

11241

11241

20/15

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

SINDROME DE HIPERACTIVIDAD INFANTIL: FRECUENCIA DEL PADECIMIENTO  
EN LA CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL  
"20 DE NOVIEMBRE" DEL I S S S T E.

*M. K...*

TESINA QUE PRESENTA LA C. DRA. IRMA PATRICIA ESPINOSA HERNANDEZ  
CON LA FINALIDAD DE OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

ASESOR DE TESINA: DR. HECTOR ORTEGA

*[Signature]*

MEXICO, D.F. FEBRERO DE 1989.

*Vs. Do  
Oll...  
14-II-89*

LIBRO CON  
FALLA DE ORIGEN

*[Signature]*



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ANTECEDENTES HISTORICOS:

El antecedente histórico más cercano al concepto actual del síndrome de Hiperactividad, se remonta a fines del siglo pasado cuando Bourneville en 1897, describe casos de niños con retraso mental leve e inestabilidad caracterizada por una movilidad intelectual y físicas extremas. En 1901, J. Demor compara esa inestabilidad psicomotriz con una corea mental. No es hasta 1920 que surge el concepto de Disfunción Cerebral Mínima, observando Blau, en 1936, que aquellos niños que padecieron encefalitis o traumatismo craneal presentaban como secuela hiperactividad, dificultad en el aprendizaje, trastornos emocionales y algunas conductas antisociales.

De cualquier manera, la primera descripción completa de este cuadro fué hecho por Strauss entre 1938 y 1947, caracterizándolo por hiperactividad, desinhibición, inatención y dificultad en el aprendizaje y dándole el nombre de lesión cerebral mínima. Es así que para 1964 ya había 38 diagnósticos diferentes para calificar el mismo cuadro clínico, entre ellas "niño orgánico", "comportamiento orgánico cerebral", "reacción hiperquinética de la infancia", etc. En 1962 Clements y Peters realizaron un listado de las características principales del síndrome, destacando la hiperactividad, los trastornos del aprendizaje con inteligencia normal, déficit perceptivomotor, impulsividad, inestabilidad emocional y trastornos en la atención. Por tal motivo, es en el año de 1980 con la publicación del manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales (DSM III), que por primera vez aparece la tríada sintomática de inatención, hiperactividad e impulsividad con el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención. Sin embargo en

la última revisión de dicho manual (DSMIII-R), vuelve a denominarse como Disfunción Cerebral Mínima.

#### INTRODUCCION:

La Hiperactividad es el trastorno de conducta más evidente en los niños, ya que se trata de un estado de movilidad casi permanente, que es referido por la familia como de inicio temprano en sus manifestaciones. Sin embargo, a pesar de lo aparente del cuadro raramente se diagnostica en forma temprana, y sólo es hasta la edad escolar, por la intensificación de los síntomas, y fundamentalmente por los problemas que en el aprendizaje y las relaciones interpersonales se presentan, que los maestros consideran dicha conducta como anómala.

Es importante señalar que durante muchos años este padecimiento no fué considerado con la importancia necesaria, a pesar de la elevada prevalencia del mismo en diferentes estudios de población general. Por ejemplo, en 1966 Stewart y cols reportaron en los Estados Unidos, una frecuencia del 4% del padecimiento en la población de niños en edad escolar. Por otro lado, en 1979 Lambert y Sandoval en un estudio realizado en la Bahía de San Francisco, en California, encontraron que el 1.2% de los niños en edad escolar padecían dicha enfermedad. En cambio, en 1984 Delcau reporta una frecuencia de entre 5 a 10% de frecuencia en la población escolar brasileña. En promedio puede decirse que este síndrome afecta entre un 5 a 10% de la población infantil en edad escolar, en comparación con el 0.5% de presentación para la parálisis cerebral infantil y las epilepsias.

Las estadísticas también demuestran que existe una diferencia significativa en cuanto a la proporción masculino - femenino de presentación se refiere, encontrándose resultados de 3:1 y algunos autores mencionan una proporción de hasta 10:1. En México no se han publicado reportes acerca de la incidencia de este problema.

Es indudable que los resultados anteriores presentan grandes discrepancias; sin embargo esto pudiera explicarse en base a las características naturales de las poblaciones estudiadas. Por ejemplo, los resultados publicados por Delcau en el Brasil, pertenecen a un país tercermundista que por lo mismo carece de recursos para la salud, y que por lo mismo la atención perinatal no es accesible para toda su población, y recordando lo publicado por Sidemann (1972, 1980), las causas más frecuentes relacionadas con el Síndrome de Hiperactividad, son las perinatales (70% a 80% de los casos), en tanto que las causas prenatales y postnatales comparten porcentajes.

Dentro de esos factores perinatales están el parto rápido, el parto prolongado, el parto prematuro y la malnutrición, principalmente. En cuanto a estos dos últimos factores, se ha detectado ocasionan inmadurez cerebral, mientras la hipoxia y la isquemia durante el parto prolongado, origina que las estructuras más sensibles del SNC, como cerebelo, tallo cerebral, ganglios basales y corteza inferomedial del lóbulo temporal sean los más afectados.

Por otro lado, la inmadurez y/o la esclerosis de la corteza orbito-frontal, así como de las estructuras mediales del lóbulo temporal, son las causantes de la hiperactividad, la falta de atención y los trastornos en el aprendizaje y la memoria reciente, así como de los

desórdenes del sueño y formas subclínicas de epilepsia, debido a la disminución patológica del potencial postsináptico inhibitorio de dichas estructuras

En relación a la malnutrición materna, durante o después del embarazo, debe recordarse que en condiciones normales la proliferación neuronal en el encéfalo humano es máxima alrededor de las 25 semanas de gestación, y después del nacimiento continúa en forma lenta y decreciente hasta los 3 años de edad, siendo esta proliferación postnatal en cerebro, cerebelo y tallo. Por tanto, la malnutrición materna durante el embarazo y la del niño en la vida temprana, retarda y reduce la proliferación neuronal, así como la migración, organización y mielinización del SNC.

Por otro lado, los productos prematuros, o aquellos de término, pero con bajo peso al nacer, probablemente producen en SNC una reducción de la proliferación celular o un retraso en la maduración cerebral, con la consiguiente disminución de las concentraciones de Serotonina, Dopamina, Noradrenalina, GABA y de las enzimas responsables de la mielinización del SNC.

Ahora bien, normalmente el Sistema Nervioso del recién nacido tiene diversos grados de inmadurez anatómica, fisiológica y bioquímica, que se hace más evidente cuando dicho recién nacido sufre malnutrición, o el feto cursó con amenaza de aborto o parto prematuro, por lo que el daño ocasionado a sistema nervioso puede producir diversas manifestaciones de disfunción cerebral, como parálisis cerebral o descargas epilépticas.

