

“EL NIÑO CON DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD”

(Estudio descriptivo en niños que en 1997 cursaron primer grado en la Escuela Nacional Rural Mixta Santo Tomás Milpas Altas, Departamento de Sacatepéquez; realizado durante los meses de Septiembre-Diciembre 1997 y Enero 1998.)

Maria Maria Anleu Hernandez

TABLA DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCION.....	3
II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA.....	4
III. JUSTIFICACION.....	6
IV. OBJETIVOS.....	7
V. MARCO TEORICO.....	8
A. DEFINICION.....	8
B. EPIDEMIOLOGIA.....	9
C. ETIOLOGIA.....	9
D. CARACTERISTICAS CLINICAS.....	11
E. DIAGNOSTICO.....	12
F. REPERCUSIONES.....	15
G. MANEJO.....	16
H. PRONOSTICO Y EVOLUCION.....	19
VI. METODOLOGIA.....	20
VII. PRESENTACION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	23
VIII. CONCLUSIONES.....	29
IX. RECOMENDACIONES.....	30
X. RESUMEN.....	31
XI. BIBLIOGRAFIA.....	32
XII. ANEXOS.....	34

INTRODUCCION

El Niño con Déficit de Atención e Hiperactividad es aquel niño que se caracteriza por una capacidad de atención inapropiada o características no apropiadas para la edad de hiperactividad e impulsividad o ambas. La prevalencia varía entre 1-20% y se reporta mayor en grupos socioeconómicos bajos, sin embargo no hay mayores estudios de esta índole en Guatemala. Generalmente el diagnóstico se realiza hasta que el niño entra a la escuela, en donde la situación requiere de patrones de conducta estructurados.

Para realizar el diagnóstico se utiliza la información proporcionada por las padres y los maestros quienes son los que comparten más tiempo con el niño y debido a que falta el autoreporte de los niños. Existen diversos instrumentos de evaluación, uno de ellos es el creado por Jonh Taylor Ph.D., en donde tanto el padre como el maestro evalúa el comportamiento de el niño. Instrumento utilizado en este estudio. Importante es el diagnóstico temprano ya que esta patología incide en el rendimiento de el niño tanto en la escuela como en el hogar trayendo consecuencias a largo y corto plazo. Dentro de estas se pueden mencionar los problemas emocionales como resultado de fracasos y frustraciones, disfunciones familiares y mal rendimiento escolar.

El presente estudio se realizó en 119 niños de primer grado de la Escuela Nacional Rural Mixta de Santo Tomás Milpas Altas, departamento de Sacatepéquez para determinar la frecuencia de la patología en mención. Se encontraron 14 casos, lo que representa un 11.7%, siendo más afectado el sexo masculino. De éstos 14 niños, 9 presentaron un grado de hiperactividad moderado a severo y 9 eran repitentes. Se pudo observar que podría existir cierta relación entre el grado de hiperactividad, el promedio académico matemático y la frecuencia de repitencia. En 12 de los 14 casos los padres reportaron ciertas conductas de hiperactividad e impulsividad desde que eran muy pequeños sus hijos. Esto indica que brindándoles conocimientos de esta patología podrían detectar desde muy temprana edad para darles el manejo adecuado.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Se define a un niño con Déficit de Atención e Hiperactividad a aquel que se caracteriza por una capacidad de atención inapropiada o características no apropiadas para la edad de hiperactividad e impulsividad o ambas. (13,8,12,25) Este trastorno se clasifica según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV, entre los desordenes de déficit de atención y de conducta perturbadora. Este a su vez se subdivide en tres: tipo con predominio de falta de atención, con predominio de hiperactividad/impulsividad y combinado. (13,11,12,8)

Las causas de este trastorno no están bien establecidas, (8,11,13,7,25) se han propuesto entre ellos: herencia, prematuridad, daño al SNC fetal, factores en la dieta, trauma, factores neuroquímicos y neurofisiológicos y psicosociales. (7,8,13,11) Es más común en niños de clase socioeconómica baja. (8,12,11,7,13)

*Es más evidente en la escuela y en el hogar. A pesar que el inicio de ella es generalmente a los 3 años de edad, el diagnóstico se hace hasta que el niño entra a la escuela primaria en donde la situación de aprendizaje formal requiere patrones de conducta estructurados, incluyendo una capacidad de atención adecuada, concentración y capacidad para autoregulación de la actividad motora. (5,12,13,11,8,15)

El diagnóstico es difícil ya que en los niños hace falta el elemento de autoreporte. Este refleja quejas de adultos acerca de conductas y progresos no satisfactorios (11,7,8,14,17,24,26). Por lo que este se hará basado en información brindada por los maestros y los padres. (14,17,24,26)

Dentro de las consecuencias a corto plazo se encuentran problemas emocionales como resultado de frustraciones y fracasos que experimentan en la escuela y en el hogar (11,26) tienen manifestaciones de maladaptación y baja autoestima (11), disfunciones familiares que crean estrés, malas relaciones con los compañeros, depresión, mal rendimiento escolar que les impide avanzar de grado, por lo que repiten o abandonan

la escuela. Por esto es común encontrar un gran porcentaje de éstos niños en los primeros grados escolares. (7) El manejo incluye el uso de estimulantes y psicoterapia tanto para el niño como para los padres. (7,13,11,12,8,2,10,19,24,3,21,26)

El pronóstico se ha reportado que es benigno en la mayoría de los casos, y generalmente en la adolescencia este trastorno desaparece, aunque en un 20% persiste en esta etapa y se ha descrito psicopatología severa y conducta antisocial (11)

En países industrializados un número significativo de niños que asisten a la escuela son llevados con profesionales de la salud mental debido a estos problemas en casa y el hogar (11,24); más sin embargo esto no se da en países como el nuestro principalmente en las poblaciones rurales por falta de recursos y conocimientos. Para esta problemática se debe estudiar haciendo uso de un instrumento práctico, sencillo que pueda ser aplicado por las maestras y personas involucradas, ya que los niños tienden a demostrar pocos síntomas en sus contactos con el profesional. (11) Dentro de los instrumentos más utilizados se encuentra el elaborado por John Taylor Ph.D. Este consta de 21 incisos que describen conductas reflejas de la sintomatología de este trastorno. Se debe marcar una de ellas y si en caso el niño no muestra predominio de alguna se marcará otra casilla. Se realiza la sumatoria y en base a ella se determina si se hace el diagnóstico y lo clasifica en grados. (7,27)

Debido a lo expuesto, se escogió a la población de una escuela del área rural donde la mayoría de problemas de este tipo no han sido estudiados por lo que se elaboró el diagnóstico. Para establecer el diagnóstico se requiere la valoración de los síntomas en dos situaciones (13,8,26,12,7,11): por las maestras y los padres que son las personas allegadas al niño. (14,17,24,26), por lo que se trabajará con ambos grupos. Se escogió la población de primer grado ya que es más común encontrar este problema en ellos debido al mal rendimiento académico que ocasiona, ya que otros no continúan la escuela. En el presente trabajo se realizará en 136 niños de ambos sexos que asisten a la Escuela Nacional Rural Mixta de Santo Tomás Milpas Altas, departamento de Sacatepéquez.

