

11226
27
2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Post-grado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Delegación Veracruz Sur.

Hospital General de Zona No. 8

Unidad de Medicina Familiar No. 61

TRASTORNOS POR DEFICIT DE
ATENCIÓN EN LA POBLACION
INFANTIL DE 4 A 12 AÑOS

TESIS

Que para obtener el Postgrado en

MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Dr. Roberto Díaz Córdoba

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



IMSS

H. Córdoba, Ver.

1992



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 está 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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
HIPOTESIS	9
OBJETIVOS	9
MATERIAL Y METODO	10
RESULTADOS	12
CONCLUSIONES	17
ANEXOS	21
BIBLIOGRAFIA	25

INTRODUCCION:

Es probable que los problemas de atención sean la causa más común de las alteraciones de la conducta y aprendizaje en niños con facultades intelectuales normales.

Los problemas del niño hiperactivo a menudo parecen los suficientemente pequeños para situarlos casi a continuidad de la normalidad. Pero estos problemas tienen la característica de ser notables y muy significativos, contindos y duraderos.

En observaciones actuales se ha establecido que los niños que cursan con trastornos por déficit de atención son causa frecuente de alteraciones en la dinámica familiar y como consecuencia de disfunción familiar.

Algunos estudios a largo plazo de pacientes con trastornos por déficit de atención en edad escolar han demostrado, que la hiperactividad generalmente disminuye en la adolescencia, pero otros rasgos asociados persisten o empeoran, presentando contínuas dificultades interpersonales a lo largo de la adolescencia y comienzo de la edad adulta.

El propósito fundamental de esta investigación es cono-cer la incidencia que se presenta en nuestro medio, realizar algunas correlaciones con factores establecidos como de alto ries

go para la presentación de este fenómeno. Asimismo esta encaminado a estimular el conocimiento y el estudio sobre el diagnóstico de los trastornos por déficit de atención por el médico familiar. Con lo anterior poder brindar al niño hiperquinético y su familia la oportunidad de un manejo adecuado.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

El término niño hiperkinético ha aparecido con frecuencia en la literatura general y científica a partir de 1950, pero se ha usado en forma excesiva, ambigua e inapropiada. Se ha dicho que en los Estados Unidos de Norteamérica existen 3 millones de niños hiperkinéticos, que son el 7% de todos los niños en edad escolar y que constituyen el 4% de la clientela pediátrica. (1).

Esta ambigüedad y exageración proviene de la falta de una definición clara en la descripción y diagnóstico de este trastorno. Durante el decenio de 1940 en adelante, muchos investigadores médicos intentaron demostrar los efectos de alteraciones orgánicas cerebrales en la conducta y las funciones psicológicas de los niños. Durante el decenio siguiente el concepto de Disfunción Cerebral Mínima se hizo popular, con la tendencia a simplificar y generalizar demasiado ese concepto, sin aquilatar las bases del diagnóstico. (1, 2).

En 1954 el Dr. Maurice W. Laufer, del Instituto Internacional de Psiquiatría Infantil en Toronto, Canadá, presentó un trabajo titulado "Desordenes del Impulso Hiperkinético en los Problemas de Conducta Infantil", que marcó un cambio en las ideas científicas acerca de este trastorno. (2).

En estudio del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de Norteamérica se mencionan 38 nombres como: Daño Cerebral Mínimo, Disfunción Cerebral Mínima, Síndrome Hiperkinético, Alteraciones del Impulso, etc., para designar este síndrome. Las pruebas actuales sugieren que Trastornos por Déficit de Atención es un término más apropiado y descriptivo. (3).

En la pasada década se han producido avances significativos en la comprensión de los trastornos por déficit de atención los más importantes no han sido a nivel tecnológico sino conceptual, el reconocimiento de que es fundamental para el diagnósti

co definir precisa y sistemáticamente la entidad clínica en --- cuestión. Es esencial para esta definición el establecimiento - de una nosología y un sistema de clasificación general aceptado que sea útil tanto para clínicos como para investigadores. (3, 5).

