

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



**HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 2
SALINA CRUZ, OAXACA**

FRECUENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS DE 3 A 12 AÑOS EN LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ADSCRITA AL H.G.Z N° 2 SALINA CRUZ, OAX. Y DEL H.G.S.Z N° 41 BAHÍAS DE HUATULCO, OAX. EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO DEL 2006 A DICIEMBRE DEL 2007.

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. JULIA VERÓNICA RUIZ LAVARIEGA

SALINA CRUZ, OAXACA

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

FRECUENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS DE 3 A 12 AÑOS EN LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ADSCRITA AL H.G.Z N° 2 SALINA CRUZ, OAX. Y DEL H.G.S.Z N° 41 BAHÍAS DE HUATULCO, OAX. EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO DEL 2006 A DICIEMBRE DEL 2007.

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. JULIA VERÓNICA RUIZ LAVARIEGA

AUTORIZACIONES

DR. ANTONIO ZOE

**PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
MODALIDAD SEMIPRESENCIAL
H.G.Z. N° 2 SALINA CRUZ, OAXACA**

DR. FÉLIX GARRIDO MALDONADO

**MEDICO FAMILIAR
H.G.Z. N° 2 SALINA CRUZ, OAXACA
ASESOR**

DR. RAFAEL ROJAS CARTAS

**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
H.G.Z. N° 2 SALINA CRUZ, OAXACA**

FRECUENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS DE 3 A 12 AÑOS EN LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ADSCRITA AL H.G.Z N° 2 SALINA CRUZ, OAX. Y DEL H.G.S.Z N° 41 BAHÍAS DE HUATULCO, OAX. EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO DEL 2006 A DICIEMBRE DEL 2007.

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. JULIA VERÓNICA RUIZ LAVARIEGA

AUTORIZACIONES

DR. CARLOS LAVALLE MONTALVO
JEFE INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

RECONOCIMIENTOS

A mis Padres, Tere y Jaime:

Gracias a su ejemplo de superación e ideología me han enseñado a seguir siempre adelante, poniéndome metas y cumpliéndolas. Por su apoyo y comprensión me encuentro en el lugar que algún día soñé. Les agradezco infinitamente y los amo.

A mis hermanos Sheyla y Jaime:

Por estar siempre a mi lado, aún en los momentos más difíciles y compartiendo experiencias en esta noble y hermosa profesión.

A mi adorada hija, Ximena:

Por ser el motor de mi vida, la luz que me ilumina y alienta a realizar todo y la fuerza para superar cualquier tipo de adversidad! Gracias por acompañarme en este camino que además de la enseñanza profesional que me ha dejado, a ambas nos ha enseñado a superar problemas propios de la vida, a conocernos más y a estar más unidas que nunca. Deseo con todo mi corazón hija que estés orgullosa de tu madre que te ama y da la vida por ti.

A ti **Arturo** por ser el amor de mi vida.

A todos mis **amigos** que me dieron ánimos y apoyaron siempre en forma incondicional. Martha, Gerardo, Leo, Ángela, Marisela, Dr. Luis, Dr. Estrada, Dr. Espejo, Mari, Lapita, Ileana, Ivett, etc.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por la vida, por mi familia y por mi trabajo, por ayudarme a ver las oportunidades y darme la entereza para tomarlas.

A el Instituto Mexicano del Seguro Social

Por darme la oportunidad de superarme personal y profesionalmente.

A el Hospital General de Zona Num. 2 Salina cruz

Y a todo su personal, que de una u otra forma ayudaron a mi formación académica y en donde pase un sin número de experiencias durante este periodo de formación.

Al Dr. Félix Garrido Maldonado, quien fue nuestro profesor titular por mas de 2 años y a quien en particular le he tengo una gran admiración y respeto.

A todo el personal del área administrativa que contribuyó y me ayudo a la recolección de datos para la elaboración de este proyecto: Sr. Salvador, Donás, Ezequiel, Naty, Mari, Leti, Carmelo, Sr. Eusebio, etc.

INDICE

CONTENIDO	PAGINAS
INDICE.....	3
MARCO TEÓRICO.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
JUSTIFICACIÓN.....	23
OBJETIVO.....	24
METODOLOGÍA.....	25
ANALISIS ESTADISTICO.....	31
CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	31
CONSIDERACIONES ETICAS.....	32
RESULTADOS.....	33
TABLAS Y GRAFICOS.....	35
CONCLUSIONES.....	52
ANEXOS.....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	55