III. JUSTIFICACION

* Estudios de prevalencia de Déficit de Atención e Hiperactividad en Estados Unidos han demostrado una alta incidencia de hasta 20% incluso se ha descrito como el desorden de Psiquiatría Infantil más común. La incidencia ha sido mayor en los grupos socioeconómicos bajos. Esto trae consigo grandes repercusiones a nivel individual y a nivel social ya que habrá una alta incidencia de bajo rendimiento académico y por ende un nivel educativo bajo.

Un gran porcentaje de niños que presentan esta patología se encuentran en los primeros años escolares debido a éste rendimiento académico bajo y así en grados superiores es menor el porcentaje debido a que muchos de ellos abandonan la escuela. Es por esto importante identificar a los niños en edades tempranas para tomar las medidas necesarias y evitar las repercusiones. En base a todo esto se realizará el trabajo en niños de primer grado de la Escuela Nacional Rural Mixta Santo Tomás Milpas Altas, departamento de Sacatepéquez.

Ya que el diagnóstico se hace por historia principalmente de las personas adultas que se encuentran con los niños en la escuela y el hogar, es decir los padres y las maestras, que son las personas más involucradas; se realizará una capacitación a ambos grupos acerca de la patología para concientizarlos acerca de la importancia de identificar a esta población. Así también se les capacitará para la aplicación de el instrumento que será aplicado con supervisión.

No existen estudios de frecuencia en Guatemala. Por lo que consideramos que este estudio podría beneficiar no solo a los maestros y niños, sino también a otros centros escolares y al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

IV. OBJETIVOS

GENERAL

1. Determinar la frecuencia del Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad en niños de primer grado de la Escuela Nacional Rural Mixta Santo Tomás Milpas Altas, departamento de Sacatepéquez.

ESPECIFICOS

1. Identificar la edad más frecuente de los niños que presentan Déficit de Atención e Hiperactividad.
2. Identificar el sexo más frecuente de los niños que presentan Déficit de Atención e Hiperactividad.
3. Identificar el grado de hiperactividad.
4. Identificar el rendimiento académico que presentan los niños con Déficit de Atención e Hiperactividad.
5. Identificar a los niños con Déficit de Atención e Hiperactividad que son repitentes.
6. Identificar las conductas antecedentes de déficit de atención e hiperactividad que presentaron los niños a quienes se les haga el diagnóstico de Déficit de Atención e Hiperactividad.

V. MARCO TEORICO

A. DEFINICION

Han habido una serie de esfuerzos para describir la psicopatología y definición de un grupo de niños cuyo estado disfuncional se caracteriza por una incapacidad para permanecer atentos en ciertas situaciones especialmente en el hogar y en la escuela, en donde es socialmente necesario. (11,12,8,7) Inicialmente se referían a una reacción hiperquinética de la niñez, posteriormente se adoptó el término "desorden de déficit de atención" el cual no implica que la excesiva actividad motora sea parte esencial de esta. Por esto se subdividió en dos categorías: déficit de atención con/sin hiperactividad. Evidencia clínica posterior indicó que puede existir hiperactividad sin distractibilidad. Por esto en los últimos años el concepto se cambió a "déficit de atención con hiperactividad" y el niño puede presentar uno o ambos componentes. El diagnóstico en niños es siempre más difícil debido a que falta el auto-reporte. Los desordenes en la infancia comúnmente reflejan quejas por parte de adultos de conductas o progresos no satisfactorios. (11,14,17,24,26)

Actualmente según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV, el Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad se define como aquel que se caracteriza por una capacidad de atención pobre e inapropiada o por características no apropiadas para la edad de hiperactividad e impulsividad o ambas. (13,8,12,25)

B. EPIDEMIOLOGIA

Se ha dicho que el Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad es el desorden psiquiátrico infantil más común. (26) Es difícil encontrar dentro de la literatura consenso en cuanto a la prevalencia de este. En estudios se ha encontrado una prevalencia que varía de índices bajos de 1-5% hasta porcentajes altos de 10-20%. (11) Reportes de Estados Unidos indican una incidencia que varía de 2-20% de los niños que asisten a la

escuela. (13,11,12) Estos porcentajes son mayores en grupos socioeconómicos bajos. (11,13,8,12,7) No se ha encontrado un patrón étnico. Los niños son 6-8 veces más propensos que las niñas. (11,13,8,12,25)

Si se ha encontrado un patrón familiar. Estudios han demostrado que en un 20-30% de estos niños hay historia de un desorden similar en alguno de los padres o hermano. (11,7,13) A pesar de que su inicio es a la edad de 3 años aproximadamente, el diagnóstico no se establece hasta que el niño está en la primaria y la situación de aprendizaje requiere normas estructuradas de conducta, incluyendo capacidad de atención apropiada y concentración. (13,8,12,5,15) Se ha demostrado también cierta relación potencial entre el trastorno bipolar y la patología en mención. (28)

C. ETIOLOGIA

Se considera que es multifactorial: que distintos procesos etiológicos pueden producirlo. (8,11,13,7,25) La mayoría de los niños no muestran evidencia de daño estructural importante a nivel del SNC. Muchos niños con desordenes neurológicos conocidos causados por daño cerebral no muestran déficits de atención ni hiperactividad. (13) A pesar de la falta de bases específicas neurofisiológicas y neuroquímicas, está asociado a una variedad de desordenes que afectan al funcionamiento cerebral. (13) Actualmente su etiología se considera desde dos perspectivas. Se ha sugerido que resulta de:

- Herencia
- Factores ambientales pre y post-natales incluyendo exposiciones tóxicas prenatales, prematuridad e insulto mecánico prenatal al SNC fetal (7,13)

Causas comunes que se han incluido como probables son: toxinas, problemas de desarrollo, dieta y trauma. (7,13,8,11) Estas afectan el funcionamiento cerebral por lo que el Déficit de Atención puede ser considerado como un desorden de la función cerebral. (7)

1. Daño Cerebral y Neurotransmisores: daño a nivel circulatorio, tóxico, metabólico u otras formas de daño al sistema nervioso fetal durante un periodo crítico de el desarrollo prenatal; insultos perinatales al cerebro; (11,13,8) o factores estresantes al sistema nervioso durante los primeros años críticos de la vida causado por trauma, fiebre o inflamación (11,13), efectos adversos circulatorios, tóxicos, metabólicos y mecánicos (13,8) pueden resultar en cambios sutiles al SNC.