El desarrollo reciente de tales sistemas establece una - taxonomía y, al mismo tiempo, proporciona criterios diagnósti--cos específicos. Según la edición más reciente del Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III) de la American Psychiatric Association, el criterio para el diagnóstico se basa en 3 datos - fundamentales y 3 secundarios. Los primeros son: inatención, im pulsividad e hiperactividad; los secundarios son: principio -- del trastorno antes de los 7 años, duración por lo menos de 6 - meses y certeza de que no tiene como causa la esquizofrenia, un desorden afectivo o algún grado de deficiencia mental. y Así se han identificado 3 subtipos mayores del síndrome clínico global déficit de atención con hiperactividad, caracterizado por ina--tención, impulsividad e hiperactividad; y déficit de atención - sin hiperactividad caracterizado por inatención, impulsividad - pero no hiperactividad y déficit de atención tipo residual, tér--mino utilizado para describir adolescentes y adultos jóvenes -- que, a una más temprana edad, satisfacen los criterios diagnós--ticos de déficit de atención con hiperactividad, pero ya no --- muestran hiperactividad significativa. (4).

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud, en su Clasificación Internacional de Enfermedades, define a este padé--cimiento como: Síndrome Hiperkinético de la Infancia, utilizan--do como datos fundamentales para el diagnóstico: la distractibi--lidad, la desinhibición, la hiperactividad, la impulsividad, -- los cambios marcados del humor y la agresividad. (6).

Una amplia variedad de etiologías exógenas y endógenas - se asocian a la aparición de síntomas de déficit de atención. - La primicia de que estos trastornos resultan de un "Daño Cere--

bral" refleja al influyente trabajo de Strauss y cols., quienes formularon el concepto del "Niño con Cerebro Traumatizado". En consecuencia la idea de que los síntomas de los trastornos mencionados, resultan de alguna forma por daño estructural del cerebro, sigue siendo válida para muchos autores, para los cuales continúa vigente la denominación de síndrome de Disfunción Mínima, para designar este tipo de trastornos, en ciertos niños --- quienes exhiben una constelación de signos y síntomas relativos a la conducta y aprendizaje. Los procedimientos que permiten -- comprobar tales signos y síntomas se integran con la exploración psiquiátrica y física, la aplicación de pruebas psicológicas y el examen neurológico y electroencefalográfico. (6).

La experiencia clínica acumulada, las observaciones repetidas y la investigación científica realizada en diversos campos, permiten asegurar que el síndrome de Disfunción Cerebral Mínima existe, aunque no se este aún en posición de afirmar que conocemos suficiente y de manera segura su etiopatogénea.

Sin embargo otros autores se inclinan a pensar que no existe daño orgánico cerebral, basados en algunas teorías y observaciones realizadas actualmente. (7).

Han mencionado que la mayoría de los niños no muestran historia de traumatismo en el parto y solo, en raras ocasiones, -- hay historia de lesiones tales como encefalitis, que podrían estar ligadas a la sintomatología clínica de trastornos por déficit de atención. (7). El desarrollo de cada nueva técnica diagnóstica continúa alimentando la esperanza de poder identificar alguna prueba de la hipótesis "Daño Cerebral". Hasta la fecha, ninguno de estos procedimientos, incluyendo la tomografía computarizada ha proporcionado datos convincentes de ninguna aberración anatómica en los niños con déficit de atención. Si existe algún dato de daño cerebral su demostración debe esperar la --- aplicación de técnicas aún más nuevas como, quizá, la resonancia nuclear magnética o la tomografía de emisión de positrones. (7,8).

Se han descrito trastornos por déficit de atención como -- consecuencia de tóxicas endógenas en alumbramientos de madres - alcohólicas, denominándolo síndrome alcohólico fetal. Un problema más difícil es el papel del plomo ambiental en el desarrollo de estos trastornos, en las últimas décadas se han realizado estudios que han demostrado que aumentos discretos en la concentración de glucosa y de algunos aminoácidos precursores de los neurotransmisores, cambios que dan lugar a hiperactividad. (9).