Como se sabe, en condiciones normales el trabajo de parto es un estrés fisiológico que se caracteriza por crisis intermitentes de hipoxia, lo que resulta en isquemia intravellosa durante las contracciones uterinas; por ello durante el trabajo de parto prolongado, la isquemia producida es la causa fundamental de la encefalopatía del recién nacido. Así, si existe hipoxia fetal, se produce un aumento de la concentración de CO<sub>2</sub>, iones hidrógeno y lactato. Los iones hidrógeno en el cerebro, al difundirse al espacio extracelular, ocasionan acidosis, la cual dilata los delgados vasos cerebrales incrementando el flujo sanguíneo regional, vasodilatación que provoca acúmulo del líquido extravascular (edema cerebral); líquido que además sufre desplazamiento del espacio extra al intracelular, provocando además edema mitocondrial y vacuolización

De esta manera, tanto las neuronas como la glía se ven afectadas, sobre todo a nivel de cerebelo, tallo cerebral, ganglios basales, corteza cerebral, estructuras mediales del lóbulo temporal y áreas subependimarias.

Se ha detectado también, que durante el descenso de la cabeza fetal por el canal pélvico, se produce compresión de la misma, con la consiguiente herniación del lóbulo temporal a través de la incisura del tentorio, provocando mayor isquemia en la zona del hipocampo, incrementándose estas complicaciones isquémicas por el edema cerebral secundario a la hipoxia.

Así mismo, en el trauma craneal a través del mecanismo de contra-golpe, las áreas más afectadas son el lóbulo temporal, seguido del área órbito-frontal.

Por todo lo anterior se desprende que el encéfalo del recién nacido tiene grados variables de inmadurez, y la revisión de diversos estudios neuroquímicos demuestran que la 5-Hidroxitriptamina, precursor de la Serotonina, se encuentra significativamente por debajo de los niveles normales, en niños afectos del síndrome de hiperactividad.

En estudios animales, se ha visto que la destrucción de la corteza órbito frontal, provoca hiperactividad, atribuyéndose los trastornos en la atención a lesiones de la primera y segunda circunvolución tèmpero-occipital (formación hipocámpica).

En cuanto al aprendizaje y la memoria reciente se refieren, hay múltiples evidencias que señalan que la formación del hipocampo (giro dentado, asta de Ammón y complejo subicular), es responsable de dichas funciones, junto con la corteza entorrinal.

Por otro lado, se ha demostrado que el núcleo amigdalino y en menor grado la corteza orbitofrontal, tienen un bajo umbral a las descargas paroxísticas, lo cual probablemente se deba a la elevada concentración de receptores opiáceos, benzodiacepínicos y gabaérgicos, que en conjunto originan una disminución del potencial postsináptico inhibitorio en dichas regiones cerebrales.

En resumen, en condiciones normales, el hipocampo y el núcleo amigdalino se encuentran más activos durante el sueño NoMOR, que durante el sueño MOR, por lo que en condiciones patológicas dicha activación



está incrementada, por lo que las distintas lesiones provocarán desórdenes en el sueño, siendo, en la Disfunción Cerebral Mínima, durante la primera mitad del sueño nocturno, debido a que en esta primera mitad predomina el sueño NoMOR, en tanto que en la segunda es el sueño MOR.

En cuanto al cuadro clínico se refiere, tenemos que de acuerdo a los criterios del DSMIII, el padecimiento se divide en dos subtipos:

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD

T Y

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION SIN HIPERACTIVIDAD

En el presente estudio fundamentalmente nos avocamos al primer subtipo, el cual se caracteriza, según el DSMIII por los criterios diagnósticos siguientes:

El niño presenta signos de falta de atención, impulsividad e hiperactividad, en relación al grado de su desarrollo. Los signos pueden ser referidos por los adultos que le rodean. Debido a que los síntomas son variables, pueden no ser directamente observados por el clínico. Es típico que los síntomas empeoren en situaciones que requieren de concentración. Puede no haber manifestaciones del padecimiento cuando el niño está a solas con el interlocutor o cuando una situación es nueva para él.

El conjunto de síntomas que se especifican a continuación corresponden a niños de 8 a 10 años, edad en la cual se observan más fácilmente

En niños más pequeños los síntomas pueden ser más graves y numerosos

ocurriendo lo contrario en niños mayores.

A. FALTA DE ATENCION: Al menos tres de los siguientes síntomas:

1. a menudo no puede acabar las cosas que empieza.
2. a menudo no parece escuchar.
3. se distrae con facilidad.
4. tiene dificultades para concentrarse en un juego.
5. tiene dificultades para concentrarse en el trabajo escolar o tareas que exijan de atención sostenida.

B. IMPULSIVIDAD: al menos tres de los síntomas siguientes:

1. a menudo actúa antes de pensar.
2. cambia con excesiva frecuencia de una actividad a otra.
3. tiene dificultades para organizarse en el trabajo sin que haya un déficit cognitivo.

4. necesita supervisión constantemente.

5. hay que llamarle la atención en casa frecuentemente.

6. le cuesta guardar turno en juegos o situaciones grupales.

C. HIPERACTIVIDAD: al menos dos de los síntomas siguientes:

1. corre de un lado a otro excesivamente o se sube a los muebles
2. le cuesta mucho quedarse quieto en un sitio o se mueve excesivamente

3. le cuesta estar sentado.

Todo lo anterior con un inicio de antes de los 7 años.

Duración de los síntomas de al menos 6 meses. Y el cuadro no se debe a Esquizofrenia, Trastorno Afectivo o Retraso Mental.

Puede pues decirse, que la sintomatología de la Disfunción Cerebral Mínima con Hiperactividad se resume en:

I. HIPERACTIVIDAD: Destructividad; Hiperactividad Verbal; Trastornos del sueño y Agresividad.

II. INATENCIÓN: Hiperactividad sensorial y Distracción.

III. IRRITABILIDAD: Conducta impredecible y Baja tolerancia a la frustración manifestada por rabietas, berrinches y sañetes.

IV. IMPULSIVIDAD: Conducta antisocial; enuresis y/o encopresis y temeridad.

V. INCOORDINACIÓN MUSCULAR: Torpeza corporal, disgrafia, ineptitud deportiva, disartria y/o dislalia.

VI. TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE: Problemas visomotores, dislexia, disociación, inversión del campo visual, perseveración, memoria deficiente y pobreza de la imagen corporal.

En cuanto al DIAGNÓSTICO, se considera que el mejor procedimiento es aquél que permita establecer un diagnóstico descriptivo, por lo que en orden de importancia, dentro de los recursos clínicos está la Historia Clínica como la fuente más importante de datos cuya correcta valoración permite ya sea un diagnóstico presuncional o con frecuencia una definición completa del mismo. Los rubros más pródigos en aportación de datos son: antecedentes personales patológicos y no patológicos, historia de desarrollo psicomotor, sintomatología actual, exploración psiquiátrica y exploración física y neurológica.

La entrevista psiquiátrica directa con el niño es de gran importancia sobre todo

porque la inspección general, la observación del estado afec-

tivo, el tono del humor, la orientación, percepción, pensamiento y lenguaje verbal y no verbal. Ayuda al diagnóstico la presencia de datos como mala orientación en tiempo y espacio, afectividad y humor inestables, verbalización inadecuada y problemas con la pronunciación de ciertas palabras (aquellas con las letras c y r) confusión de letras como la b y d, o p y q, entre otras. También hay incapacidad para lograr el dominio de la lectura, la escritura y la ortografía.

El síndrome no incluye trastornos neurológicos severos, logrando sólo obtener los llamados signos neurológicos blandos como son las alteraciones de la prueba dedo nariz, la prueba de habilidad para mover ambos ojos, la prueba del vestirse y desvestirse.