1.-MARCO TEÓRICO

El Trastorno por Déficit de la Atención (TDA) o ADHD por sus siglas en inglés "Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder," es uno de los problemas más importantes de la salud mental pública infantil. Las razones son varias, entre otras, su alta morbilidad (se calcula de 1.5 millones de niños mexicanos lo padecen según datos extrapolados de los diferentes datos estadísticos internacionales), la comorbilidad presente (trastorno oposicionista desafiante 35%, trastorno de conducta 50%, trastornos de ansiedad 25%, trastornos del estado de ánimo del 15 al 75%, trastornos de aprendizaje del 10 al 92%, datos proporcionados por Biederman y Hudziak en 1993). En la Encuesta Nacional de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría "Ramón de la Fuente" recientemente publicada, se encontró en los adultos que refirieron haber tenido problemas de salud mental en la infancia trastornos de conducta del 7.3% en los hombres y del 1.4% en las mujeres, así como trastornos oposicionista desafiante del 4.0% y del 2.1% respectivamente. Con base a los datos proporcionados por los primeros autores resultaría lógica pensar que muchos de estos adultos cursaron con TDA en su historial clínico, si no es que lo siguen padeciendo. (1)

La prevalencia mundial y nacional del TDAH es de 5.2%. (Entre 3 Y 7 %) (20)

Los trastornos hiperquinéticos representan uno de los primeros motivos de consulta en los servicios de salud mental y psiquiatría de los hospitales regionales, generales de zona y subzona en el IMSS, encontrándose por orden de frecuencia, entre el segundo o tercer lugar, dependiendo de la localidad de la cual se trate y del tipo de población que se atiende predominantemente. En los servicios ambulatorios especializados que se dedican a la atención de trastornos mentales infantiles, de diferentes instituciones del sector salud, los trastornos hiperquinéticos ocupan el primer lugar como motivo de consulta. Extrapolando los datos epidemiológicos internacionales se calcula que en la República Mexicana existen alrededor de 1.5 millones de niños afectados por el trastorno. (1)

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, es uno de los trastornos neuroconductuales más comunes en la infancia, el cual puede perdurar hasta la edad adulta. Una persona con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad experimenta un nivel crónico de falta de atención, hiperactividad impulsiva, o ambas conductas, lo cual compromete seriamente su funcionamiento diario. Los síntomas de este trastorno deben presentarse a niveles por encima de los esperados para la etapa de desarrollo de una persona y deben interferir en la habilidad de esa persona para funcionar en diferentes ambientes (p. ej., en la escuela y en la casa). Es probable que una persona con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad tenga problemas en diferentes áreas de su vida, como por ejemplo en sus relaciones con la familia y otras personas de su misma edad (o pares), y en su rendimiento escolar y laboral. (2)

Por ello es una de las causas, en población infantil, de remisión a los médicos familiares o de primer nivel, pediatras, neuropediatras, psicólogos, psiquiatras infantiles y neurólogos entre otros, siendo uno de los problemas clínicos y de salud pública más importante en términos de morbilidad y disfuncionalidad, que se extiende desde la infancia a la adolescencia y hasta la vida adulta.

En 1990, Barkley lo definió como “un trastorno del desarrollo caracterizado por niveles de falta de atención, sobre actividad e impulsividad inapropiados desde el punto de vista evolutivo. Estos síntomas se inician, a menudo, en la primera infancia, son de naturaleza relativamente crónica y no pueden atribuirse a alteraciones neurológicas, sensoriales, del lenguaje o motoras graves, a retraso mental o a trastornos emocionales importantes. Estas dificultades se asocian normalmente a déficit en las “conductas gobernadas por reglas” y a un determinado patrón de rendimiento.”(3) Sin embargo, aunque está descrito desde la antigüedad, es difícil aportar la primera referencia científica al respecto, e indudablemente su inclusión dentro de un trastorno específico. Algunos señalan a H. Hoffman como el primer autor que describe claramente a un niño con déficit de atención e hiperactividad a mediados del siglo XIX. (4)

Poco después, en 1987, Bourneville describe “Niños Inestables” caracterizados por una inquietud física y psíquica exagerada, una actitud destructiva, a la que se suma un leve retraso mental. (4)

En 1901, J. Demoor señala la presencia de niños muy hábiles comportamentalmente, que precisan moverse constantemente y que asocian una clara dificultad atencional. (4)

Un año más tarde, Still describe y agrupa de forma precisa esta patología. Señala niños violentos, revoltosos, destructivos, dispersos... Quedan sin aclarar los mecanismos etiológicos, señalando un “defecto patológico en el control moral” como causa del trastorno, pero anotando indirectamente en algunos casos la presencia de rasgos dismórficos como epicantus o paladar ojival. (4)

En el año 1914, el doctor Tredgold argumentó que podría ser causado por una disfunción cerebral mínima, una encefalitis letárgica en la cual queda afectada el área del comportamiento, de ahí la consecuente hipercinesia compensatoria; explosividad en la actividad voluntaria, impulsividad orgánica e incapacidad de quedarse quieto. (5)

En 1917, R. Labora describe de nuevo las características clínicas de estos niños. Muestra niños sin déficit cognitivos ni sensoriales, nerviosos, indisciplinados, en constante actividad y desatentos. (4)