Por otro lado hay pruebas claras que indican que los factores genéticos juegan un factor importante en la mayoría de los casos, existen estudios que indican gran influencia genética de mostrando un alta concordancia de hiperactividad en gemelos homocigóticos en comparación de los dicigóticos, hay un mayor --- riesgo de déficit de atención en los hermanos, si bien la madre o ambos padres tenían este trastorno. Los anteriores hallazgos muestran una fuerte asociación familiar, además los patrones sugieren que tiene lugar una transmisión vertical y que las diferencias sexuales observadas para el trastorno podría explicarse mediante un efecto umbral por el que las niñas precisarían una carga genética más pronunciada para el trastorno se expresase. (7).

Concluyendo diremos que en la actualidad persiste la controversia entre las 2 facciones: la que apoya la teoría del daño cerebral y la que la rechaza, y estamos en espera de nuevas pruebas y observaciones para aclarar la etiopatogénesis del síndrome.

Es fundamental para el diagnóstico utilizar una nosología que proporcione un marco diagnóstico riguroso y consistente. El desarrollo de criterios diagnósticos que emplean criterios de inclusión y exclusión, cuidadosamente definidos, representan -- uno de los avances significativos de la metodología para la comprensión de los trastornos de los niños en general y de los --- trastornos por déficit de atención. (6, 7).

El manejo de este tipo de niños debe ser integral, incluyendo: tratamiento farmacológico, técnicas educativas, psicoterapia, control dietético y modificación del comportamiento.

Los resultados de los tratamientos actuales revelan un alto porcentaje de mejoría del cuadro clínico, llegando a reportar de un 60 a 90% en los niños tratados medicamente. (9,10).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Los niños que acuden al médico por dificultades de aprendizaje en el colegio, caracterizados fundamentalmente por alteraciones en la regulación de la atención y de la actividad, representan el trastorno de conducta más difundido en los niños de edad escolar.

Los trastornos por déficit de atención son una alteración frecuente, siendo reportadas tasas de incidencia estimadas desde 1.2 hasta 20%.

Es lógico pensar que el niño con trastornos de atención siempre ha existido, sin embargo por diversas razones el reconocimiento de este síndrome como entidad clínica especial no había sido documentado sino hasta hace poco.

Se ha observado que los niños con esta patología son causa frecuente de alteraciones en las relaciones familiares y como consecuencia de disfunción familiar. Estudios a largo plazo --- muestran que los individuos hiperactivos experimentan continuas dificultades interpersonales a lo largo de la adolescencia y comienzo de la edad adulta. Además por medio de análisis cuidadosos, se ha demostrado que existen muchos recursos para ayudar al niño, así como a su familia y escuela.

Por los motivos anteriormente expuestos se revela que los trastornos por déficit de atención constituyen una entidad, frecuentemente desconocida por el médico familiar, con las repercusiones inherentes a la falta de diagnóstico y tratamiento.

HIPOTESIS:

No se reportan casos de pacientes con trastornos por déficit de atención en nuestro medio, porque no se lleva a cabo el diagnóstico.

OBJETIVOS:**GENERAL:**

Conocer la incidencia de los trastornos por déficit de atención en la población infantil de 4 a 12 años de edad, del consultorio No. 5 turnos A-C, de la Unidad de Medicina Familiar No. 61. Córdoba, Ver.

ESPECIFICOS:

- Determinar el sexo más afectado de este padecimiento.
- Conocer el número de niños afectados que cursan con hiperactividad.
- Determinar el número de niños afectados que no cursan con hiperactividad.
- Hacer una correlación entre los factores etiológicos y la aparición de trastornos con déficit de atención.
- Impartir pláticas de Higiene Mental a los padres de los niños afectados.
- Proponer una metodología adecuada y práctica para el diagnóstico de este tipo de alteraciones en el primer nivel de atención.

MATERIAL Y METODO:

El presente estudio se realizó con la población infantil - asistente a consulta externa de Medicina Familiar, en el consultorio número 5 turnos A-C, de la Unidad de Medicina Familiar - No. 61, del Instituto Mexicano del Seguro Social en Córdoba, - Ver.

Se incluyeron a todos los pacientes pediátricos con edad - comprendida entre 4 y 12 años, sin distinción de sexo, que acudieron a consulta externa de Medicina Familiar.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: niños -- con trastornos de los sentidos, especialmente sordera; retraso mental grave o profundo; trastornos del desarrollo como autismo o esquizofrenia infantil y niños con trastornos epilépticos.

