usted que conserva el derecho de retirar a su hijo(a) del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el Instituto.	
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable no identificará a su hijo(a) en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial. Las encuestas realizadas serán resguardadas por el investigador principal.	
Declaración de consentimiento:	Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio.	
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y realizar el cuestionario necesario para este estudio.	
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y realizar el cuestionario necesario para este estudio y estudios futuros, conservando los resultados de este cuestionario ____ años tras lo cual se destruirán los mismos	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	El investigador responsable se compromete a informarme acerca de las alternativas y en realizar el envío al servicio	

	correspondiente, en caso de ser necesario, para obtener un manejo oportuno.
Beneficios al término del estudio:	Al tener un tratamiento oportuno su hijo podrá mejorar las relaciones familiares con sus padres, hermanos y el resto de su familia, presentar mayores habilidades sociales, mejorar el rendimiento académico, reducir el riesgo de ser participe en actos de delincuencia o de experimentar con sustancias ilícitas. También tendrá beneficios en su vida adulta ya que podrá mantener relaciones con su pareja, con sus hijo y en su trabajo más estables.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	<b>Dr. Juan Luis Rendon Sánchez</b> Médico especialista en Medicina Familiar Hospital de Gineco-Obstetricia y UMF No. 7, Tijuana, BC Instituto Mexicano del Seguro Social Matricula: 98023827 Teléfono: 6642058355 Correo electrónico: <a href="mailto:juanluisr@hotmail.com">juanluisr@hotmail.com</a>
Colaboradores:	<b>María Guadalupe Velasco Valenzuela</b> Médico Residente de Segundo año de Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana, BC Instituto Mexicano del Seguro Social Matricula: 98029618 Teléfono: 6682486685 Correo electrónico: <a href="mailto:lupvel_19@outlook.com">lupvel_19@outlook.com</a> <b>Dra. Linda Crystal Vidal Solorzano</b> Médico especialista en Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana, BC Instituto Mexicano del Seguro Social Matricula: 98020772 Teléfono: 6641231814 Correo electrónico: <a href="mailto:dralinda Vidal@gmail.com">dralinda Vidal@gmail.com</a> <b>Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando</b> Médico especialista en Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana, BC Instituto Mexicano del Seguro Social. Matrícula: 98020718 Correo: <a href="mailto:vanessa.bermudezv@imss.gob.mx">vanessa.bermudezv@imss.gob.mx</a>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	
_____	_____
Nombre y firma del sujeto o tutor	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____	_____
Testigo #1 Nombre, dirección y firma	Testigo #2 Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. <b>Clave: 2810-009-013</b>	

### ANEXO 3. CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN</b> <b>Y POLITICAS DE SALUD</b> <b>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b>	
<b>CARTA DE ASENTAMIENTO EN MENORES DE EDAD (8 A 17 AÑOS) PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</b>		
Nombre del estudio:	Relación entre ansiedad y funcionalidad familiar en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la unidad de medicina familiar 27	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana, Baja California. Junio 2022-Diciembre 2022.	____/____/____
Número de registro:	R-2022-204-110	
Justificación y objetivo del estudio:	Los adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen alto riesgo de presentar alguna comorbilidad, una de ellas es la ansiedad, la cual de no detectarse y ser tratada oportunamente puede ser causa de diferentes grados de disfunción familiar. El objetivo de este estudio es determinar la relación entre ansiedad y disfunción familiar en adolescentes de 12 a 18 años de edad con trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la unidad médica familiar No 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana, Baja California.	
<p>Hola, mi nombre es <b>María Guadalupe Velasco Valenzuela</b>, yo trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Estamos realizando un estudio para conocer si presentas ansiedad el cual es un trastorno de las emociones y preguntarte como consideras a tu familia.</p> <p>Tu participación en este estudio consiste en pedirte algunos datos como son: edad, si estudias, si trabajas, después te aplicaría dos encuestas donde responderás algunas preguntas, todo esto no representa algún riesgo a tu salud.</p> <p>Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aún si tu papá o mamá dicen que puedes participar, si tú no quieres hacerlo, me puedes decir que no. Tú vas a decidir si participas o no en el estudio. También quiero que sepas que si dices que quieres participar y después decides que ya no quieres continuar en el estudio o si no quisieras contestar alguna de las preguntas, no habrá problema.</p> <p>Esta información será confidencial, es decir, que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.</p> <p>Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (x) en el cuadrito de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre. Si no quieres participar, déjalo en blanco.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si quiero participar</p>		
_____ Nombre	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
<b>Clave: 2810-009-014</b>		

## ANEXO 4. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**HOJA DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS**  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**  
**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**NOMBRE (Iniciales):** \_\_\_\_\_ **NO. AFILIACIÓN:** \_\_\_\_\_

**FOLIO:** \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_ (Años cumplidos)

### 1. SEXO:

- 1) Femenino ..... \_\_\_\_\_
- 2) Masculino ..... \_\_\_\_\_

### 2. ESCOLARIDAD:

- 1) Primaria..... \_\_\_\_\_
- 2) Secundaria ..... \_\_\_\_\_
- 3) Bachillerato ..... \_\_\_\_\_
- 4) Técnica ..... \_\_\_\_\_
- 5) Universidad ..... \_\_\_\_\_
- 6) Ninguna ..... \_\_\_\_\_