Tras estas descripciones clínicas, aparecen diferentes teorías etiológicas que se suceden hasta mediados del siglo XX. Meyer en 1904 describe características clínicas similares en niños con encefalitis traumática. Hohman en 1992 observa el comportamiento descrito como secuela de la encefalitis epidémica. Schilder en 1931 realiza una observación clara que se mantiene hasta nuestros tiempos. Refiere la presencia de la hipercinesia en pacientes con antecedente de sufrimiento perinatal, señalando de nuevo la base “orgánica” de esta patología. (4)

En 1934, Kahn y Cohen proponen el término “Síndrome de Impulsividad Orgánica” para explicar el origen orgánico del THDA. Estos autores proponen la difusión troncoencefálica como origen de la labilidad psíquica de estos niños y otras patologías conductuales. (4)

Este término es sustituido por el de “Disfunción Cerebral Mínima” por Clements y Peters, apoyando la posibilidad de un origen funcional, no exclusivamente lesivo, que recogería niños con hiperactividad y dispersión atencional, sumado a otros trastornos del aprendizaje y problemas motores leves. Apuntan teorías neuroquímicas o neurofisiológicas como base añadida de este trastorno comportamental. (4)

De forma paralela, el Grupo de Estudio Internacional de Oxford en Neurología Infantil recoge el término “síndrome de disfunción cerebral mínima” para clasificar pacientes con: hiperactividad, deterioro perceptivo motor, labilidad emocional, dispraxia, trastorno de atención, impulsividad, déficit de memoria, alteración del aprendizaje, trastorno del lenguaje y audición, signos neurológicos menores y/o electroencefalograma disfuncional . (4)

A partir de 1970, la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, así como la Organización Mundial de la Salud, en su décima revisión, sustituyen el término disfunción cerebral mínima por el de “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” (DSM-IV) o el de “Trastornos Hiperkinéticos” (CIE-10). (4)

El DSM-IV y la CIE-10 han adoptados criterios casi idénticos para la identificación de los síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad; sin embargo, son todavía evidentes las diferencias significativas entre los dos sistemas nosológicos en sus algoritmos diagnósticos (el número de criterios de cada dominio requeridos para el diagnóstico), en el papel de la inatención, en la definición de persistencia a lo largo de distintas situaciones y en el papel de la co morbilidad. (6)

Desatención o déficit de atención

- 1a** A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- 1b** A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- 1c** A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente.

- 1d** A menudo no sigue instrucciones y no finaliza actividades escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender indicaciones).
- 1e** A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- 1f** A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- 1g** A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej., ejercicios escolares, juguetes, lápices o herramientas).
- 1h** A menudo se distrae por estímulos irrelevantes.
- 1i** A menudo es descuidado en las actividades diarias.

Hiperactividad

- 2a** A menudo se mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- 2b** A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- 2c** A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos suele limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- 2d** A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- 2e** A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- 2f** A menudo habla en exceso.

Impulsividad

- 2g** A menudo precipita respuestas antes de haber sido completada la pregunta.
- 2h** A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- 2i** A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos)

Algoritmo diagnóstico

Al menos seis criterios del grupo **1** o seis criterios del grupo **2** o ambos.

CIE-10

- G1.1** Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
- G1.2** Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
- G1.3** A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
- G1.4** Imposibilidad persistente para complementar las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por un comportamiento deliberado de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).
- G1.5** Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
- G1.6** A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido.
- G1.7** A menudo pierde objetos necesarios para sus tareas o actividades, tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.
- G1.8** Se distrae fácilmente ante estímulos irrelevantes.
- G1.9** Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.
- G2.1** Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en el asiento.
- G2.2** Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
- G2.3** A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en los adolescentes o en los adultos puede manifestarse por sentimientos de inquietud).
- G2.4** Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.

- G2.5** Persistentemente exhibe un patrón de actividad motora excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.
- G3.1** Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
- G3.2** A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en situaciones de grupo.
- G3.3** A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros (Ejem. interrumpe en las conversaciones o en los juegos de los demás).
- G3.4** Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las consideraciones sociales.

Algoritmo diagnóstico

Al menos 6 criterios del grupo **G1** y 3 criterios el grupo **G2** y 1 criterio del grupo **G3**. (6)

Para cumplir los criterios diagnósticos, el trastorno debe estar presente al menos durante 6 meses, provocar un deterioro en el funcionamiento académico y social, y ocurrir antes de los 7 años. (7)

Se puede emitir uno de tres posibles diagnósticos: tipo con predominio del déficit de atención (código F98.8 [314.00]); tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (código F90.8 [314.01]) o tipo combinado (código F90.0 [314.01]). Para diagnosticar alteraciones con síntomas prominentes que no cumplen los criterios estrictos de un TDAH se puede utilizar otra categoría, la de trastornos por déficit de atención con hiperactividad no especificado (código F90.9 [314.9]).⁽⁸⁾ El trastorno por déficit de atención con hiperactividad puede diagnosticarse hacia los 36 meses de edad, pero habitualmente resulta difícil reconocerlo antes de los 5 años, dado que a partir de los 24 meses aproximadamente la fase normal del desarrollo se caracteriza por hiperactividad. La identificación se retrasa a menudo hasta la escuela primaria, donde las exigencias de quietud física son mayores, la comparación con los compañeros es más fácil y existe una mayor estimulación del grupo. ⁽⁹⁾