Nuestra investigación se realizó del 1 de marzo de 1986 al 15 de diciembre de 1986.

Entre los recursos con los que se contaron están: un Médico Residente de Segundo Año de Medicina Familiar; Escala de Calificación Iperquinecia de Werry, Weiss y Peters (1969), anexo número 1; Criterios Diagnósticos de la Developmental Disabilities of the child Neurology Society, anexo número 2; Cuestionario sobre antecedentes sobre todo patologías relacionadas con este tipo de trastornos, anexo número 3; Guía para los padres - del Servicio de Higiene Mental del Departamento de Psiquiatría del Hospital General La Raza; expedientes clínicos y hojas de - compilación.

Durante los primeros 6 meses se realizó una revisión diaria de las formas 4-30-6, seleccionando a todos los pacientes - pediátricos con edad comprendida de 4 a 12 años, a los cuales - se le citó a las 16:00 hs. para su estudio integral. Se efectuó un análisis completo de expediente clínico en busca de antecedentes personales de importancia. El estudio integral de los pa - cientes se llevó a cabo mediante el siguiente protocolo:

Se aplicó a los cuestionarios ya elaborados a los padres de los pacientes (anexos 1, 2 y 3). Se practicó una exploración física general y neurológica a todos los pacientes. Con los datos obtenidos se elaboró una ficha de identificación.

En los siguientes 2 meses se realizó la calificación de los cuestionarios de acuerdo a criterios ya establecidos incluidos en los anexos, así como la integración de los datos obtenidos por la clínica consignándolos en la ficha de identificación.

En el tiempo restante se impartieron pláticas de Higiene Mental a los padres de los niños que resultaron con puntuaciones significativas orientadoras de Trastornos por Déficit de Atención basadas en la Guía del Departamento de Psiquiatría del Hospital General La Raza.

Y por último se realizó el tratamiento estadístico de los resultados obtenidos y la elaboración de conclusiones.

RESULTADOS:

El Universo de estudio estuvo constituido por 451 pacientes con edad comprendida de 4 a 12 años, formado por 231 pacientes (51.2%) de sexo masculino y 220 pacientes (48.7%) de sexo femenino.

La muestra tomada para la investigación fué de 52 pacientes que en relación al universo de trabajo constituye el 11.5%. Dicha muestra la constituyeron 32 pacientes (61.5%) del sexo masculino y 20 pacientes (38.4%) del sexo femenino. La distribución en relación al sexo y edad de la muestra investigada se presenta en la gráfica No. 1.

De los 52 pacientes estudiados, 7 pacientes (13.2%) resultaron con datos positivos de cursar con trastornos por déficit de atención (gráfica No. 2), de estos pacientes 5 (71.4%) fueron hombres y solo (28.5%) fueron mujeres. Además se detectaron 6 pacientes (95.7%) con trastornos por déficit de atención con hiperquinésia y 1 paciente (4.3%) con trastornos por déficit de atención sin hiperquinésia.

Entre algunas características encontradas en los pacientes investigados tenemos las siguientes: De la muestra total, 40 pacientes (76.9%) provienen de familias de tipo urbano y 12 pacientes (23.1%) provienen de familias de tipo rural; de los pacientes con trastornos por déficit de atención los 7 pacientes o sea el 100% provienen de familias de tipo urbano.

En relación a la escolaridad la muestra nos reveló, que 9 pacientes (17.3%) no asisten a la escuela; 6 pacientes (11.5%) asisten al Jardín de Niños; 35 pacientes (67.3%) acuden a la Primaria y solo 2 pacientes (3.8%) a la Secundaria; además hubo 5 pacientes (9.6%) con antecedentes de haber reprobado año escolar. Entre los pacientes afectados, 1 paciente (14.2%) no asiste a la escuela; 2 pacientes (29.5%) asisten al Jardín de Niños y 4 pacientes (57.1%) asisten a la Primaria; y solo 1 paciente (14.2%) con antecedentes de reprobado año escolar.

En cuanto al número de hermanos, en relación al total de - pacientes estudiados: 3 pacientes (5.7%) no tienen hermanos; 33 pacientes (63.4%) tienen de 1 a 3 hermanos y 16 pacientes (30.7%) tienen 4 o más hermanos. Entre los pacientes que cursan con trastornos por déficit de atención solo 1 paciente (14.2%) no tienen hermanos; 5 pacientes (71.4%) tienen de 1 a 3 hermanos y 1 paciente (14.2%) tienen 4 o más hermanos.