Existen varias teorías que proponen disfunciones en varios sistemas de neurotransmisores.(7,13,11,8) Esto se ha debido al hecho de que el uso de ciertas medicinas tienen efectos positivos. Las drogas más estudiadas han sido las anfetaminas, que afectan tanto los sistemas adrenérgicos y dopaminérgicos. (13,8,5,2) Dentro de las disfunciones neuroanatómicas se pueden mencionar: disfunción diencefálica, del locus cerelus, del septum medio y corteza orbito frontal; sobrefuncionamiento cortical y anomalías en el lóbulo frontal. (29)

2. Genética: Se cree que puede existir un subgrupo de niños que han heredado cierto tipo de sistema nervioso. Este sistema puede estar programado para una maduración retardada o bien puede tener un patrón diferente de organización o funcionamiento. (11,8)

3. Factores Neurofisiológicos: el cerebro humano presenta periodos de crecimiento acelerado a distintas edades: 3-10 meses, 2-4 años, 6-8 años, 10-12 años y 14-16 años. Algunos niños tienen un retraso en la maduración y manifiestan ciertos síntomas que pueden ser temporales. (13,11) Una correlación fisiológica es la presencia de una variedad de patrones electroencefalográficos que son desorganizados y característicos de niños pequeños. En algunos casos el EEG se normaliza con el tiempo. (13)

4. Factores Psicosociales: niños en instituciones son frecuentemente hiperactivos, y tienen capacidades de atención pobres. Esto resulta de la privación emocional prolongada y desaparecen cuando esto se modifica. Eventos psíquicos estresantes, el rompimiento de el equilibrio familiar y otros factores que provocan ansiedad contribuyen a la iniciación y

perpetuación de este.(13) Factores predisponentes pueden incluir el temperamento del niño, factores genético-familiares y las demandas de la sociedad de apearse a una forma rutinaria de comportamiento. (13)

D. CARACTERISTICAS CLINICAS

Niños que presentan este trastorno son especialmente vulnerables a los estímulos como por ejemplo ruidos, luces, temperatura y otros cambios ambientales. (13,8,7,25). En ocasiones ocurre lo contrario, los niños duermen mucho y su desarrollo es muy lento en las primeras etapas de la infancia.

Estos niños son menos propensos a reducir su actividad locomotora cuando el ambiente está estructurado con límites sociales. En la escuela pueden iniciar una prueba rápidamente, pero sólo contestar las primeras dos preguntas. Pueden no ser capaces de esperar el ser llamados en la escuela y responden en vez de todos. (11,12,13) En el hogar no son capaces de estarse quietos. (11,12,8,13,15)

El déficit de atención se manifiesta con distractibilidad, con una capacidad de atención corta y tienen dificultad para permanecer haciendo algo. (13,8,11,7)

Son frecuentemente impulsivos e irritables. La irritabilidad se desencadena con el menor estímulo. Son lábiles emocionalmente, fácilmente rompen en llanto o risa, su estado de humor y desenvolvimiento son aptos a variar e impredecibles. Son características una inhabilidad para postergar gratificaciones e impulsividad. (8,12,11,7,13,15,23) Tienen dificultad en trabajar hacia una meta establecida. (7) La impulsividad se manifiesta en el actuar antes de pensar, no aprender de las experiencias. (11,7,23)

La hiperactividad es lo más fácil de observar, no se pueden estar quietos en la casa ni en la escuela, constantemente están moviendo alguna parte de su cuerpo, caminando y

aun viendo televisión pueden estar inquietos o haciendo otras actividades al mismo tiempo. (11,7,8,12)

Dificultades emocionales son frecuentes. El hecho de que otros niños superen este tipo de comportamiento, y ellos no, conlleva insatisfacción por parte de los adultos y presiones. (13)

E. DIAGNOSTICO

El diagnóstico es bastante difícil ya que en la infancia se carece de el auto-reporte y la condición puede no estar completamente desarrollada. Este desorden refleja quejas de los adultos de conductas o progresos no satisfactorios. (11) El diagnóstico se basa en información brindada por maestras y padres. (14,17,24,26)

Esta patología es más evidente en la escuela y en el hogar. A pesar de que el inicio de ella es generalmente a los tres años de edad, el diagnóstico se hace hasta que el niño entra a la escuela primaria en donde la situación de aprendizaje requiere patrones de conducta estructurados, incluyendo una capacidad de atención adecuada y capacidad de autoregulación de la actividad motora. (13,11,8)

Este se establece al confirmar síntomas de falta de atención o de hiperactividad/impulsividad o ambos. Así un niño puede calificar para el Dx con síntomas sólo de falta de atención o con síntomas de hiperactividad e impulsividad pero no de falta de atención. Algunos muestran síntomas de las dos dimensiones. De acuerdo al DSM-IV hay tres subtipos : tipo con predominio de falta de atención, tipo con predominio de impulsividad/hiperactividad y tipo combinado. (13, 8)

El principal signo de hiperactividad debe alertar al clínico de la posibilidad de este. Una historia prenatal detallada de el desarrollo temprano del niño y observación directa usualmente revelará actividad motora excesiva. La hiperactividad se puede

observar en algunas situaciones (por ejemplo la escuela) pero no en otras (por ejemplo entrevistas 1:1 y viendo televisión), y puede ser menos obvio en situaciones estructuradas que en situaciones no estructuradas. Más sin embargo la hiperactividad no debe ser una manifestación de conducta transitoria, breve y aislada , pero debe estar presente por un periodo largo de tiempo. (13,8)

Otras características distintivas de este trastorno son una capacidad de atención corta y fácil distractibilidad. En la escuela estos niños no pueden seguir instrucciones y a menudo demandan atención extra de sus maestras. En casa, a menudo no obedecen las peticiones de sus padres. Actúan impulsivamente, muestran labilidad emocional y son explosivos e irritables. (13,8,25)

Existen ciertos trastornos que se relacionan con este que generalmente son reflejo de frustraciones y fracasos experimentados: desordenes afectivos, desorden bipolar (28), desordenes de ansiedad, desordenes de personalidad, desordenes de ajuste y depresión.(11) A continuación se citan los criterios diagnósticos según el DSM-IV.

Criterios Diagnósticos para Desorden de Déficit de Atención/Hiperactividad

A. (1) ó (2)

(1) Falta de atención: seis o más de los siguientes síntomas de falta de atención han persistido por lo menos por seis meses a un grado que es maladaptativo e incongruente con el nivel de desarrollo:

- (a) a menudo no presta atención a detalles o comete errores por descuido en la escuela, trabajo u otras actividades
- (b) a menudo presenta dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego
- (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- (d) a menudo no sigue instrucciones y no termina trabajo de la escuela, oficios o trabajos (no debido a conducta oposicional o falta de comprensión de las instrucciones)
- (e) a menudo presenta dificultad en la organización de tareas y actividades
- (f) a menudo evita, no le gustan o es reacio a participar en tareas que requieren esfuerzo mental sostenido (como trabajo de la escuela o deberes para el hogar)

(g) a menudo pierde cosas necesarias para una tarea o actividad (por ejemplo asignaciones escolares, lápices, cuadernos y juguetes)

(h) a menudo es fácilmente distraído por estímulos ajenos a la situación

(I) a menudo es olvidadizo en las actividades diarias

(2) Hiperactividad/impulsividad: seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad/impulsividad han persistido por lo menos por seis meses a un grado tal que es maladaptativo e incongruente con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

(a) inquietud frecuente, que se aprecia por movimientos de manos o pies o por moverse en el asiento

(b) dificultad para permanecer sentado en el salón de clases o en otra situación en donde se espera que se permanezca sentado