Durante la adolescencia y edad adulta, las personas que han sufrido este trastorno tienen aproximadamente un riesgo cinco veces mayor de consumo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas ilícitas, etc.), comportamiento antisocial

(arrestos, encarcelaciones, agresión, problemas con la ley, ingreso en instituciones juveniles) y otros trastornos psiquiátricos como depresión o ansiedad, que las personas que no han sufrido este trastorno. Los problemas académicos o educacionales persisten durante la adolescencia. (6)

La conducta hiperactiva y los problemas atencionales son causa de desajuste en las relaciones sociales y familiares, la impulsividad, la brusquedad, el no saber esperar turnos, el no estar atento a las reacciones de los demás, el ocupar más espacio del que le corresponde... son comportamientos que llevan en numerosas ocasiones a la confrontación, la pelea o al aislamiento familiar y social. (10)

En la primera infancia, desde los 6-12 meses hasta los 5-6 años, la hipercinesia en todo lugar y todo momento es la observación más común; a partir de los 7 años y, mucho más, a partir de los 10-12 años, la hipercinesia generalizada se reduce, manifestándose en comportamientos motrices más sutiles: tamborilear los dedos, cambios frecuentes de postura corporal, caminar de un sitio a otro, jugar con objetos en las manos, etc. y aparece más claramente la hiperactividad, entendida ésta cómo el hecho de estar siempre ocupado/a en algo, no estar ocioso/a prácticamente nunca.(11)

En la infancia tardía, es común que los niños con TDAH presenten inseguridad y baja autoestima. (12)

Durante la adolescencia aunque existe un pequeño grupo de casos de TDAH que incrementa sus síntomas básicos, suele existir un declinar en sus niveles de hiperactividad que se manifiesta en intranquilidad y una mejora discreta en su mantenimiento de la atención y control de impulsos. No obstante, el 70-80% de los chicos adolescentes con TDAH continúan mostrando síntomas con una extensión inapropiada para su grupo de edad. (12)

Cuando el paciente con sospecha de portar trastorno hiperactivo (TDAH) es referido a consulta externa de esa unidad hospitalaria, se deberá corroborar el diagnóstico presuncional con base a los criterios diagnósticos de la clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y de Comportamiento de la Organización Mundial de la Salud. El diagnóstico podrá ser complementado y/o corroborado con el uso de escalas específicas para precisar la tipología del trastorno. De preferencia estas escalas deberán de aplicarse a los padres en un primer momento (en la primera entrevista) y

posteriormente a los familiares cercanos y maestros (para ser entregados en una segunda entrevista o consulta). En la medida que tengamos un mayor número de fuentes de información, se tendrá una visión más objetiva de las características clínicas del caso para su manejo integral. Al respecto cabe hacer el comentario, de casos en que uno de los familiares tiene una percepción sesgada o equívoca del caso que puede confundir al clínico a la hora de decidir el tratamiento más adecuado a seguir. De ahí la importancia de tener mayor número de fuentes de información. (1)

En un estudio realizado, en donde se estudió el papel de los padres en el desarrollo de los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se llegó a la conclusión de que en primer lugar, suelen ser los padres quienes valoran si existe o no un problema, y quienes deciden si necesitan ayuda profesional. De hecho, no todos los niños con TDAH se derivan a Profesionales, con lo que una información interesante, sobre todo de cara a la actuación temprana y eficaz, se relaciona con las posibles circunstancias que empujan a una familia a buscar la ayuda de un experto.(13)

En los resultados obtenidos, se destaca que todos los padres perciben que la convivencia con su hijo hiperactivo resulta excesivamente difícil y estresante, y ejerce una influencia negativa sobre la familia. Probablemente, de acuerdo con la información de los padres, los altos niveles de estrés se relacionarían con la incapacidad de manejar el comportamiento del niño. En efecto, estudios como los de Donenberg y Baker (14) han encontrado que los niños con TDAH tienen un impacto negativo en la familia y producen mayores niveles de estrés que en niños sin ninguna patología; es más, presentan un nivel de interferencia en la familia similar a la de los niños con sintomatología del espectro autista (que se considera como la mas grave en el desarrollo). También otros autores, como Kendall (15), en un estudio realizado con 15 familias de niños con TDAH, encontró que, a pesar de que algunas situaciones disruptivas podían variar con la edad y con el estado de desarrollo del niño, los padres describían que vivir en una familia con TDAH era caótica, conflictiva y agotadora, acompañada continuamente de conflictos familiares, con consecuencias individuales, de pareja, o donde se involucraban los demás miembros de la familia. Numerosos estudios señalan que la vida social de los padres y del niño con TDAH se limita más, tratan de evitar las salidas y visitas a otros, como consecuencia de los

continuos rechazos y desaprobaciones en la manera en que tienen los padres de enfrentarse y resolver el comportamiento problemático del niño.