En cuanto a estudios de gabinete, el más utilizado es el EEG, habiéndose obtenido resultados que han sido clasificados en tres categorías que son: a) Anomalías difusas caracterizadas por ondas teta y delta, en mayor cantidad y voltaje del normal para su edad, sobre todo han sido encontradas en niños pequeños.

b) Anomalías focales localizadas en región cerebral temporal, uni o bilateralmente. Las ondas son teta mal organizadas. c) Anomalías con descargas paroxísticas de ondas lentas de alto voltaje y duración, sobre un trazo electroencefalográfico considerado como normal. (este resultado correspondió a niños mayores).

Debe hacerse siempre DIAGNOSTICO DIFERENCIAL con otros trastornos como: Sobreactividad adecuada; niños con ambiente familiar inadecuado; Retraso Mental moderado a profundo, al cual puede estar asociado también el trastorno por déficit de atención; algunos trastornos de conducta que tienen como signos la impulsividad, la falta de atención o la hiperactividad, y finalmente la Esquizofrenia y los Trastornos afectivos con sintomatología maniaca que puede tener síntomas

similares a los del trastorno de atención.

En cuanto al PRONOSTICO, puede decirse que los niños con sintomatología neurológica clara y que muestran conducta antisocial, tienen un mal pronóstico para su funcionamiento posterior.

Sin embargo no puede predecirse la evolución de aquellos en los que predominan los síntomas menos graves de la disfunción, por más que se enfatize la posibilidad de que un cierto porcentaje de ellos, más alto que el de los niños normales, desarrolle problemas caracterológicos importantes. Finalmente, parece estar suficientemente probado que la hiperquinesia es el síntoma que evoluciona más favorablemente hecho que no ocurre con los problemas del aprendizaje.

#### JUSTIFICACION:

Es por todo lo antes citado, que se realizó la presente investigación, intentando determinar la PREVALENCIA DEL SINDROME DE HIPERACTIVIDAD en la Consulta externa de Psiquiatría del Hospital General "20 de Noviembre", tomando en cuenta fundamentalmente que, a pesar de la sistematización de los criterios diagnósticos de este padecimiento, el diagnóstico a nivel de medicina Familiar o General, sigue sin ser detectado oportuna y adecuadamente, lo que origina que el tratamiento de estos pacientes se vea diferido en ocasiones hasta por varios años, debido tal vez, por un lado al desconocimiento de la elevada incidencia en poblaciones generales, y por otro a la falta de información tanto de padres como profesores en relación a este padecimiento, lo cual lleva a pasar por alto esta conducta anómala como simples "problemas del crecimiento", y que en realidad determinan un importante de-

terioro de su funcionamiento psicobiológico, familiar y social.

En forma colateral, el presente estudio intenta determinar alguna relación entre las alteraciones electroencefalográficas encontradas en los pacientes de este padecimiento, mencionadas por diversos autores, y las encontradas por nosotros en la población estudiada.

#### MATERIAL Y METODO:

La población estudiada estuvo integrada por el total de pacientes de entre 18 meses y 14 años de edad, que acudió a consulta de primera vez, al Servicio de Psiquiatría del Hospital General "20 de Noviembre" del ISSSTE, durante el cuatrimestre Marzo-Junio de 1988, y cuyo envío lo llevaron a cabo o bien los médicos familiares de las clínicas de primero y segundo nivel, o a manera de Interconsulta por parte de especialistas de la unidad de tercer nivel que es dicho hospital.

Se realizó la Historia Clínica, Paidopsiquiátrica mediante la cual se llegó a un diagnóstico presuntivo de acuerdo a los criterios establecidos por tres diferentes organismos internacionales de Salud: el Grupo para el Avance de la Psiquiatría (GAP), la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) con su manual diagnóstico DSMIII, y la OMS, con su clasificación ICD9. En el caso del síndrome de Hiperactividad, se llevó a cabo el diagnóstico bajo los criterios del DSMIII.

Así tenemos que según dicha clasificación el padecimiento se denominó TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD.

Una vez logrado el diagnóstico presuntivo, se procedió a clasificar los diagnósticos de envío de acuerdo a los criterios antes mencio-

nados, comparando entonces ambos, para sacar la frecuencia de uno y otro trastorno y sus diferencias.

Además, con el fin de proveer mayor confiabilidad al diagnóstico, se aplicó a todos los padres de los pacientes el cuestionario llamado ESCALA DE ACTIVIDAD DEL NIÑO de los autores Werry, Weiss y Peters, que en 1969 pusieron a prueba para poder llevar a cabo diagnósticos instrumentados para la Hiperactividad.

Se eligieron así, a aquellos pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Atención con Hiperactividad, que hubieran tenido un resultado similar en el cuestionario antes mencionado, y se determinó su distribución de acuerdo a sexos. Igual distribución se hizo de acuerdo a los diagnósticos de envío.

Posteriormente a los niños con diagnóstico final de Hiperactividad, se les envió realización de EEG, con el fin de determinar el tipo de alteración más frecuente en dicho grupo de estudio.

Así, una vez hecha la clasificación de los diagnósticos iniciales y finales, su distribución por sexos, y las alteraciones electroencefalográficas, se procedió a comparar la frecuencia del llamado Trastorno de la Atención [Disfunción Cerebral Mínima, Síndrome de Hiperactividad, Hiperquinesia], tanto en forma inicial como final, y con ello la prevalencia del padecimiento en un lapso determinado en la consulta externa, y por otro lado, las alteraciones electroencefalográficas más frecuentes en dicha población.

## RESULTADOS:

Se obtuvieron los siguientes resultados:

1. La población total estudiada durante el cuatrimestre Marzo-Junio de 1988 fué de 78 pacientes, cuyas edades fluctuaban entre los 18 meses y los 14 años de edad, distribuyéndose dicha población de acuerdo a la Gráfica No.1.

2. De dicha población, se observó que el 67% de los pacientes era del sexo masculino y sólo el 33% del sexo femenino, como se ve en la Gráfica No.2.

3. Sólo el 6.5% de la población total correspondió a un diagnóstico de envío de Hiperactividad, mientras que los llamados Trastornos de Conducta tuvieron una frecuencia de 24%. La distribución restante de los diagnósticos también puede verse en la Gráfica No. 3.

4. De acuerdo a las clasificaciones del DSMIII, el GAP, y la ICD9, se determinó la distribución de pacientes con diagnóstico final, obteniendo como resultado, que la Hiperactividad tuvo una frecuencia del 35% [28 de los 78 casos estudiados], mientras que los trastornos de Conducta sólo se presentaron en el 3.8% del total [3 casos]. El resto de las distribuciones puede verse también en la Gráfica No.4 y su anexo.

5. De acuerdo a los criterios del DSM III, al padecimiento estudiado se le denomina Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, pues también se considera una forma del cuadro sin Hiperactividad. Por ello, la Gráfica No. 5 expresa la distribución de los pacientes con el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención, con sus modalidades [con o sin Hiperactividad], y las formas asociadas a o-



tros padecimientos, habiendo obtenido que el 65% de los casos fué diagnosticado como TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD [24 de 37 casos]. Para las otras distribuciones véase Gráfica No.5.