De la población investigada solo 3 pacientes (5.7%) asistieron a consulta por presentar alteraciones de conducta y de los casos positivos de trastornos por déficit de atención 2 pacientes (29.5%) acudieron por el mismo motivo.

De la muestra estudiada se encontraron 5 pacientes (9.6%) con retraso en el Desarrollo Psicomotriz y del grupo de pacientes afectados solamente 2 pacientes (29.5%) presentó retraso en el Desarrollo Psicomotriz.

De la población estudiada 12 pacientes (23.0%) fueron positivos los antecedentes de alto riesgo para la aparición de este síndrome y en 3 pacientes (42.9%) con trastornos por déficit de atención se presentaron estos antecedentes. Además se encontró que 9 pacientes (17.3%) del total investigado presentaron el antecedente heredofamiliar de probable hiperquinesia en un familiar cercano y en 5 pacientes (71.4%) de los 7 afectados por este síndrome se recabó este antecedente, los anteriores datos se resumen en la Tabla. No. 1.

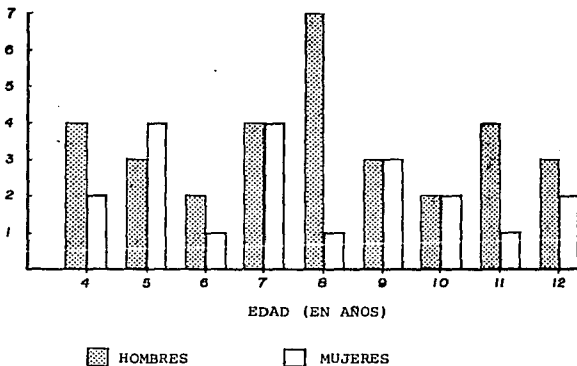
Todos los pacientes con datos de cursar con trastornos por déficit de atención presentaron los datos clínicos antes de los 7 años y con duración mayor de los 6 meses. Asimismo en todos los pacientes afectados las 2 valoraciones basadas en el interrogatorio a los padres (anexos 1 y 2) concordaron en los resultados.

Se encontró el dato que 3 pacientes (42.9%) del grupo con trastorno por déficit de atención contaban con el antecedente de alcoholismo paterno.

GRAFICA No. 1

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE LA POBLACION
INVESTIGADA

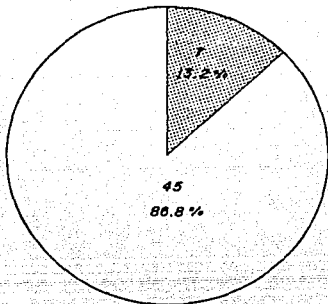
U.M.F. No. 61. I.M.S.S. CORDOBA, VER. 1986.

No. de
CASOS

FUENTE: ENCUESTA DEL INVESTIGADOR

GRAFICA No. 2

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES QUE CURSAN CON
TRASTORNOS POR DEFICIT DE ATENCION EN RELACION A
LA MUESTRA INVESTIGADA. U.M.F. No. 61. I.M.S.S.
CORDOBA, VER. 1986.



FUENTE: ENCUESTA DEL INVESTIGADOR

TABLA No. 1.

RELACION CON LOS FACTORES ETIOPATOLOGICOS CON LA APARICION DE TRASTORNOS POR DEFICIT DE ATENCION DE LOS PACIENTES DETECTADOS U.M.F. No. 61 I.M.S.S. CORDOBA, VER. 1986.

FACTORES ETIOPATOLOGICOS	No. DE CASOS
ANEMIA MATERNA GRAVE	1
APLICACION DE FORCEPS	1
EXPULSION DEMASIADO RAPIDA	1
TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO	3
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE HIPERACTIVIDAD	5

NOTA: ALGUNOS PACIENTES PRESENTARON MAS DE UN ANTECEDENTE RELACIONADO CON LA ETIOPATOGENIA.

FUENTE: ENCUESTA DEL INVESTIGADOR.