(c) a menudo corre excesivamente en situaciones en que es inapropiado (en adolescentes y adultos puede estar limitado a sensaciones subjetivas de inquietud)

(d) a menudo tiene dificultad para jugar o involucrarse en actividades de placer tranquilamente

(e) a menudo actúa como si fuera "guiado por un motor"

(f) a menudo habla excesivamente

Impulsividad

(g) frecuencia de respuestas precipitadas antes de que se acaben de formular las preguntas

(h) a menudo tiene dificultad en esperar su turno

(i) a menudo interrumpe o se implica en actividades de otros (por ejemplo interrumpe conversaciones o juegos)

B Algunos de los síntomas de falta de atención o de hiperactividad/impulsividad se presentaron antes de los 7 años

C. Afectación de los síntomas presentes en dos o más ambientes (por ejemplo en el colegio, trabajo o en casa)

D. Debe existir evidencia de impedimento clínico en el funcionamiento social, académico u ocupacional

E. Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de un desorden del desarrollo esquizofrenia, u otro desorden psicótico, y no son mejor explicadas por otro desorden mental (por ejemplo desorden de ansiedad, desorden disociativo, desorden de la personalidad o trastornos del estado de ánimo).

Desorden de Déficit de Atención/Hiperactividad, tipo combinado: si se cumplen ambos criterios A1 y A2 por los últimos seis meses.

Desorden de Déficit de Atención, tipo con predominio de falta de atención: si se cumple el criterio A1 pero no el A2 por los últimos seis meses.

Desorden de Déficit de Atención, tipo con predominio de hiperactividad/impulsividad: si se cumple el criterio A2 pero no el A1 por los últimos seis meses.(8)

Se han desarrollado diversas escalas para realizar de forma práctica el diagnóstico. Estas escalas se basan en informes que son dados por parte de las maestras y por parte de los padres, ya que se requiere información de dos ambientes.(26). El diagnóstico siempre se hace por historia. Dentro de estas escalas se encuentran: Escala de Conners para Padres y Maestros (6) y Escala desarrollada por Taylor. (27) Estas dos son las más comúnmente utilizadas y aplicadas para evaluar este problema de déficit de atención e hiperactividad. (7) El instrumento desarrollado por Taylor consiste en 21 incisos que describen conductas características de falta de atención, hiperactividad e impulsividad y su conducta opuesta. Se debe marcar alguno de ellas dos y si en caso no hubiera predominio de alguna de ellas, se marcará una casilla adicional. Posteriormente se realiza la sumatoria en base a una escala. Dependiendo de el total de puntos obtenidos se clasifica en: desorden ausente, fronterizo, leve, moderado y severo.(27)

F. REPERCUSIONES

Como repercusiones a corto plazo se encuentran que tienen problemas emocionales como resultado de frustraciones y fracasos que experimentan en la escuela y en el hogar (11,26) tiene manifestaciones de maladaptación y baja autoestima (11), depresión, disfunciones familiares, y algo muy importante bajo rendimiento académico y deserción escolar. (11,13,8,12,7) No es sorprendente que el mayor porcentaje de niños hiperactivos se identifiquen en los grados mas bajos. (7) Problemas sociales son comunes con conducta impulsiva que conlleva malas relaciones con otros. (11) A causa de este bajo rendimiento

académico los niños generalmente no avanzan en la escuela, permanecen repitiendo varios años y en el peor de los casos la abandonan.

G. MANEJO

Es importante diferenciar la causa de las conductas clínicas observadas antes de establecer un plan terapéutico. Hiperactividad y distractibilidad con un periodo de atención corto pueden ser un reflejo clínico de ansiedad, depresión, o ambos u otro desorden emocional. La historia es útil para establecer la diferencia. El Déficit de Atención e Hiperactividad es un desorden observado desde el nacimiento o infancia temprana.

El tratamiento de elección es el uso de medicamentos estimulantes. Los principales y más usados son: dextroanfetamina (Dexedrine), metilfenidato y pemolina (Cylert). Esto debe ir complementado con psicoterapia, enseñanza a los padres sobre como lidiar con el niño y entrenamiento social con el niño, ya que la medicina raramente satisface las necesidades terapéuticas. (7,13,11,12,8,2,10,19,24,3,21,26)

Estas medicinas mejoran la hiperactividad, la distractibilidad o ambas aumentando de este modo el grado de atención. No mejoran estas conductas si son resultado de bien ansiedad o depresión, más que una disfunción del SNC. Los medicamentos no corrigen problemas de aprendizaje, si están presentes, aunque pueden mejorar algunas habilidades motoras finas y organizacionales. Estos tampoco curan problema emocionales, sociales o familiares. Aparentemente asisten al cerebro compensando lo que parece ser una disfunción neurofisiológica. (2,5,10) Una vez se suspenden los medicamentos la sintomatología reaparece. Estudios a largo plazo han demostrado que un 80% de los niños con ADHD, no presentan dichas conductas después de la pubertad. Por lo menos 20% sin embargo, continúan necesitando la medicina durante la adolescencia y probablemente en la edad adulta.

1. Tratamiento Farmacológico:

Los estimulantes se encuentran disponibles en preparaciones de corta duración (4 horas) y de larga duración (8-12 horas). Si a un niño se le inician estimulantes es necesario que el médico trabaje de manera cercana con los padres y el personal de la escuela. Esto es esencial para el manejo de la dosis. (5,10,2,8) Se debe pensar en la vida de el niño en unidades de 4 horas y se debe seleccionar una dosis que llene las necesidades de este periodo. Al usar preparados de larga duración, se agregan compuestos de corta duración.

a. Efectos Adversos

1a. Anorexia: Esta pérdida de apetito generalmente desaparece después de varias semanas. La primera dosis puede ser administrada antes del desayuno y la dosis de la tarde puede demorar hasta casi la cena para que se tenga apetito para ella. Si esto no es efectivo y hay pérdida de peso, un estimulante diferente debe de ser tratado. (11,18,5,10,8,15)

2a. Insomnio: algunos niños pueden tener dificultad para dormir y pueden permanecer inquietos en la cama por horas. Esto generalmente desaparece en el primer mes. En algunos niños, esto puede ser un efecto rebote de la suspensión de el medicamento. Una dosis adicional de corta duración a las 8:00pm puede eliminar esta dificultad. (18,11,5,10,8,15)

3a. Inestabilidad Emocional: algunos niños pueden hablar constantemente o ser frágiles emocionalmente, llorar o explotar con la más mínima frustración. Ya que la medicina disminuye la actividad muscular, el niño es capaz de interactuar y es forzado a enfrentarse con problemas de aprendizaje que lo frustraran y haran mas ansioso (18,11,5)

4a. Cansancio: algunos estarán cansados y somnolientos y presentan falta de emociones. Esto sugiere que la dosis es muy alta por lo que la dosis debe ser disminuida. (11)

b. Preparados

1b. Dextroanfetamina: es una amina simpaticomimética no-catecolamina con actividad de estimulación a nivel del SNC. Tiene una eficacia de aproximadamente 70-75%. (15) Su vida media es de 10-12 horas. Como reacciones adversas se encuentran palpitaciones, taquicardia, aumento de la PA, episodios psicóticos, insomnio, euforia, disquinesia, disforia, temores, cefalea, exacerbación de tics motores y fónicos y Síndrome Tourette, anorexia, impotencia y cambios en la libido. No se recomienda en menores de 3 años. (18)