6. La Gráfica No.6 corresponde a la distribución de pacientes con Hiperactividad de acuerdo a sexos, encontrándose que el 75% de los pacientes eran varones [24 de 32], mientras sólo 25% eran mujeres [8 de 32], lo que resulta en una proporción de 3:1, valor que coincide con lo reportado por diversos autores [Velasco Fernández, Walters y Freeman], quienes refieren que existe una relación de 3-4:1 entre ambos sexos.

7. La Gráfica No. 7 muestra que el diagnóstico inicial sólo constituyó el 6.5% del total de pacientes, mientras que a través de la segunda evaluación, por los criterios del DSMIII, el diagnóstico de Hiperactividad se elevó hasta un 35%, siendo un 28.5% más frecuente dicho diagnóstico.

8. De los 32 pacientes diagnosticados con Hiperactividad o asociada a otros padecimientos, se eliminó a este último grupo, quedando sólo 28 de ellos, de los cuales sólo a 23 de ellos pudo realizárseles EEG [72%], habiendo obtenido los resultados descritos en las Gráficas 8.9 y anexo:

a. De los 23 pacientes con EEG, 10 de ellos [43%] presentaron alteraciones Córtico-Subcorticales, de los cuales 13% se asociaron a descargas occipitales [3 de 23] Gráfica No.9 y anexo.

b. De los 23 pacientes, el 26% [6 casos], presentaron alteraciones focales simples, y de ellas 3 fueron a nivel frontal [13% del total de pacientes con EEG]; 2 con focos Occipitales [9% del total], y un caso con alteración temporal [4% del total].

d. De los 23 pacientes, 5 [26%] tuvieron EEG NORMALES;

9. La Gráfica No.10 muestra que el 30.5% de los pacientes con Hiperactividad presentan alteraciones OCCIPITALES, mientras que el 43.5% [10 de 23], presentaron alteraciones CORTICO-SUBCORTICALES, y encontrándose asociación entre ambas alteraciones.

Así, la alteración más frecuentemente encontrada en este estudio fué la CORTICO-SUBCORTICAL con DESCARGAS OCCIPITALES.

#### CONCLUSIONES:

En base a los resultados obtenidos, podemos concluir que la frecuencia de Hiperactividad a nivel de la Consulta Externa de Psiquiatría es elevada [40%], del cual 5% fueron formas de Hiperactividad asociadas a otros padecimientos, sin embargo estos resultados sólo pueden ser comparados en cuanto a la misma población estudiada basado en los diagnósticos iniciales o de envío, debido fundamentalmente a que se trata de una población con características particulares por provenir de un sector también sui generis como es el ISSSTE, y además porque los estudios que se han hecho anteriormente han sido en poblaciones generales principalmente, debido al número considerable de variables que obstaculizaría la realización de generalizaciones en otro tipo de poblaciones. Sin embargo los resultados sí pueden servirnos para inferir que a nivel institucional del ISSSTE, el diagnóstico de Hiperactividad por parte de médicos generales y familiares es muy reducido, fundamentalmente debido a que no se piensa en dicho diagnóstico por falta de información acerca de la prevalencia en población general, causas probables del padecimiento, y criterios diagnósticos bien esta-

blecidos por instituciones internacionales de Salud. Esto implica la necesidad de una mayor difusión de las características del padecimiento no sólo a nivel médico, sino también en el ámbito familiar y escolar, ya que en realidad se trata de un problema de Salud Pública de grandes repercusiones negativas, dado el deterioro psicosocial que sufre el que lo padece, y que pudiera evitarse con un diagnóstico oportuno y adecuado.

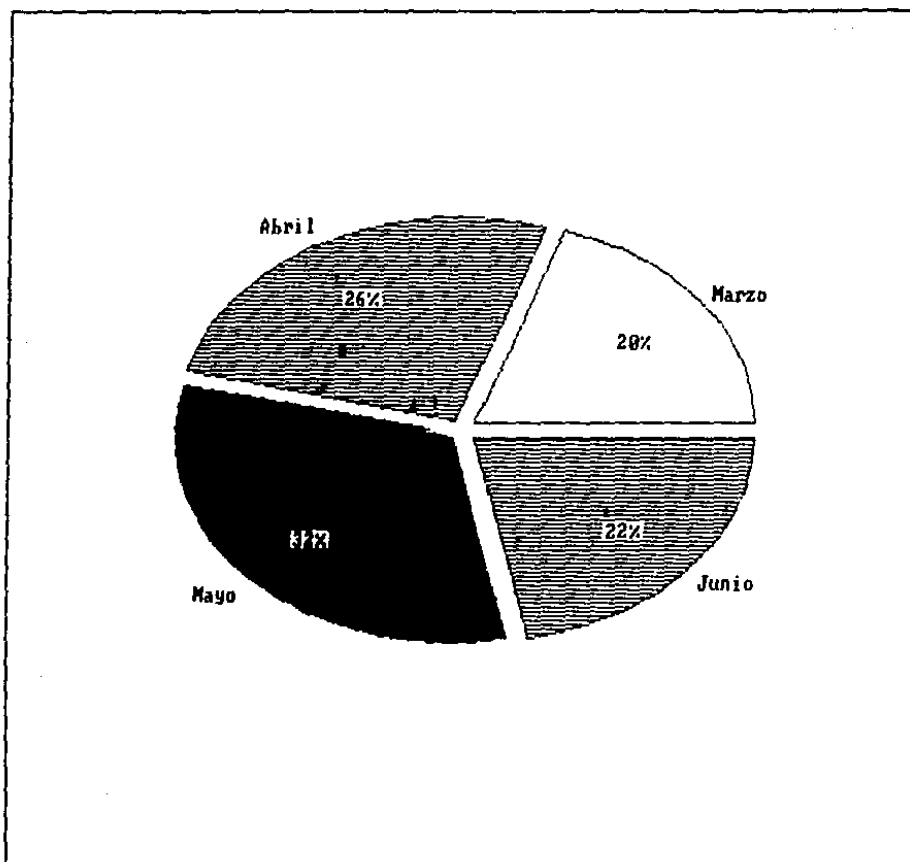
Por otro lado, se corroboró lo publicado por otros autores acerca de la proporción entre varones y mujeres en cuanto a la distribución del padecimiento, siendo esta de 3:1, respectivamente.

En cuanto a las alteraciones electroencefalográficas se refiere, sólo podemos decir que lo encontrado en nuestro estudio, coincide también con lo expresado por algunos autores y que se correlaciona con la sintomatología clínica del trastorno, fundamentalmente relacionado con síntomas tales como la hiperactividad, el trastorno en la atención, la memoria y el aprendizaje.

Sin embargo no coincide con lo encontrado por otros autores como el Dr. Rafael Velasco fernández quien refiere en sus trabajos que la alteración electroencefalográfica más frecuentemente encontrada por él es la llamada INMADUREZ ELECTROENCEFALOGRAFICA, alteración que en lo personal sólo encontramos en un caso de todos los estudiados en el presente estudio.