En relación con esto, nuestros resultados ponen de manifiesto que los padres de niños con TDAH se encuentran más incómodos públicamente y en las visitas, por lo que necesitan dar más explicaciones a otros en relación con su comportamiento.⁽¹³⁾

La amplitud de manifestaciones problemáticas que conlleva un niño con TDAH implica una necesidad de desplegar distintos recursos en el tratamiento de estos niños, lo cual repercute en el costo de la crianza y en el costo psicoeducativo. Concretamente, el sistema educativo atiende las necesidades educativas especiales de estos chicos; sin embargo, la gravedad y determinados aspectos más clínicos del trastorno hacen que los padres, además, sientan la necesidad de buscar más asesoramiento para manejar el comportamiento en casa.

Por otro lado, las relaciones padres-hijo suelen marcarse por enfrentamientos y desacuerdos, debido a que los niños con TDAH son menos complacientes, más negativos y menos sumisos. Todas estas interacciones, desencadenan claramente conflictos maritales, pero, a pesar de estos desacuerdos, el porcentaje de padres separados encontrado en este estudio es bastante bajo. Estos resultados coinciden con los datos obtenidos en los estudios que han intentado comparar el porcentaje de separación/divorcio en padres de niños con TDAH de padres de niños controles ^(16,17).

Es posible que a pesar de que existen vínculos entre el TDAH y la insatisfacción marital, pueden reflejarse más en una convivencia difícil (p. Ej., enfrentamientos, desacuerdos, dificultades de relación entre hermanos, etc.) que afecta a toda la familia, que en llegar a la separación de los padres. Podemos concluir que la intervención con padres mejora las atribuciones y expectativas con relación a la problemática de su hijo, así como los conocimientos sobre la naturaleza del trastorno. En definitiva, es lógico que la información adquirida sobre los conocimientos generales del TDAH les haya permitido tomar conciencia del curso y evolución del trastorno de su hijo y comprender qué es lo que realmente pasa.

Los factores familiares no son la causa original del TDAH, pero pueden amplificar y mantener el trastorno. Por ello, los terapeutas necesitan asumir un

papel psicoeducativo dirigido al entrenamiento sistemático en familias, ya que constituye un factor esencial en el éxito de las intervenciones terapéuticas. (13)

El diagnóstico del TDA es el ejemplo clásico del diagnóstico clínico. Esto es, se realiza mediante la toma de una historia clínica detallada y un examen físico completo, que incluye de manera fundamental la observación de la conducta. No existe ninguna prueba de laboratorio o gabinete que afirme o niegue la presencia del problema. Esta condición particular hace que el diagnóstico pueda resultar sencillo o muy complejo. La sensibilidad de la familia, de los maestros o de los examinadores influye en que los casos pasen inadvertidos o que se exagere su presencia. (1) De aquí, que hay que considerar, que el diagnóstico sigue siendo una conclusión clínica basada en el conocimiento y la experiencia del examinador. (1)

Las pruebas que son de utilidad en la valoración integral del niño con TDAH y que se encuentran en el arsenal de pruebas que se cuentan en la institución son WISC, WAIS-R, CAT y BENDER. (1)

El manejo del TDAH es multidisciplinario, integral e individualizado, en el cual el enfoque psicofarmacológico constituye la piedra angular del tratamiento. (18)

El tratamiento es uno de los temas más controvertidos en los niños con TDAH, sin embargo la mayoría de los autores coinciden en que el tratamiento pueden prolongarse por periodos que van de los seis meses hasta varios años, siempre y cuando exista un monitoreo estricto de los síntomas y del desarrollo integral del niño. (1)

El tratamiento farmacológico se basa en la administración de medicación estimulante, misma que actúa sobre el nivel de actividad contribuyendo al control y corrección de la motricidad. Al existir este aumento de la atención durante la actividad y del control en la respuesta, es posible obtener mejoras a nivel perceptivo e intelectual. (19)

Sin embargo la duración prolongada tiene sus inconvenientes en la forma como los padres interpretan el hecho, como es el que estos perciban que su hijo se ha vuelto "adicto" a los medicamentos, o que estos puedan provocar algún daño en su desarrollo. Mucho se ha discutido al respecto y hay diversas publicaciones que avalan las evidencias a favor de que el tratamiento dure hasta que se vea un avance significativo de los síntomas clave que generaron los problemas del niño y motivaron la consulta. Hasta el momento los estudios

que se han realizado no han demostrado la existencia de ninguno de estos problemas, ni en lo físico, ni en lo cognoscitivo. (1)

Los estimulantes representan el grupo de medicamentos más utilizado y con mayor evidencia científica; entre ellos el metilfenidato que ha demostrado un elevado índice de eficacia.

Existen opciones farmacológicas diversas útiles en el manejo del TDAH solo o con co morbilidad, como los medicamentos no estimulantes (atomoxetina, antidepressivos tricíclicos, agonistas alfa adrenérgicos y modafinilo).