CONCLUSIONES:

En base a la presente investigación podemos llegar a las siguientes conclusiones:

El síndrome de Trastornos por déficit de Atención se presentó con una incidencia (13.2%) similar a la encontrada en promedio por otros autores. Aunque existen estudios que difieren bastante probablemente debido a la metodología utilizada, grupos de edades comprendidos en los mismos y la rigurosidad con que hayan sido aplicados los criterios diagnósticos, por lo tanto no es sorprendente que la incidencia varíe significativamente de un grupo a otro (1.2% a 20%).

En relación al grupo afectado existe un promedio del sexo masculino sobre el femenino (5:2), lo cual no se aparta de lo encontrado en estudios revisados (3:1, 4:1, 6:1). Lo anterior pudiendo estar en relación con la teoría genética que intenta explicar este síndrome.

Los trastornos por déficit de atención con hiperactividad predominaron grandemente sobre los pacientes con trastornos por déficit de atención sin hiperactividad con una relación de 6:1, esto contrasta con lo encontrado en algunos trabajos que reportan una relación de 2:1.

Entre las características encontradas en el estudio se observó que en la muestra predominó la familia de tipo urbano -- (76.9%). En el grupo de pacientes afectados, fué tajante el predominio de niños con familia de tipo urbano en un 100%. Se puede sugerir que probablemente en este aspecto este involucrada la hipótesis del papel del plomo ambiental como génesis en el desarrollo del síndrome.

En cuanto a la escolaridad el grupo de niños que acuden a la escuela primaria fué mayor tanto en la muestra como en el grupo de infantes con trastornos por déficit de atención, lo cual esta en relación a las edades presentadas en el grupo estu

diado. En relación a los años escolares reprobados la presentación fué mínima, aunque con ligero predominio del grupo de pacientes con el padecimiento. Esto por un lado nos confirma que los niños afectados por este síndrome cursan con un coeficiente intelectual normal y similar a los niños del total de la muestra. Y por otro lado nos revela los problemas escolares que tienen los niños por los trastornos de atención.

En relación al número de hermanos tanto del grupo muestra como el grupo con el padecimiento, predominaron los niños con 1 a 3 hermanos. Lo que nos da una idea del tipo de familia en cuanto a número de elementos, predominante en nuestra población investigada. Además de que nos demuestra que no existe relación del número de hermanos con la presentación de este síndrome.

La asistencia a consulta médica por la presentación de alteraciones de conducta fué mínima, aunque con predominio en el grupo de niños que presentaron trastornos por déficit de atención. Lo anterior nos da luz sobre la magnitud de los problemas conductuales que presentan estos niños, con la repercusión en el ambiente familiar y escolar principalmente. Además nos muestra la falta de conocimiento e interés de la población en general hacia este tipo de problemática.

El desarrollo psicomotriz fué normal en la mayoría de los pacientes de la población investigada. En el grupo de niños con este síndrome se presentó retraso en el desarrollo psicomotriz aproximadamente en la tercera parte, lo que concuerda con lo descrito sobre los problemas de coordinación motora que presentan éstos pacientes.

La población estudiada presentó en mínimo porcentaje antecedentes relacionados con la aparición de trastornos por déficit de atención, lo cual se incrementó en los infantes afectados por este padecimiento, siendo aproximadamente en la mitad de los casos. Representando esto un punto a favor de la teoría de la existencia de daño orgánico, la cual también especifica -

que no en todos los casos son demostrables estos antecedentes. En cuanto al antecedente heredofamiliar de hiperquinésia, en la muestra estudiada no se presento en forma significativa y en el grupo afectado se presento en forma importante. Mostrando lo anterior la posibilidad de la existencia de factores genéticos relacionados con la presentación del padecimiento, lo cual ya ha sido descrito. Hay que tomar en cuenta que el antecedente de hiperquinésia en los familiares, en un tanto subjetivo y difícil de recabar, por lo que hay que tener cierta reserva en relación a este punto.

El total de los pacientes con trastornos por déficit de atención presentaron los datos secundarios descritos por el DSM-III. Lo que apoya los criterios diagnósticos presentados por la Asociación Americana Psiquiátrica. Además hubo concordancia en cuanto a los 2 tipos de valoración utilizados, lo cual nos confirma la utilidad de las mismas.