GRAFICA No.1

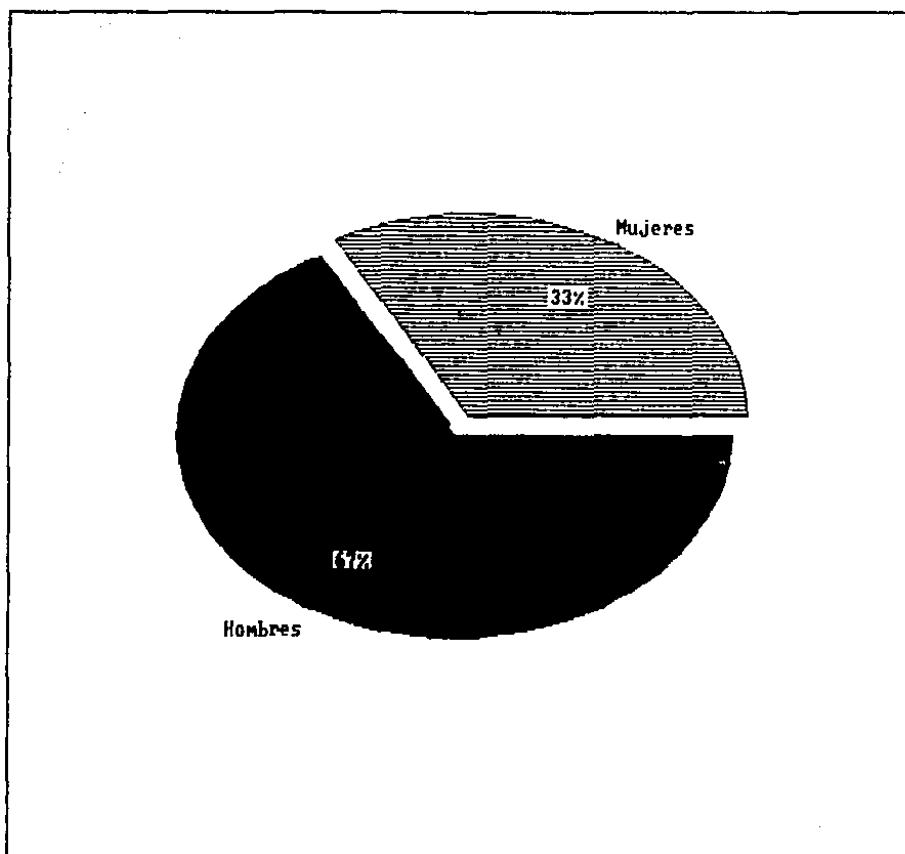
Población estudiada cuyas edades fluctúan entre los 14 meses y los 14 años.



No. de Pacientes	Año	Mes	Porcentaje
16	88	Marzo	20 %
20	88	Abril	26 %
25	88	Mayo	32 %
17	88	Junio	22 %
TOTAL 78			100 %

GRAFICA No. 2

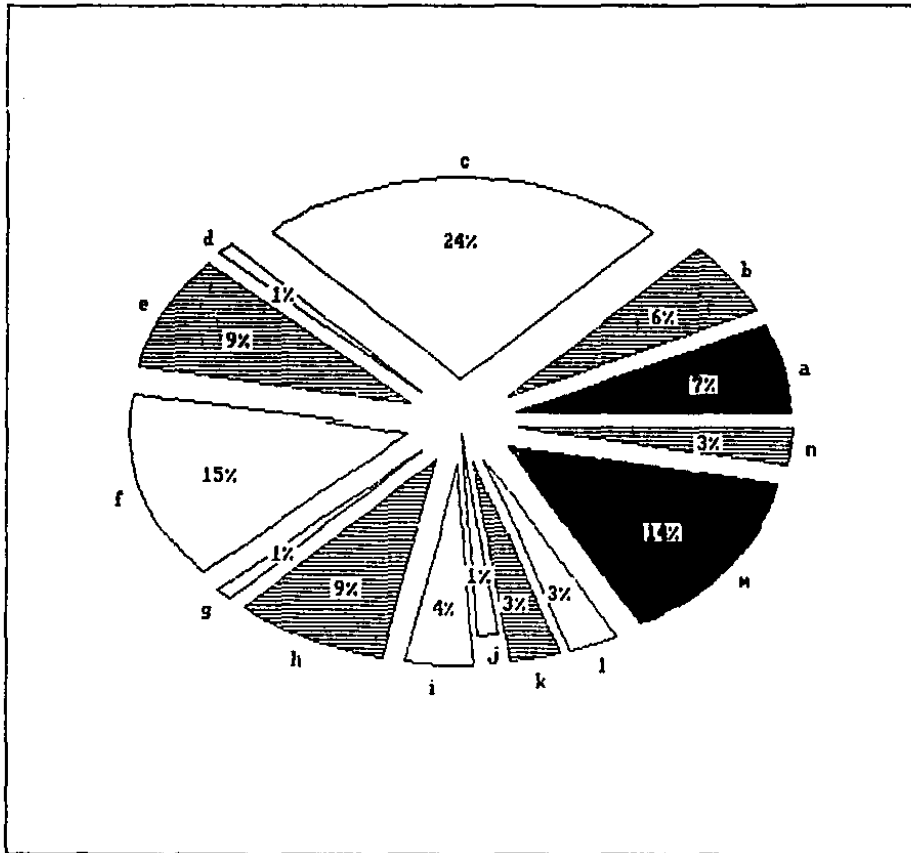
Distribución por sexos de la población estudiada



Porcentaje	Sexo	Número
33 %	F	26
67 %	M	52
TOTAL 100%		78

GRAFICA No. 3

Distribución de Pacientes de acuerdo a Diagnósticos de Envío  
(\*) Según Clasificación del DSM III en Trastornos Psiquiátricos  
(~) Según Clasificación del GAP



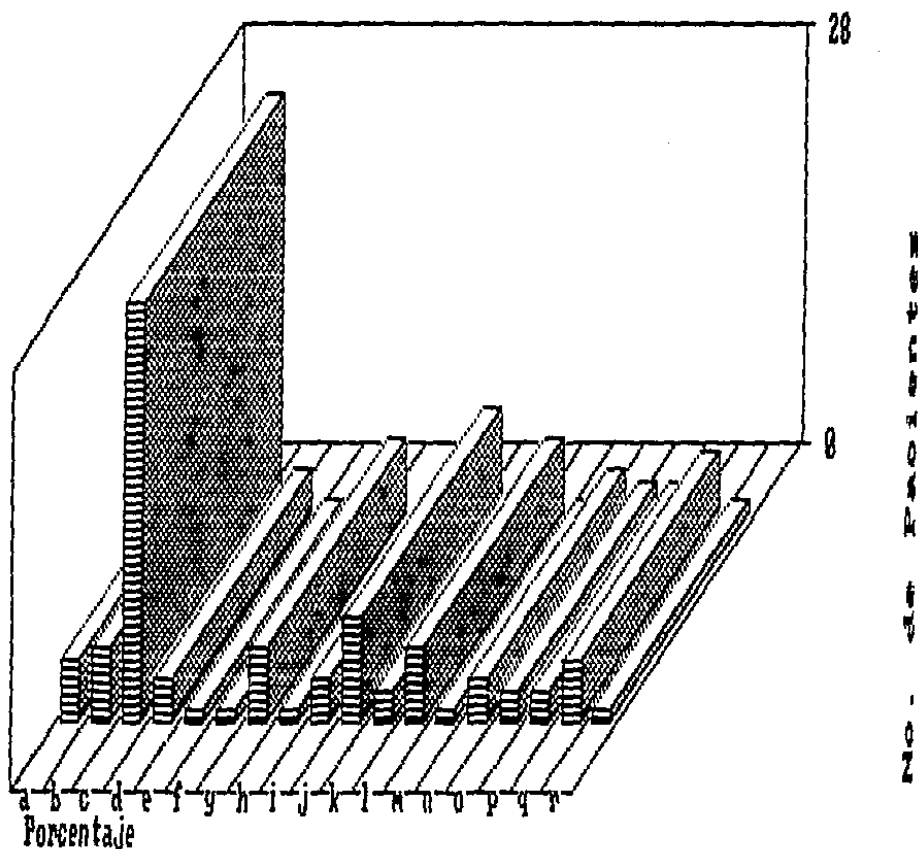
	No. de Pacientes	%	(I)
* Retraso Mental	5	6.5	a
* Trastornos por Déficit de Atención	5	6.5	b
* Trastornos de Conducta	19	24	c
* Trastornos por Ansiedad	1	1	d
* Trastornos con Manifestaciones Físicas	7	9	e
^ Problemas en el Aprendizaje	12	15	f
Problemas Audiológicos	1	1	g
Problemas en el Lenguaje	7	9	h
Crisis Convulsivas	3	4	i
^ Trastornos Adaptativos	1	1	j
^ Trastornos del Desarrollo	2	3	k
TRASTORNOS MIXTOS			
Problemas en el Aprendizaje y la Adaptación	2	3	l
Trastornos de Conducta y Problemas de Aprendizaje	11	14	m
Problemas del Lenguaje y Trastornos de Conducta	2	3	n
TOTAL	78	100	