El abordaje psicosocial enfatiza los programas psicoeducativos, ya que ofrecen resultados favorables en la intervención de otras áreas afectadas en el funcionamiento y la adaptación individual, dentro del entorno escolar, social y laboral. (20)

Los enfoques de intervención psicosocial están dirigidos al manejo del trastorno considerándolo como una condición crónica y donde el tratamiento es a largo plazo, y el objetivo es el manejo de problemas conductuales y emocionales con: Entrenamiento a padres y maestros, manejo de contingencias, combinación de los enfoques previos con manejo farmacológico. Las estrategias de intervención pueden ser diferentes de acuerdo al tipo de dificultad que el paciente enfrente para contender con las demandas del momento. (20)

También se habla de Terapias Alternativas para el TDAH que son procedimiento con fines terapéuticos que no ha sido evaluada su eficacia empleando una investigación científica basada en reglas internacionalmente aceptadas: estudios controlados y aleatorios apropiadamente diseñados. Pueden ser biológicas, como las terapias nutricionales en las cuáles se restringe la ingesta de algunos alimentos (ácidos grasos, azúcares, alimentos con salicilatos, etc.) o se recomienda la ingestión de dosis altas de vitaminas, oligoelementos (Cadmio, Cobre, Zinc principalmente) u Omega 3 sin que se haya probado un déficit específico de estas sustancias de una forma adecuada (pruebas en cabello y sangre periférica) por lo cual no se justifica el indicar su ingesta y además no se ha probado que el corregir el supuesto déficit mejore la sintomatología de TDAH. Existe una línea de investigación seria en Ácidos Grasos Esenciales que apuntan a que éstos podrían ser útiles en el tratamiento del TDAH. Las terapias no biológicas en las que se involucra la utilización de

las vías sensitivas o manipulaciones de las partes del cuerpo para producir un efecto sobre el funcionamiento cerebral (neurofeedback {NFB}, integración auditiva) que no ha podido replicarse en estudios científicos que avalen su uso y las terapias en las que se inyecta o se indican sustancias orales tienen un riesgo alto de daño físico. El NFB tiene pocas referencias científicas que, aún cuando adolecen de problemas metodológicos, apuntan a que el NFB, bien utilizado, puede ser un buen complemento en el tratamiento multimodal convencional para el TDAH. Es importante expresar que, si bien, algunas son inocuas, existen otras con un potencial de daño físico y/o mental y pueden dejar secuelas irreversibles en los niños. Además se debe considerar que todas tienen repercusiones económicas, morales, pérdida de tiempo para el manejo adecuado, favorecen complicaciones, comorbilidades y efectos dañinos sobre la función familiar. Los profesionales de la salud debemos estar familiarizados con las terapias no probadas científicamente, que se ofrecen como tratamiento para los trastornos del neurodesarrollo, para poder informar, psicoeducar y asesorar a los padres y familiares de nuestros pacientes; también deberemos poder informarles de todas las alternativas y métodos existentes científicamente comprobados que se pueden utilizar para ayudarlos. Los padres y familiares de niños con TDAH son vulnerables ante cualquier persona, institución o método que les ofrezca una solución rápida, fácil y en muchos casos la curación del trastorno. (20)

Por más de medio siglo hemos conocido la utilidad del uso de medicamentos estimulantes en TDA. El primer fármaco de estas características que se usó fue la anfetamina, en su forma D y L-anfetamina, posteriormente se agregaron la forma Dextro de la anfetamina, el metilfenidato, una forma de acción prolongada del mismo y el pemoline. Todos los estimulantes comparten el núcleo feniletilamina, que es el que los hace efectivos en TDA. Las anfetaminas se difunden hacia las vesículas neuronales que contienen dopamina, facilitando que ésta se escape al citoplasma. Igualmente permite que este neurotransmisor sea liberado al espacio sináptico, mientras que al unirse a la proteína transportadora de dopamina, bloquea la recaptura hacia la célula y la vesícula. Un mecanismo similar ocurre con la norepinefrina. Este mecanismo modifica las influencias inhibitoras de la corteza frontal sobre las estructuras estriadas. (18)

Los estimulantes se absorben rápidamente, alcanzan su máximo efecto 2 horas después de haberse ingerido y tienen una vida media de 3 a 6 horas. Ocasionalmente pueden verse algunos efectos después de este tiempo. La ingestión de alimentos no modifica su absorción. Existen algunas formas de liberación prolongada que pueden extender el efecto hasta 8 horas o un poco más. Una preparación encapsulada en un medio osmótico de liberación lenta permite que el metilfenidato se libere a lo largo de varias horas. Su eficacia en niños con TDA alcanza un promedio del 80%, en adolescentes esta cifra disminuye ligeramente. Sus efectos sobre la cognición y el comportamiento han sido probados en múltiples estudios. Mientras más severos son los síntomas, mayor es la respuesta. En términos generales, existe una mejoría significativa de la capacidad de concentración, la hiperactividad y la impulsividad. Un 25% de los niños y adolescentes, no responderán o tendrán efectos secundarios intolerables. el medicamento debe de ser tomado no solamente para mejorar en la escuela sino para poder disfrutar mejor de todos los momentos, los pros y contras deben de ser evaluados de manera individual y cuidadosa, la terapéutica farmacológica debe de ser siempre parte de un manejo integral.⁽¹⁸⁾ Por lo que la primera línea de tratamiento farmacológico son: Metilfenidato (Mfd) (acción corta/liberación larga/ liberación sostenida), Anfetaminas y Atomoxetina.