Un dato importante encontrado fué el alcoholismo paterno - en cerca del 50% de los niños afectados, esta situación no ha sido descrita. Hay estudios que relacionan la presencia de toxinas endógenas en alumbramientos de madres alcohólicas con la aparición de trastornos por déficit de atención, lo cual no se encontró en esta investigación.

En resumen se puede concluir que si existen casos de pacientes con trastornos por déficit de atención en nuestra población, que son factibles de detectar en la consulta externa del médico familiar. Siendo de utilidad para el diagnóstico la valoración integral del paciente, aplicación de cuestionarios ya elaborados a los padres y la observación de la conducta del paciente en el consultorio.

Aunque es necesario la confirmación del diagnóstico en los servicios de segundo nivel, con estudios complementarios muy importantes como pruebas psicológicas (Bender Gestalt test) y electroencefalograma. Al mismo tiempo la instalación del tratamiento farmacológico que ha mostrado excelentes resultados.

En relación a la etiopatogenia del síndrome no podemos concluir ni confirmar ninguna de las teorías existentes, esto debido a lo pequeño de la muestra estudiada y los recursos utilizados. Así como la poca experiencia en el diagnóstico de estos -- trastornos.

Esperamos que el presente estudio sirva de motivación para continuar revisando e investigando las diversas hipótesis sobre la etiopatogenia del síndrome y así poder llegar a una conclusión final. Así mismo despertar el interés del médico familiar para el diagnóstico y el tratamiento de estos niños que tanto - necesitan de su apoyo profesional, para su desarrollo adecuado y mejorar sus relaciones interpersonales, y como consecuencia - disminuir la problemática de la dinámica familiar.

ANEXO No. 1

Escala de Calificación de Hiperquinésia de Werry, Weiss y Peters (1969). Cualquier puntuación superior a 15 puede considerarse significativa.

Escala de actividad del niño	Nunca	Algo	Mucho
	0	1	2

EN EL HOGAR DURANTE LAS COMIDAS:

- 1.- Sube y baja de las sillas.
- 2.- Interrumpe la comida sin razón.
- 3.- Se mueve en su asiento.
- 4.- Juega nerviosamente con objetos.
- 5.- Habla excesivamente.

EN EL HOGAR MIENTRAS VE LA TELEVISION:

- 6.- Se levanta y se sienta.
- 7.- Balancea el cuerpo.
- 8.- Juega con objetos.
- 9.- Habla incesantemente.
- 10.- Interrumpe a los demás.

EN EL HOGAR DURANTE EL JUEGO:

- 11.- Muestra agresividad.
- 12.- No se mantiene quieto.
- 13.- Cambia de actividad constantemente.
- 14.- Busca la atención de los padres.
- 15.- Habla excesivamente.
- 16.- Interfiere con el juego de otros.
- 17.- No mide el peligro.
- 18.- Muestra impulsividad.
- 19.- Muestra perseveración.

EN EL HOGAR DURANTE EL SUEÑO:

- 20.- Dificultades para iniciar el sueño.
- 21.- Sueño insuficiente.
- 22.- Muestra inquietud mientras duerme.

FUERA DEL HOGAR (NO EN LA ESCUELA):

- 23.- Inquietud en los vehículos.

- 24.- Inquietud durante las compras.
- 25.- Inquietud en la iglesia y/o en el cine.
- 26.- Inquietud durante las visitas.
- 27.- Desobediencia constante.

EN LA ESCUELA:

- 28.- No se concentra en el trabajo.
- 29.- Molesta a los compañeros.
- 30.- No permanece quieto en su asiento.

ANEXO No. 2

Criterios diagnósticos de la Developmental disabilities committees of the child Neurology Society. Modificados por el DSM III.

INATENCIÓN:

Se diagnostica operacionalmente cuando al menos 4 de los siguientes puntos caracterizan al niño:

- 1.- Necesita un ambiente calmado, tranquilo, o es incapáz de -- trabajar o concentrarse.
- 2.- Pide con frecuencia que se le repitan las cosas.
- 3.- Se distrae fácilmente.
- 4.- No acaba lo que empieza.
- 5.- Confunde los detalles.
- 6.- Oye, pero no parece escuchar.
- 7.- Dificultad para concentrarse a menos que la situación este estructurada punto por punto.