### 3. OCUPACION:

- 1) Estudiante ..... \_\_\_\_\_
- 2) Empleado (a) ..... \_\_\_\_\_
- 3) Estudiante y empleado (a) ..... \_\_\_\_\_
- 4) Sin Ocupación:  
No estudiante, No empleado .. \_\_\_\_\_

## ANEXO 5. AUTO REPORTE DE ANSIEDAD PARA ADOLESCENTES

### Autoreporte de Ansiedad para Adolescentes (AAA)

Clinica de Adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatria RFM

(Adaptada por el Dr. Francisco de la Peña Olvera)

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

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

Instrucciones: Por favor lee con cuidado cada una de las oraciones y marca con una X qué tanto se aplica en tu caso cada frase en las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas ni malas.

		Nunca	Algunas veces	Siempre
1	Cuando tengo miedo no respiro bien.			
2	Cuando estoy en la escuela me duele la cabeza.			
3	Me molesta estar con personas que no conozco.			
4	Cuando duermo en una casa que no es la mía siento miedo.			
5	Me preocupa saber si le caigo bien a las personas.			
6	Cuando tengo miedo, siento que me voy a desmayar.			
7	Soy nervioso(a).			
8	Sigo a mis papás a donde ellos van.			
9	Las personas me dicen que me veo nervioso(a).			
10	Me pongo nervioso(a) cuando estoy con personas que no conozco.			
11	Cuando estoy en la escuela me duele la panza.			
12	Cuando tengo mucho miedo, siento que me voy a volver loco(a).			
13	Me siento preocupado(a) cuando duermo solo(a).			
14	Me preocupo de ser tan bueno(a) como los otros niños (por ejemplo, en la escuela).			
15	Cuando tengo mucho miedo, siento como si las cosas no fueran reales			
16	En las noches sueño que cosas feas le van a pasar a mis papás.			
17	Me preocupo cuando tengo que ir a la escuela.			
18	Cuando tengo mucho miedo, mi corazón late muy rápido.			
19	Tiemblo.			
20	En las noches sueño que me va pasar algo malo.			
21	Me preocupa pensar cómo me van a salir las cosas.			
22	Cuando tengo miedo, sudo mucho.			
23	Me preocupo mucho.			
24	Me preocupo sin motivo.			
25	Estar solo(a) en casa me da miedo.			
26	Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco.			
27	Cuando tengo miedo, siento que no puedo tragar.			
28	Las personas me dicen que me preocupo mucho.			
29	No me gusta estar lejos de mi familia.			
30	Tengo miedo de tener ataques de pánico.			
31	Me preocupa pensar que algo malo le pase a mis papás.			
32	Me da pena estar con personas que no conozco.			
33	Me preocupa qué pasará conmigo cuando sea grande.			
34	Cuando tengo miedo me dan ganas de vomitar.			
35	Me preocupa saber si hago las cosas bien.			
36	Me da miedo ir a la escuela.			
37	Me preocupo por las cosas que pasaron.			
38	Cuando tengo miedo, me siento mareado(a).			
39	Me pongo nervioso(a) cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos (por ejemplo, leer en voz alta, hablar, jugar).			
40	Me pongo nervioso(a) cuando voy a fiestas, bailes, o alguna parte donde hay personas que no conozco.			
41	Soy tímido(a).			

## ANEXO 6. APGAR FAMILIAR

Cuestionario APGAR Familiar  
Evaluación del Funcionamiento de la Familia

No. De expediente \_\_\_\_\_ No. de miembros de la familia \_\_\_\_\_

Tipo de familia: Estructura \_\_\_\_\_ Demografía \_\_\_\_\_

Desarrollo \_\_\_\_\_ Tipología \_\_\_\_\_

Integración/funcionalidad \_\_\_\_\_ Etapa del ciclo vital \_\_\_\_\_

De los siguientes aspectos señale con una cruz la categoría de respuesta que más se apege a su situación familiar. Para cada pregunta se debe marcar solo una x

Aspecto	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
2. Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					
3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
4. Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
5. Me satisface como compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios en la casa c) el dinero					

## ANEXO 7. EXCEPCION DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Fecha: 05 de abril del 2022.

### SOLICITUD DE EXCEPCION DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicito al Comité de Ética en Investigación de Hospital General Regional 20 204-8 que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación **Relación entre ansiedad y funcionalidad familiar en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la unidad de medicina familiar 27**, es una propuesta de investigación sin riesgo que implica la recolección de los siguientes datos ya contenidos en los expedientes clínicos:

- a) Edad, sexo, diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

### MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS

En apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en el expediente clínico y/o base de datos disponible, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo.

La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo **Relación entre ansiedad y funcionalidad familiar en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la unidad de medicina familiar 27** cuyo propósito es producto de tesis.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud vigentes y aplicables.

Atentamente

Nombre: María Guadalupe Velasco Valenzuela

Categoría contractual: Residente de tercer año de medicina familiar

Investigador(a) Responsable: Dr. Juan Luis Rendon Sánchez