Se debe verificar que la medicación haya sido administrada adecuadamente en dosis y tiempo antes de decidir modificarla, en el caso de metilfenidato un mes y en el caso de atomoxetina dos meses (seis semanas). Las dosis recomendadas en escolares son para Metilfenidato : 1 mg/kg/día y para Atomoxetina 1.2 mg/kg/día. Antes de optar por otro medicamento, es necesario que él médico revalore el diagnóstico y los posibles trastornos asociados. La opción del metilfenidato de acción corta debe evaluarse en la ingesta de tres veces al día. La segunda línea de tratamiento farmacológico son: Antidepresivos tricíclicos, antagonistas alfa-adrenérgicos (clonidina), modafinilo y burpropion. Los antidepresivos triciclos (imipramina), tienen una larga historia de uso y efectividad en el TDAH con la debida vigilancia sobre posibles efectos cardiovasculares. Otros Medicamentos como los antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina) son útiles cuando algunos síntomas (impulsividad o agresividad) son graves o persistentes.⁽²⁰⁾

La Federación Mundial de la Salud Mental (organización internacional en conjunto con el Dr. Russ Barkley, Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Medicina del Sur de Carolina, Estados Unidos, y los laboratorios Lilly, llevaron a cabo un estudio que es punta de lanza: un cuestionario aplicado a los padres de niños con TDAH. Los hallazgos principales fueron mostrados en un evento para medios durante el 16 Congreso Mundial de la Asociación de Psiquiatría y Profesionales Relacionadas para Niños y Adolescentes (IACAPAP, por sus siglas en inglés), efectuada en Berlín el 24 de agosto del 2004. ⁽²¹⁾

El cuestionario Sin Fronteras fue aplicado en Australia, Canadá, Alemania, Italia, México, Países Bajos, España, Reino Unido y Estados Unidos. El objetivo del cuestionario es destacar las experiencias de la gente afectada por el TDAH (individual y de los miembros de su familia).

Una preocupación mayor es el aspecto de que el acceso a un doctor y el tiempo que toma el realizar el diagnóstico (en promedio, para los países encuestados es alrededor de dos años, y más de 3 años en Italia), lo cual es mucho tiempo en el desarrollo de un niño. ⁽²¹⁾

Casi todos los padres encuestados:

- El 91% reportaron que se sienten estresados o preocupados por el TDAH de sus hijos.
- El 63% dijo que las actividades familiares son alteradas por el comportamiento del niño.
- Más de la mitad 53% de los padres sienten que sus hijos han sido excluidos de actividades sociales
- El 86% expresó preocupación por la manera en que el TDAH afecte el éxito académico de sus hijos.

En los resultados del cuestionario aplicado en México, reportó: Más de la mitad (53%) de los papás dijeron que sus niños fueron mal diagnosticados de inicio, con algún otro desorden antes del que se hiciera un diagnóstico correcto de TDAH. Este dato resultó mayor en México que en cualquier otro país participante en esta investigación.

Impacto en el niño con TDAH:

- El 87% de los padres están preocupados por la manera en que el TDAH afecta el éxito académico de sus hijos
- El 77% de los padres piensan que sus hijos han sido excluidos de actividades sociales debido a su comportamiento.

Impacto en la Familia:

- El 93% de los padres con frecuencia se sienten estresados o preocupados por el TDAH de sus hijos.
- El 50% de los padres piensan que las actividades familiares son alteradas debido al problema de comportamiento de su hijo.
- Sobre la hora del día en que se tiene mayor dificultad para enfrentar los síntomas del TDAH, el 72% reportó que es en las mañanas temprano, el 74% reportó que por la noche, comparado con un 91% que reportó que el horario escolar es el difícil o muy difícil.

Experiencia del diagnóstico.

- El tiempo promedio que pasa desde que un padre visita por primera vez a un profesional de la salud para hablar acerca del comportamiento del niño, hasta llegar al diagnóstico por un especialista, es de 1.9 años.
- El 55% de los padres sienten que el proceso del diagnóstico es demasiado largo
- El 77% de los padres piensan que el pediatra de sus hijos no tiene mucho conocimiento acerca del TDAH
- El 50% de los padres encontró que es difícil que los refieran a un médico especialista.