IMPULSIVIDAD:

Diagnosticada operacionalmente cuando aparecen, al menos, 3 de los siguientes puntos:

- 1.- Grita en clase o hace ruidos en clase.
- 2.- Es extremadamente excitable.
- 3.- Se inquieta al esperar su turno.
- 4.- Habla demasiado.
- 5.- Interrumpe a los otros niños.

HIPERACTIVIDAD:

La Hiperactividad se diagnostica operacionalmente cuando - están presentes, al menos 3 de las siguientes características:

- 1.- Se sube a los armarios y muebles.
- 2.- Esta siempre en marcha, prefiere correr a caminar.
- 3.- Esta nervioso o agitado.
- 4.- Hace las cosas de una manera ruidosa y alocada.
- 5.- Siempre tiene que estar haciendo algo o esta nervioso.

ANEXO No. 3

Cuestionario sobre antecedentes patológicos relacionados - con éste tipo de trastornos:

PRENATALES:

- Padecimientos infecciosos de la madre, principalmente rubéola
- Anoxia del producto in utero, principalmente por aspiración - de monóxido de carbono por parte de la madre, anemia grave, - hipotensión severa, infartos placentarios, etc.
- Hemorragia cerebral en el producto por: toxemia del embarazo, trauma directo, diatésis hemorrágica, etc.
- Exposición excesiva a rayos X.
- Disturbios metabólicos, especialmente la diabetes mellitus.
- Factor Rh. como causa de Kernicterus.

PERINATALES:

- Anoxia neonatorum, generalmente por obstrucción mecánica respiratoria, atelectasias, mal uso de sedantes y anestésicos administrados a la madre, placenta previa e hipotensión pronunciada.
- Distocias capaces de producir sufrimiento fetal: aplicación - deficiente de fórceps, maniobra de extracción, expulsión demasiado rápida, parto prolongado, cesárea, inducción con ocitócicos, etc.

POSTNATALES:

- Enfermedades infecciosas durante los primeros meses con: tosferina, sarampión, escarlatina, neumonías, encefalitis y meningitis,
- Traumatismos craneanos.
- Secuelas debidas a incompatibilidad del factor Rh.
- Neoplasias cerebrales.
- Anoxias accidentales pasajeras.

NOTA: Investigación por interrogatorio; si algún familiar en línea directa es sospechoso de presentar trastornos por déficit de atención.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Domeena, C., Renshaw.: El Niño Hiperactivo. México, D.F. Edit. La Prensa Médica Mexicana, S.A., 1983.
- 2.- Velasco Fernández Rafael.: El Niño Hiperquinético, México D.F., Edit. Trillas, 1984.
- 3.- Ruthmary, K., Devel.: Minimal Brain Dysfunction, Hiperkinesis, Learning disabilities, attention deficit disorder. The Journal of Pediatrics, 1981; 98 (6): 912-14.
- 4.- American Psychiatric Association.: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd Ed. Washington D. C. 1980. (DSM III).
- 5.- Berry, C.A., Shaywitz, S. E., Shaywitz, B.A.: Girls with attention deficit disorder: a silent minority A report on behavioral and cognitive characteristics. Pediatrics, 1985; 76 (5) 801-808.
- 6.- Velasco Fernández Rafael.: Conceptos básicos sobre hiperactividad infantil. Acta psiquiátr psicol Amér lat. 1983, - 29: 168-77.
- 7.- Anderson M. George., et al.: Clínicas pediátricas de Norteamérica. Madrid, España., Edit. Emalsa, 1984; 31 (2).
- 8.- Howell, D.C., Huessy, H. R., Hassuk, B.: Fifteen-year follow up of a behavioral history of attention deficit disorder. Pediatrics. 1985; 76 (2): 185-190.
- 9.- Montoya, Cabrera, M., et al.: Niveles de plomo en niños con hiperactividad y atención deficiente. Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. 1985; 42 (2): 88-91.
- 10.- Ajuria Guerra, De J.: Manual de Psiquiatría Infantil, Madrid, España., Edit. Toray-Masson, S.A., 1980.