2b. Metilfenidato (Ritalina): ha sido la droga más estudiada y la más utilizada actualmente. (15) Se puede administrar sin afectar adversamente el crecimiento (11,18,2) Aprobado para niños de 6 años o mayores. (12) Es eficaz en un 75-80% de los pacientes. (15) Su efecto dura aproximadamente 2-4 horas. (15)

3b. Pemolina (Cylert): es efectiva en un 65-70% de los casos. Sus efectos son más lentos y se necesita entre 2-3 semanas para evaluar su eficacia completamente. (15) Un 1-2% de los niños tratados con esta droga presentan cambios en la función hepática. (15)

2. Psicoterapia

El tratamiento farmacológico raramente satisface las necesidades terapéuticas de un niño con Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad y es una faceta de un régimen multimodal. Psicoterapia individual, modificación de la conducta, psicoterapia a los padres y el tratamiento de algún otro desorden relacionado como depresión o problemas de aprendizaje es necesario. (13,19,4,24,21,26)

Cuando se le ayuda a los niños a estructurar su ambiente, la ansiedad disminuye. Por esto los padres y maestras deben construir una estructura predecible de recompensa y castigo, usando un modelo de conducta terapéutico. Un requerimiento casi universal de la

terapia es ayudar a los padres a reconocer que el ser permisivo no es de ayuda para los niños. Así pues, los niños no se beneficiarían de ser exentos de requisitos, expectativas y planificaciones aplicables a otros niños. (13)

H. PRONOSTICO Y EVOLUCION

Los estudios de evolución y pronóstico proveen respuestas a importantes preguntas clínicas, la necesidad de los padres de conocer que pasará con sus hijos y los factores que influenciarán la probabilidad de una conclusión satisfactoria o no. Desafortunadamente estudios longitudinales al respecto no existen. Existen varios problemas metodológicos. Generalmente no se da seguimiento a las personas de niños hasta la edad adulta. Los investigadores tienden a estudiar un grupo etéreo de población y los estudios longitudinales son complejos e implican altos costos. (11)

Se ha mencionado que el niño hiperactivo crecerá y su problema desaparecerá durante la adolescencia. Cerca del 15-20% de los casos no presentan esta remisión y los síntomas persisten en la edad adulta. (11) Más sin embargo las evidencias son insuficientes para determinar que este desorden en la edad adulta es una entidad independiente. (22)

En investigaciones se han encontrado resultados opuestos en cuanto al resultado final de sujetos hiperquinéticos. Esto implica la importancia de otras variables, como los factores psicosociales, como determinantes de el pronóstico. (11,19) Se ha observado que con el tiempo la hiperactividad constituye un problema menor, pero la impulsividad y dificultades educativas persisten. Así parece reflejarse que el resultado más pobre refleja la influencia de un ambiente antisocial o un adolescente disfuncional y vulnerable. (11)

VI. METODOLOGIA

1. Tipo de estudio: estudio transversal, descriptivo y no experimental.
2. Sujetos de estudio: niños que cursan primer grado que asisten a la Escuela Nacional Rural Mixta Santo Tomás Milpas Altas, de ambos sexos.
3. Población y Muestra: la aldea Santo Tomás Milpas Altas pertenece al municipio de Santa Lucia Milpas Altas, Departamento de Sacatepéquez. Está ubicada al noreste del departamento. Se encuentra a 35km de la ciudad capital y a 8 km de la cabecera departamental. Cuenta con una población de 3491 habitantes. La población menor de 14 años es de 1534. La Escuela Nacional Rural Mixta Santo Tomás Milpas Altas cuenta con una población total de 577 alumnos entre 1o y 6o primaria. Primer grado se encuentra distribuido en 4 secciones.

Se tomarán como muestra a los niños de primer grado que constituyen un total de 136 niños incluyendo ambos sexos.

4. Criterios de inclusión:
 - niños que cursan 1 grado
 - niños que asisten regularmente a clases
 - niños cuyos padres y maestras esten dispuestos a colaborar
5. Criterios de exclusión:
 - niños con retraso mental
 - niños con enfermedades crónicas o secuelas neurológicas
 - niños con esquizofrenia o problemas psicóticos
 - niños que tomen algún tipo de medicamento
 - niños que cursan 2o a 6o grado primaria
6. Variables:
 - a. Edad
 - b. Sexo
 - c. Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad
 - d. Rendimiento académico
 - e. Repitente

Operacionalización

a. Edad

Definición conceptual: tiempo que ha vivido una persona
 Definición Operacional: tiempo de vida de los niños desde el nacimiento hasta el estudio
 Tipo de variable: cuantitativa
 Escala de medición: edad en años

b. Sexo

Definición conceptual: condición orgánica que distingue a un macho de una hembra
 Definición operacional: femenino y masculino
 Tipo de variable: cualitativa
 Escala de medición: masculino y femenino

c. Desorden Déficit de Atención e Hiperactividad

Definición conceptual: Es un desorden caracterizado por una capacidad de atención pobre e inapropiadamente desarrollada o características inapropiadas para la edad de hiperactividad e impulsividad o ambas. La sintomatología debe de estar presente por lo menos seis meses y haber iniciado antes de los 7 años de vida.

Definición operacional: identificación de las características de los niños por medio del instrumento de Taylor

Tipo de variable: cualitativa
 Escala de medición:

- 0-24 puntos: no Desorden de Déficit de Atención/Hiperactividad
- 25-27 puntos: fronterizo
- 28-32 puntos: hiperactividad leve
- 33-37 puntos: hiperactividad moderada
- 38-42 puntos: hiperactividad severa

d. Rendimiento académico

Definición Conceptual: grado de aprendizaje alcanzado por un alumno
 Definición Operacional: promedio matemático académico
 Tipo de Variable: cuantitativa
 Escala de Medición: 0-100 puntos

e. Repitente

Definición Conceptual: que vuelve al mismo curso de estudios por no haber aprobado
 Definición Operacional: niño que curse primer grado primaria por más de una vez
 Tipo de variable: cualitativa
 Escala de Medición: Repitente- No Repitente

7. Análisis estadístico: interpretación por medio de cuadros.

8. Recursos:

Materiales:

- material didáctico
- boletas de recolección de datos
- instrumento Taylor
- material bibliográfico

Físicos

- Escuela Nacional Rural Mixta Santo Tomás Milpas Altas
- Puesto de Salud Santo Tomás Milpas Altas

Humanos

- investigador
- maestras que imparten clases en primer grado
- padres de alumnos que cursan primer grado
- niños y niñas que cursan primer grado

9. Procedimiento

1. Selección de la muestra
2. Capacitación a maestras sobre definición de Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad y sobre la aplicación del instrumento como método diagnóstico
3. Capacitación a padres de familia sobre definición y detección temprana de el Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad y sobre la aplicación del instrumento como método diagnóstico.
4. Recopilación de datos de la boleta proporcionados por las maestras y aplicación del instrumento con supervisión del investigador
5. Recopilación de datos de la boleta y entrevista con los padres.
6. Aplicación de el instrumento a los padres de familia, citándoseles en grupos de 5 al Puesto de Salud. A los padres analfabetas se les leerá el instrumento.
7. Identificación de casos que llenen criterios según la escala de el instrumento.
8. Se tomará como niño con Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad a aquellos que tengan más de 6 meses de presentar la sintomatología, hayan iniciado antes de los 7 años y puntéen 28 puntos o más en ambas escalas, es decir, la aplicada a la maestra y a los padres.
9. Identificación de el grado de hiperactividad.
10. Identificación de edad, sexo, promedio académico y conductas antecedentes de niños con Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad.
11. Identificación de niños con Déficit de Atención e Hiperactividad que sean repitentes.
12. Referencia de casos de los niños que llenen criterios de Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad.