(I) = Identificación

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA No. 4

Distribución de Pacientes de Acuerdo al Diagnóstico Final Según  
Criterios de Clasificación del DSM III y el GAF

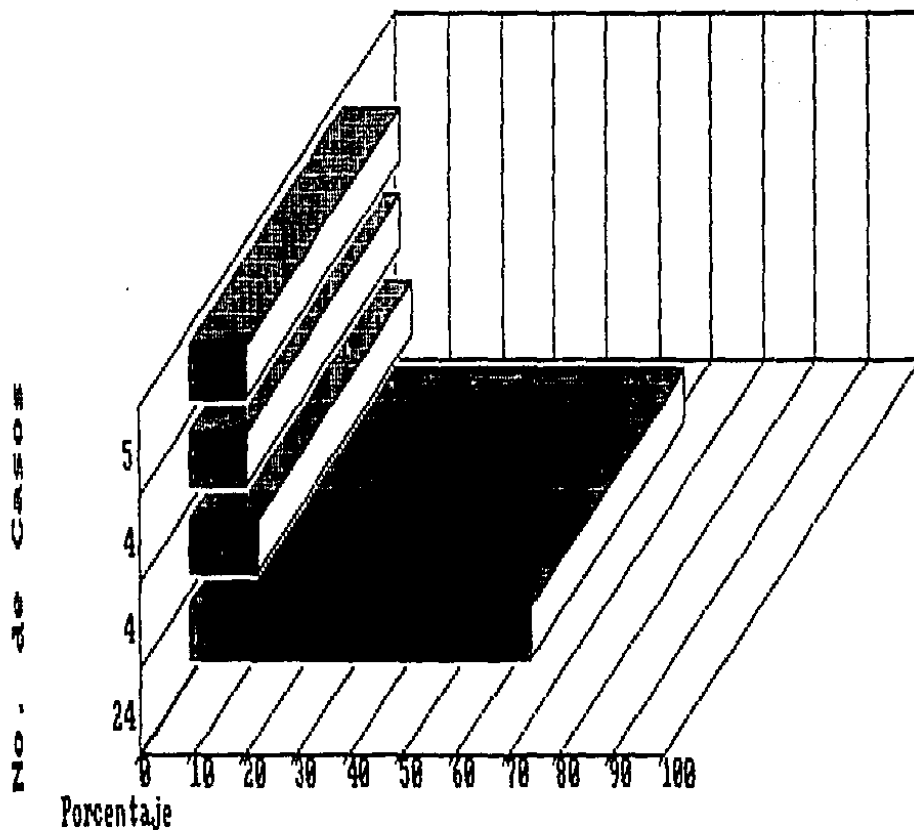




	No. de Pacientes	%	(I)
* Retraso Mental	4	5	a
* Trastornos por Déficit de Atención			
- Sin Hiperactividad	5	6.4	b
- Con Hiperactividad	28	35	c
* Trastornos de Conducta	3	3.8	d
* Trastornos por Ansiedad	1	1.3	e
* Trastornos de la Conducta Alimenticia	1	1.3	f
* Trastornos con Manifestaciones Físicas	5	6.4	g
^ Problemas en el aprendizaje	1	1.3	h
Problemas en el Lenguaje	3	3.8	i
Crisis Convulsivas	7	8.5	j
Trastornos Afectivos	2	2.5	k
^ Trastornos en la Adaptación	5	6.4	l
^ Trastornos en el Desarrollo	1	1.3	m
NORMALES	3	3.8	n
TRASTORNOS MIXTOS :			
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y Asociado a Crisis Convulsivas	2	2.5	o
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad Asociado a Problemas en el Lenguaje	2	2.5	p
Trastornos del Lenguaje Asociados a Retardo Mental	4	5	q
OTROS	1	1.3	r
TOTAL	78	100	
(I) = Identificación			

GRAFICA No. 5

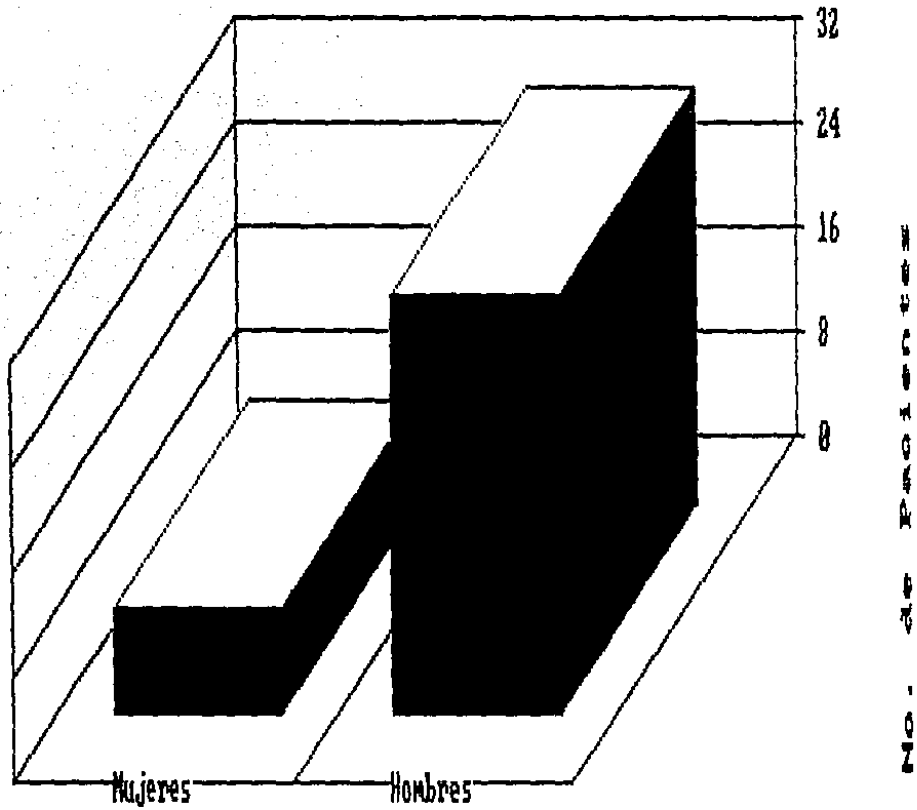
Pacientes con Diagnóstico de Trastorno Por Déficit de Atención por Subtipos



Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	24	(65 %)
Trastorno por Déficit de Atención sin Hiperactividad	5	(13 %)
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad Asociado a Retardo Mental	4	(11 %)
Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad Asociado a otros Padecimientos	4	(11 %)
TOTAL	37	(100 %)

GRAFICA No. 6

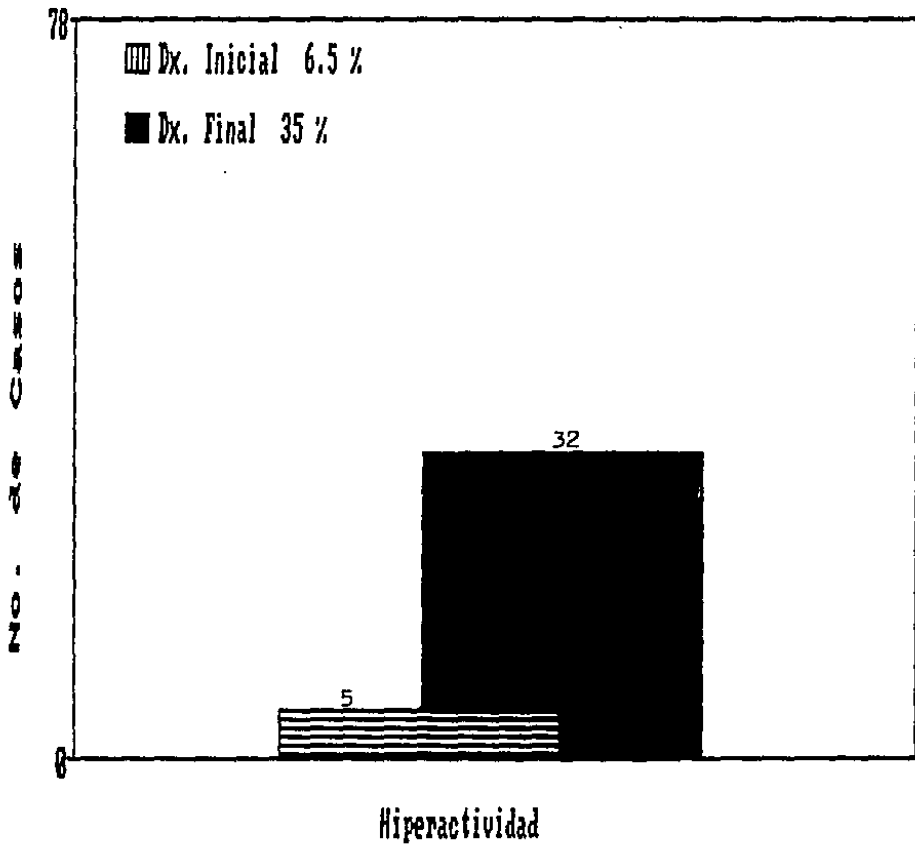
Distribución por Sexos de Pacientes con Síndrome de Hiperactividad



SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
F	8	25
M	24	75
TOTAL		100

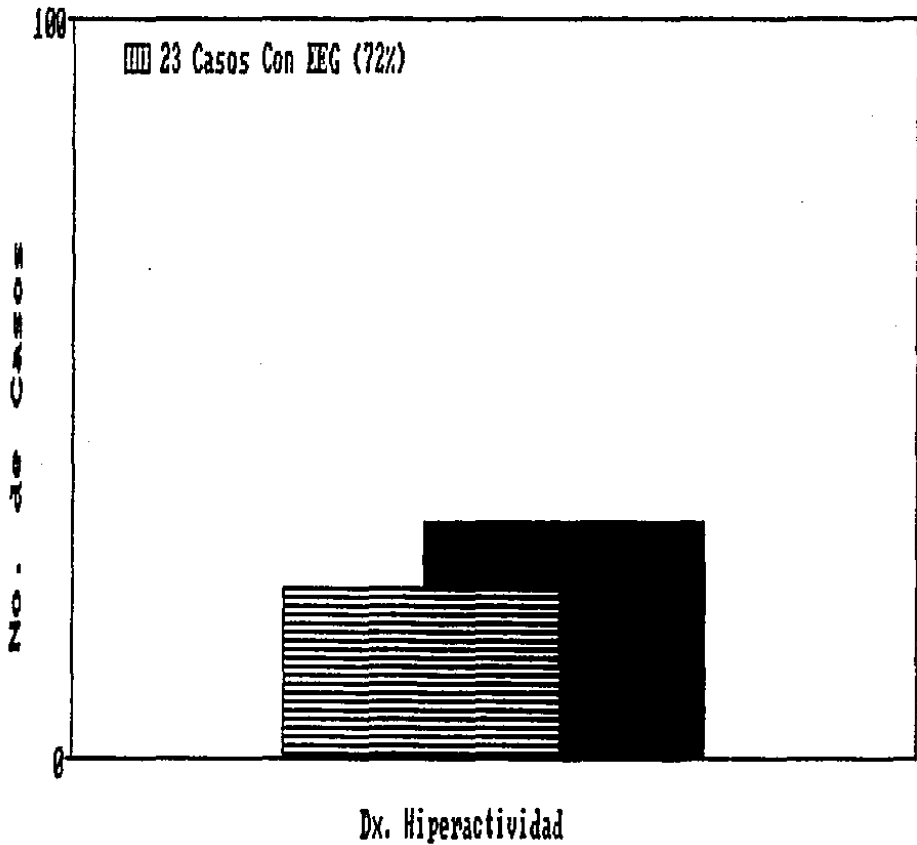
GRAFICA No. 7

Gráfica Comparativa de Diagnóstico Inicial y Final de Hiperactividad



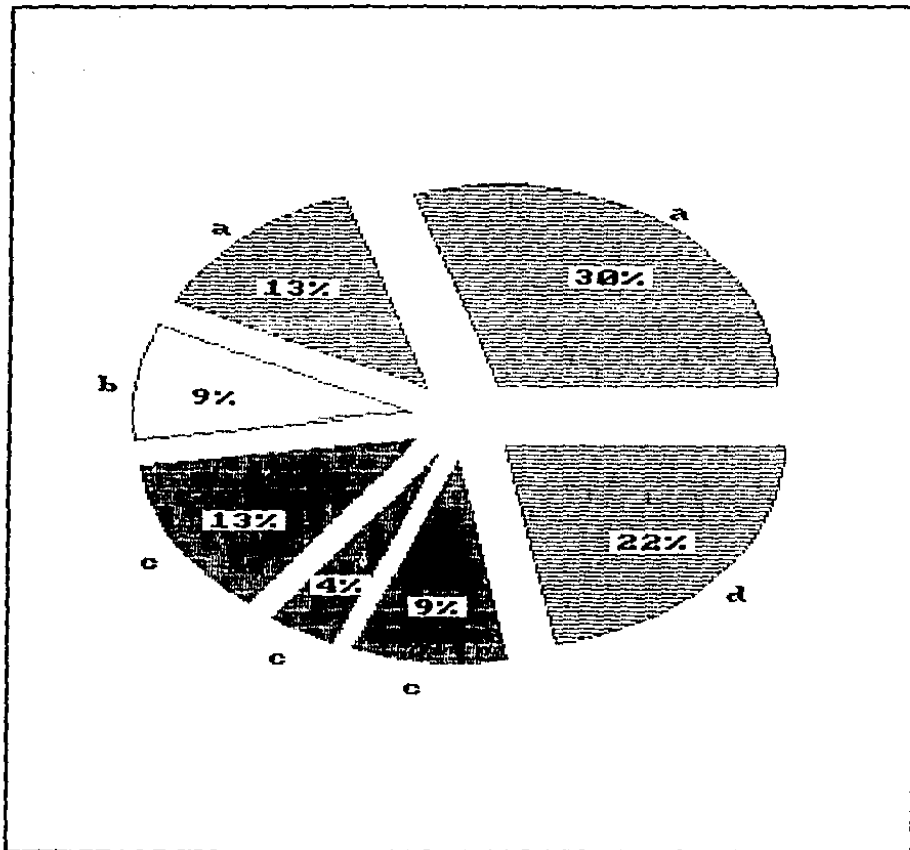
GRAFICA No. 8

Relación de Pacientes con Dx de Hiperactividad a los cuales se les realizó EEG, de un total de 32 Casos.



GRAFICA No. 9

Distribución de Alteraciones Electroencefalográficas en Pacientes con Diagnóstico Clínico de Hiperactividad



De un Total de 23 Pacientes Tenemos :

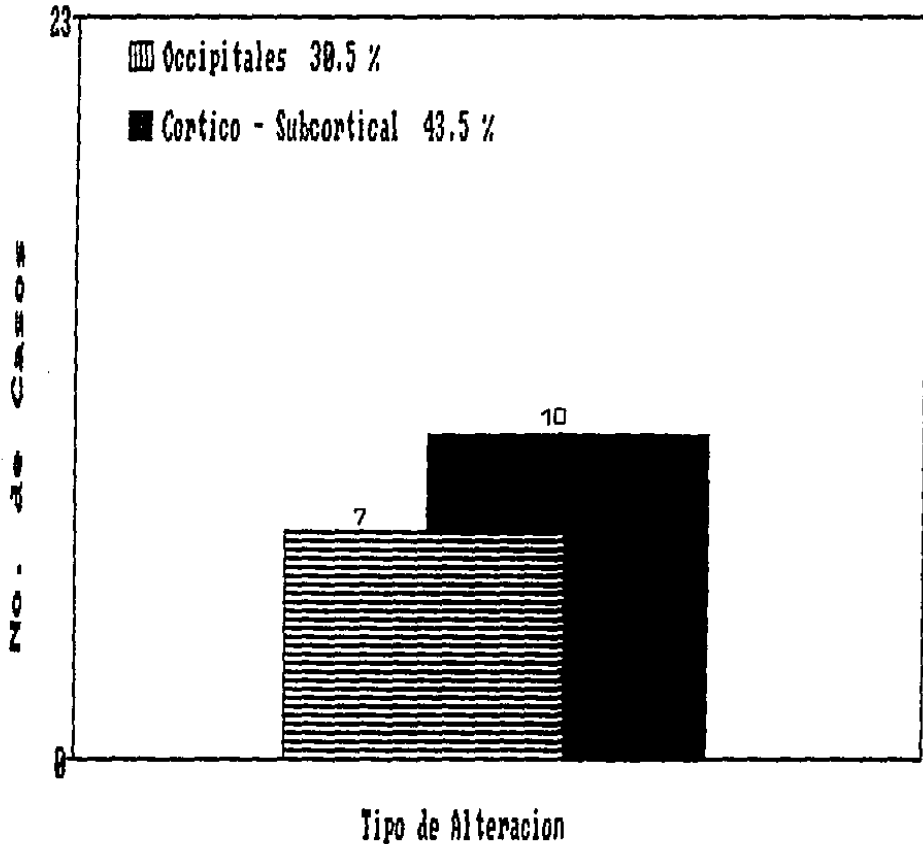
	Número	%	(*)
1.- Alteraciones Córtico-Subcorticales (10) y de ellas 3 se asociaron a descargas Occipitales (Frontales x Temporales).	7 3	30 13	a a
2.- Alteraciones Corticales, ambos casos se asociaron a descargas Occipitales-Parietales.	2	9	b
3.- Alteraciones Focales Simples (6) De ellas 3 son Frontales, 1 es Temporal y 2 son Occipitales.	3 1 2	13 4 9	c c c
4.- NORMALES	5	22	d
TOTAL	23	100	

(\*) = Identificación

GRAFICA No. 10

Distribución de Alteraciones EEG de Acuerdo a Frecuencia :

Esta gráfica permite concluir, que la alteración hallada más frecuentemente en este estudio, fue la de tipo Córtrico - Subcortical con asociación de descargas a nivel de Región Occipital.





## BIBLIOGRAFIA.

1. "EL NIÑO HIPERQUINETICO" .R.Velasco Fernández. Sexta Reimpresión de la Segunda Edición. 1988. Editorial Trillas. México, DF.
2. DSMIII MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. De la American Psychiatric Association. Edit. Masson. 1984. México DF.
3. "Hyperactive Children" Bond B; Rae.S. JAMA 1978 Marzo (6) 239(10) págs. 91 a 96.
4. "Prevalence estimates of Hyperactivity in schoolchildren" Lambert NM ; Sandoval JH; Sassone DM. Pediatric Annals Mayo 1978 Págs. 330 a 338.
5. "How common is Hyperkinesis" Glow RA. Lancet Enero de 1980 .Págs 8159 a 8189.
6. "Management of Attention Deficit Disorder" Delcau CM .South America Medical Journal. Octubre de 1984.Págs. 1273 a 1276.
7. "Quantitative criteria for attention and activity in child psychiatric patients" Dienske H. ; de Jonge G; Sanders Woudstra JA. Del Journal of Child Psychology and Psychiatry. Noviembre de 1985.Págs. 895 =915.
8. "The preschool Child: developmental themes and clinical issues" Dworkin P. Del Current Problems of Pediatric. Febrero de 1988. Páginas 73 a 134.
9. "Childhood Hyperactivity". Taylor E.A. Del British Journal of Psychiatric. Noviembre de 1986.Págs. 562 a 573.
10. De la Fuente Muñoz Ramón. "Psicología Médica". Fondo de Cultura Económica. 2a. Edición. México DF 1983.
11. "Disfunción Cerebral Mínima"II.Etiología y fisiopatología". Revista de Salud Pública de México. Rafael Cruz H; Valadez MT. 1986; (28). 495-503. Sept-Oct.
12. "Detección temprana de la disfunción cerebral mínima". Rafael Cruz H.; Valadez MT. Revista de Salud Pública de México. 1986; (28) 134-140. No. 2 Marzo-Abril.
13. "Análisis de las características de un grupo de niños con trastornos por déficit de atención" G. Macías Valadez Tamayo; MA. Verduzco. Revista de Salud Pública de México. 1986 (28) Mayo Junio 1986. No. 3.