VII. PRESENTACION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO NO. 1
DISTRIBUCION POR SEXO
UNIVERSO

SEXO	#	%
MASCULINO	66	55
FEMENINO	53	45
TOTAL	119	100

Fuente: Boletas de recolección de datos

CUADRO No. 2
DISTRIBUCION POR EDAD
UNIVERSO

EDAD	#	%
< 8 Años	49	41
8- <9 Años	43	36
9- <10 Años	15	13
>10 Años	12	10
TOTAL	119	101

Fuente: Boletas de recolección de datos

La población total de primer grado primaria es de 136 niños, de los cuales 119 se incluyeron en el estudio, ya que fueron los que llenaron los criterios de inclusión. Para cada niño incluido en el estudio se llenó un instrumento Taylor con los datos proporcionados por los padres y otro con los datos proporcionados por el maestro; así mismo se llenó una boleta de datos generales del niño.

Se puede observar en el cuadro No. 1 que el 55% pertenecen al sexo masculino y 45% al femenino. En el cuadro No.2 llama la atención que el 59% tienen más de 8 años, lo que en parte se puede atribuir al hecho de que los niños ingresan de 7 años y durante ese año cumplen los 8. Tomando en consideración esto habría únicamente un 23% mayores de 9 años, en donde probablemente incida el hecho de que algunos niños ingresan a mayor edad y a la frecuencia de repitencia.

CUADRO No. 3
FRECUENCIA NIÑOS CON
DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD

DEFICIT DE ATENCION	#	%
AUSENTE	105	88.3
PRESENTE	14	11.7
TOTAL	119	100

Fuente: Boletas de recolección de datos

Como podemos observar en el cuadro No. 3 la frecuencia de niños con Déficit de Atención e Hiperactividad fue de 11.7% (14 niños). Porcentaje que se encuentra dentro de los rangos que menciona la literatura, ya que se reportan prevalencias de 1-20%, siendo mayores en grupos socioeconómicos bajos. De estos niños ninguno tenía diagnóstico.

CUADRO No. 4
NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCION/HIPERACTIVIDAD
DISTRIBUCION POR SEXO

SEXO	#
MASCULINO	9
FEMENINO	5
TOTAL	14

Fuente: Boletas de recolección de datos

El cuadro No. 4 evidencia que el sexo masculino fue el más afectado ya que de los 14 niños, 9 pertenecen al sexo masculino y 5 al femenino. Esto representa un 13.6% y 9.4% respectivamente en relación a la población total masculina y femenina. Este resultado era de esperarse ya que esta patología es más común en el sexo masculino.

CUADRO No. 5
NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCION/HIPERACTIVIDAD
DISTRIBUCION POR EDAD

EDAD	#
< 8 Años	3
8- <9 Años	6
9- <10 Años	1
>10 Años	4
TOTAL	14

Fuente: Boletas de recolección de datos

Existen 4 niños mayores de 10 años entre los niños con Déficit de Atención y llama la atención que 9 niños sean menores de 9 años, según se observa en el cuadro No. 5. Vale la pena mencionar para aclaración que esta es la edad en la que se hizo el diagnóstico ya que la patología ha estado presente desde mucho antes, por lo que no se puede decir que esta es la edad más común en la que se presenta el Déficit de Atención.

CUADRO No. 6
NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCION/HIPERACTIVIDAD
DISTRIBUCION POR GRADO DE HIPERACTIVIDAD

GRADO	#
LEVE	5
MODERADO	6
SEVERO	3
TOTAL	14

Fuente: Boletas de recolección de datos

El cuadro No. 6 evidencia que 6 niños presentan grado moderado y 3 severo. Es importante mencionar aquí que los 11 niños que presentan grado leve-moderado son fácilmente educables al contrario de los que presentan grado severo. A pesar de la edad y el grado de hiperactividad no se había hecho el diagnóstico, lo contrario que indica la literatura de que el diagnóstico se hace al iniciar la escuela primaria. De esto se puede concluir que hay falta de instrucción en las maestras y padres en cuanto a estas patologías además de que en países como el nuestro y principalmente en poblaciones rurales, aún se detecten ciertos problemas los niños no son llevados con profesionales de la salud mental. De el total de 14 niños, en 3 casos se había sospechado tal patología por la maestra, quien tiene estudios en psicología. De estos 3 casos en donde se sospechó la patología, 2 presentaron hiperactividad grado severo y uno moderado.

CUADRO No. 7
NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCION/HIPERACTIVIDAD
GRADO DE HIPERACTIVIDAD
DISTRIBUCION POR SEXO

GRADO	MASCULINO #	FEMENINO #	TOTAL #
LEVE	2	3	5
MODERADO	4	2	6
SEVERO	3	0	3
TOTAL	9	5	14

Fuente: Boletas de recolección de datos

El cuadro No. 7 evidencia que de los 3 niños con grado de hiperactividad severa los 3 pertenecen al sexo masculino y de los 6 que presentan grado moderado 4 son también de este sexo.

CUADRO No. 8
NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCION/HIPERACTIVIDAD
REPITENCIA

REPITENCIA	#
REPITENTES*	9
NO REPITENTES	5
TOTAL	14

Fuente: Boletas de recolección de datos

CUADRO No. 9
NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCION/HIPERACTIVIDAD
PROMEDIO ACADEMICO

PROMEDIO	#
< 20 puntos	0
20- <40 puntos	1
40- <60 puntos	5
60- <80 puntos	6
>80 puntos	2
TOTAL	14

Fuente: Boletas de recolección de datos

En cuanto al rendimiento de los niños en la escuela se observa que de el total de 14 niños con Déficit de Atención e Hiperactividad, 9 niños son repitentes, es decir aproximadamente el doble de los no repitentes. De esto se puede concluir que el padecer esta patologia podria guardar cierta relación con la frecuencia de repitencia. Más sin embargo en el cuadro No. 9 se observa que unicamente seis niños, tienen promedio académico menor a 60 puntos, mientras que 8 niños lo tienen por arriba de 60 puntos. Esto se podria explicar por el hecho de que si es segunda vez o la tercera que el niño cursa el mismo grado se esperaria que obtuviera mejores calificaciones que la primera vez. Todo esto conlleva a pensar que es importante hacer estudios para determinar las areas en las cuales se presentan rendimientos más bajos.

CUADRO No. 10
NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCION/HIPERACTIVIDAD
GRADO DE HIPERACTIVIDAD
REPITENCIA

GRADO	REPITENTE #	NO REPITENTE #	TOTAL #
LEVE	2	3	5
MODERADO	5	1	6
SEVERO	2	1	3
TOTAL	9	5	14

Fuente: Boletas de recolección de datos

CUADRO No. 11
NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCION/HIPERACTIVIDAD
GRADO DE HIPERACTIVIDAD
PROMEDIO ACADEMICO

GRADO	20-<40pts #	40-<60pts #	60-<80pts #	>80pts #	TOTAL #
LEVE	0	2	2	1	5
MODERADO	0	1	4	1	6
SEVERO	1	2	0	0	3
TOTAL	9	5	6	2	14

Fuente: Boletas de recolección de datos

Se puede observar en el cuadro No. 10 que únicamente 2 de los 5 niños con grado leve son repitentes, en contraste con 5 de los 6 niños con grado moderado y 2 de los 3 con grado severo.

Así mismo en el cuadro No. 11 se observa que de los 3 niños con hiperactividad severa, 3 tienen un promedio por debajo de los 60 puntos. Estos datos indican que podría existir cierta relación no sólo entre el padecer esta patología sino también entre el grado de hiperactividad y el rendimiento de, el niño en la escuela, reflejado en el promedio académico matemático y la frecuencia de repitencia.

CUADRO No. 12
NIÑOS CON DEFICIT ATENCION/HIPERACTIVIDAD
ANTECEDENTES

ANTECEDENTE	#
LENGUAJE ORAL MUY RAPIDO	1
DIFICULTAD PARA LA LACTANCIA	4
AGRESIVO Y PELEONERO	5
DIFICULTAD PARA DORMIR	8
NO ANTECEDENTES	2

Fuente: Boletas de recolección de datos

Por último el cuadro No. 12 evidencia que 4 niños tuvieron dificultad para la lactancia; 8 niños para dormir y 5 niños habían sido agresivos y peleoneros desde muy temprana edad. Esto podría significar que con la adecuada instrucción a los padres de familia ellos podrían ayudar a detectar esta patología desde edades más tempranas y referirlos para darles el manejo adecuado.

VIII. CONCLUSIONES

1. Existe una frecuencia de 11.7% de niños (14 casos) con Déficit de Atención e Hiperactividad en los niños de primer grado de la Escuela Nacional Rural Mixta Santo Tomás Milpas Altas; siendo de los 14 casos, 3 grado severo y 11 leve-moderado. Esta frecuencia oscila en el rango mencionado por la literatura de 1-20%
2. El sexo masculino se vió más afectado que el femenino ya que los niños son más propensos a padecer esta patología. De los 14 casos, 9 pertenecieron al sexo masculino y 5 al femenino. Esto representa un 13.6% y 9.4% respectivamente, en relación a la población total masculina y femenina.
3. De los 14 niños con Déficit de Atención e Hiperactividad 9 fueron repitentes y 6 tuvieron promedio inferior a los 60 puntos. Esto nos indica que probablemente haya cierta relación entre esta patología y el rendimiento de el niño en la escuela.
4. En 12 de los niños con Déficit de Atención se observaron ciertas conductas por los padres desde edades tempranas, como dificultad para la lactancia, dificultad para dormir y conductas agresivas. En base a esto se concluye que con la adecuada instrucción a los padres se haría posible identificar estos casos tempranamente para darles el adecuado manejo.
5. Existe falta de instrucción por parte de las maestras y padres sobre esta patología ya que en 3 de los 14 casos se había sospechado tal. Esta instrucción haría que al notar que el niño es "muy activo" o que "no se concentra" se sospeche la patología y por lo tanto se haga el diagnóstico tempranamente

IX. RECOMENDACIONES

1. Es necesario brindar plan educacional a los padres y a las maestras para que conozcan este problema y ayuden a detectar a los niños tempranamente para darles el manejo adecuado.
2. Se deben crear programas de salud escolar que tengan relación directa con los servicios de salud como son los Puestos de Salud para integrar un equipo multidisciplinario donde se establezca coordinación interinstitucional y se agilice la referencia y contrareferencia de casos para un manejo transdisciplinario.
3. Es importante realizar estudios longitudinales que establezcan las consecuencias y repercusiones emocionales en los niños con Déficit de Atención para darles el manejo adecuado.
4. Se deben realizar arboles genealógicos y desarrollar estudios que relacionen los antecedentes prenatales, natales y familiares con la presencia de Déficit de Atención e Hiperactividad

X. RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo para determinar la frecuencia de niños con Déficit de Atención e Hiperactividad entre los niños de primer grado de la Escuela Nacional Rural Mixta de Santo Tomás Milpas Altas, departamento de Sacatepequez. Se incluyeron 119 niños para los cuales se llenaron dos instrumentos Taylor con los datos proporcionados por los padres y el maestro; así como una boleta de datos generales.

Se determinó que existe una frecuencia de 11.7% (14 casos) de niños con Déficit de Atención e Hiperactividad, de los cuales ninguno tenía hecho el diagnóstico. De los 14 niños 9 pertenecen al sexo masculino y 5 al femenino.

Seis niños presentan un grado moderado de hiperactividad y 3 un grado severo. En 3 de los casos se había sospechado la patología por parte de la maestra. De los 3 niños con grado de hiperactividad severa, los 3 pertenecen al sexo masculino.

Nueve de los casos son repitentes y 6 tienen promedio académico inferior a los 60 puntos. Dos de los 3 niños con hiperactividad severa son repitentes y los tres tienen promedio inferior a los 60 puntos. Esto indica que podría haber cierta relación entre esta patología, el grado de hiperactividad y el rendimiento en la escuela.

En 12 de los 14 casos se observaron por los padres ciertas conductas de hiperactividad en los niños desde edades tempranas, lo que determina que es importante brindar la educación esencial para detectar los casos en edades tempranas y brindarles el manejo adecuado.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. Base de datos Municipalidad Santa Lucia Milpas Altas, departamento de Sacatepéquez 1997.
2. Barrickman L, Perry L, Allen A, Kuperman S, Arndt S, Herrman S, Schumacher E. Bupropion versus methylphenidate in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1995; Vol 34, No. 34.
3. Botash AS, Fuller PG, Blatt SD, Church CC, Weinberger HL. Child abuse, sudden infant death syndrome, and attention deficit hyperactivity disorder. Current Opinion Pediatric. April 1995; Vol 7, No. 2.
4. Butler SF, Arredondo DE, McCloskey V. Affective comorbidity in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. Annals of Clinical Psychiatry. June 1995; Vol 7, No. 2.
5. Clark C. Just the Facts: Dosing Stimulants. The Newsletter of the University of Wisconsin Child Psychopharmacology Information Service. 1995; Vol 2, No. 4.
6. Connors K. Conners Rating Scales. Symptom Patterns in hyperkinetic, neurotic and normal children. Child Development, 1970.
7. Don Pedro E. Understanding the Dynamics of Attention-Deficit Disorders and Related Treatments: The Role of "Learning to Learn" in the Empathopsychopharmacology Approach. 1996.
8. DSM-IV. American Psychiatric Association. USA 1994.
9. Garcia-Pelayo R. Larousse Diccionario Básico de la lengua española. México DF 1990.
10. Johnston, H.F. Stimulants and Hyperactive Children: A Guide. The Child Psychopharmacology Information Center, University of Wisconsin. 1990.
11. Kaplan H, Sadock B. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 4th edition, USA 1990.
12. Kaplan H, Sadock B. Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. Williams and Wilkins. USA 1990.
13. Kaplan H, Sadock B. Synopsis of Psychiatry. Williams and Wilkins USA 1991
14. Movement Patterns and ADHD Diagnosis. Psychiatric Times. December 1996: Vol XIII, No. 12.
15. Nelson W, Behrman R, Kliegman R. Textbook of Pediatrics. 15th edition. WB Saunders, USA 1996.
16. Nerisi I. Introducción a la Supervisión Escolar. Editorial Kapeluz.
17. Newcorn JH, Halperin JM, Schwartz S, Pascualvaca D, Wolf L, Schneider J, Sharma V. Parent and teacher ratings of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms: implications for case identification. J Dev Behav Pediatr. April 1994; Vol 15, No. 2.
18. PDR. 50th Edition 1996.
19. Phillips S, Soffer SL. Recent advantages regarding attention deficit-hyperactivity disorder in adolescence. Current Opinion Pediatric. August 1996. Vol 151, No. 4.
20. Pineda E, Alvarado E, Canales F. Metodología de la Investigación. Organización Panamericana de la Salud 1994.
21. Poisen NJ, Blondis TA, Irwin M, Rubinoff A, Keiffer J, Stein MA. Psychiatric and developmental disorders in families of children with attention deficit hyperactivity disorder. Arch Pediatr Adolescent Medicine. February 1996; Vol 150, No. 2.
22. Saiz R, Ibañez A, Diaz M. Attention deficit hyperactivity disorder in an adult. Actas Luso Esp Neurología Psiquiátrica y Ciencias Afines. Mayo/Junio 1996.
23. Schacar R, Tannock R, Marriot M, Logan G. Deficient inhibitory control in attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Abnormal Child Psychology. August 1995: Volume 23, No. 4
24. Searight HR, Nahlik JE, Campbell DC. Attention-deficit/hyperactivity disorder: assesment, diagnosis and management. Journal Family Practice. March 1995; Vol 40, N 3
25. Silver L. Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. APA Press. Washigton DC, 1992
26. Taylor MA. Evaluation and management of attention-deficit hyperactivity disorder. Am Fam Physician. February 1997; Vol 55, No. 3.
27. Taylor J. The Taylor Hyperactivity Screening Checklist. Helping your Hyperactive/Attention Deficit Child. Sun Media 1986.
28. West SA, McElroy SL, Strawski SM, Keck PE, McConville BJ. Attention deficit hyperactivity disorder in adolescent mania. American Jour of Psychiatry. Feb 1995; Vol 152, No.2.
29. Zametkin A, Rapoport J. Neurobiology of Attention Deficit Disorder with Hiperactivity: Where Have We come in 50 Years?. American Academy of Child and Adolecent Psychiatry. 1987

XII. ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre: _____ EDA D =
Sexo: _____

MAESTRAS

Nombre de la maestra: _____
Tiempo de evolución: _____
Promedio escolar durante éste año: _____

PADRES DE FAMILIA

Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Tiempo de evolución: _____
Toma alguna medicina: Sí ___ No ___
Padece de enfermedad crónica: Sí ___ No ___
Padece de algún problema psíquico: Sí ___ No ___
Antecedentes de importancia: _____

INSTRUMENTO TAYLOR

Para cada una de las 21 conductas, ponga una X en una de las tres casillas para demostrar lo que es típico para el niño. Evite marcar la columna B: un 51% en cualquiera de las direcciones deberá ameritar marcar A o C. Marque B cuando existe 50% para cada una de las conductas descritas.

Comparado con otros niños de aproximadamente la misma edad, este niño demuestra típicamente la conducta:

A	B	C
Se comporta así:		
1. Callado		Bullicioso y platicador
2. El volumen de voz es bajo y normal		La voz es generalmente muy alta para la ocasión
3. Pocos ruidos con la boca y cuerpo		Hace muchos sonidos con la boca y cuerpo, silba, tiene tics
4. Camina en ocasiones apropiadas		Camina, corre, necesita que se le llame la atención
5. Mantiene las manos quietas		Toca, siente, agarra
6. Está calmado, puede estar quieto		Siempre tiene una parte de su cuerpo moviéndose
7. Puede estar simplemente sentado		Tiene que estar haciendo algo para ocuparse cuando está sentado, se aburre fácilmente
8. Lento para reaccionar, deliberado, no impulsivo		Muy rápido para reaccionar, impulsivo, usa primero la boca y manos, antes que el cerebro
9. Entiende por qué padres/maestros se disgustan después de una mala conducta		Se sorprende y confunde de el por qué otros se disgustan; no conecta sus propias acciones con las reacciones de los otros
10. Piensa las consecuencias antes de actuar		Hace cosas sin considerar las consecuencias antes de tiempo; descuidado
11. Evita las travesuras de otros niños		Esta metido en travesuras; atraído y curioso acerca de ellas o las inicia
12. Preocupado sobre los castigos y consecuencias, sumiso		Pretende tener una actitud de "No me importa" al ser amenazado o castigado; desafiante
13. Obedece y sigue ordenes		Desobedece; necesita supervisión y que se le recuerden las cosas; olvidadizo

A	B	C
	14. Humor constante, con leves y lentos cambios; calmado	Malhumorado; impredecible; rápido en enojarse o llorar
	15. Llevadero, maneja frustraciones sin mucho enojo; paciente; es chiviado	Irritable, impaciente, se frustra fácilmente
	16. Sus emociones son controladas, no extremas y no influyen relaciones con otros	Emociones son extremas y mal controladas; explosivo
	17. Cooperar y obedece las reglas de los juegos	Alega acerca de las reglas; quiere ser la excepción; oposicional
	18. Acepta si se le niega una petición, privilegio, cosa o actividad	Alega, presiona y no toma un no por respuesta
	19. Se concentra y bloquea distracciones cuando trabaja en algo	Se distrae fácilmente por ruidos y gente; poco tiempo en el que pone atención
	20. Termina proyectos, es organizado en sus actividades	Va de actividad en actividad; no termina cosas que empieza
	21. No trata de molestar o dañar a otros con palabras	Ridiculiza; tiene que tener la última palabra.

El puntaje total se obtiene al sumar las x en la columna B más el doble de la suma de las x en la columna C.

Puntaje total: _____ Diagnóstico: _____

Escala:

- 0-24 puntos No Desorden Déficit Atención
- 25-27 puntos Fronterizo
- 28-32 puntos Hiperactividad leve
- 33-37 puntos Hiperactividad moderada
- 38-42 puntos Hiperactividad severa