Perspectivas del tratamiento:

- El 75% de los padres reporta que el tratamiento ayuda a aliviar la presión y el estrés en toda la familia.
- El 66% de los padres dice que el tratamiento ayuda a la interactividad social del niño
- El 93% de los padres están de acuerdo en que los niños deberían tener la posibilidad de recibir medicamento para el TDAH si así lo deciden sus padres.
- El 81% de los padres quieren un tratamiento que mejore los síntomas durante todo el día
- Sólo el 32% de los padres sienten que el tratamiento que el niño recibe actualmente controla efectivamente los síntomas durante todo el día.⁽¹⁾

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El TDAH es una causa muy frecuente de consulta que se presenta en el 1er nivel de atención, según las referencias nacionales e internacionales y que equivale a un 3 a 7 %, se considera ya como un problema de salud pública por los trastornos que puede llegar a ocasionar a nivel del individuo, familia y sociedad.

Puede diagnosticarse hacia los 36 meses de edad, pero habitualmente resulta difícil reconocerlo antes de los 5 años, dado que a partir de los 24 meses aproximadamente la fase normal del desarrollo se caracteriza por hiperactividad. La identificación del trastorno no se realiza o se retrasa a menudo hasta la escuela primaria, sin embargo los profesores y padres son los principales en detectar y acudir con el niño a un primer nivel de atención en etapas tempranas, sin embargo los padres han referido que sus niños fueron mal diagnosticados de inicio, con algún otro desorden antes de que se hiciera un diagnóstico correcto (21); ya que el médico familiar desconoce o no tiene las herramientas necesarias para realizar el diagnóstico.

Los padres perciben que la convivencia con su hijo hiperactivo resulta excesivamente difícil y estresante lo cuál ejerce una influencia negativa sobre la familia: el 55% de los padres sienten que el proceso del diagnóstico es demasiado largo, el 77% piensan que el pediatra de sus hijos no tiene mucho conocimiento, el 50% encontró que es difícil que los refieran a un médico especialista, el 87% de los padres están preocupados por la manera en que afecta el éxito académico de sus hijos y el 53% sienten que sus hijos han sido excluidos de actividades sociales. (21)

Numerosos estudios señalan que la vida social de los padres y del niño con TDAH se limita más, tratan de evitar las salidas y visitas a otros, como consecuencia de los continuos rechazos y desaprobaciones en la manera en que tienen los padres que enfrentar y resolver el comportamiento problemático del niño, además de recorrer escuelas en donde los acepten y tengan los recursos necesarios para su educación y no sean relegados o aislados del resto.

La mayoría de los autores coinciden en que el tratamiento pueden prolongarse por periodos que van desde los seis meses hasta varios años, siempre y cuando exista un monitoreo estricto de los síntomas y del desarrollo integral del niño. (1) Vale la pena realizar la inversión para poder prevenir las complicaciones subsecuentes que el no tratarlos ocasionaría, sin embargo esto nos da un panorama de la inversión que significa el tratamiento farmacológico y que desafortunadamente no está al alcance de todos los pacientes.

La amplitud de manifestaciones problemáticas que conlleva un niño con TDAH implica una necesidad de desplegar distintos recursos en el tratamiento, lo cual repercute en el costo psicosocial, y psicoeducativo, así como en el tratamiento integral (psicólogo, psiquiatra o paidopsiquiatra, neurólogo y pediatra).

Por tal motivo yo considero imprescindible conocer la frecuencia con que este trastorno se presenta en los niveles de primer atención de cada una de las unidades de medicina familiar para así poder detectar si dicho trastorno se está diagnosticando adecuadamente o simplemente se está omitiendo o dando poca importancia. En esta etapa de la investigación se iniciará con el HGZ 2 y el HGZ 41 en su respectiva área de Medicina Familiar

¿Cual es la frecuencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños de 3 a 12 años en la población derechohabiente del Instituto Mexicano Del Seguro Social adscrita al Hospital General de Zona N° 2 Salina Cruz, Oax. y del Hospital General de Subzona N° 41 Bahías de Huatulco, Oax. En el periodo comprendido de enero del 2006 a diciembre de 2007?

3.- JUSTIFICACIÓN

El TDAH es uno de los trastornos neuroconductuales más comunes en la infancia, que puede perdurar hasta la edad adulta, se considera como uno de los motivos más frecuentes de consulta y un problema de salud pública. ⁽²⁾ ***La prevalencia de este trastorno se sitúa aproximadamente en el 6 % (3 a 10%) esta, supondría la existencia en nuestro país de 400.000 niños y adolescentes afectados.*** ⁽²²⁾

El médico de Atención Primaria se encuentra en una posición privilegiada para diagnosticar y tratar esta alteración de enorme trascendencia para el desarrollo global del niño, siendo este el de primer contacto con la familia.

La importancia del diagnóstico oportuno de los niños con TDHA es porque se ha observado que el marco familiar es idóneo para la aparición de problemas derivados de cualquiera de los tres síntomas principales del síndrome que son: inatención, hiperactividad e impulsividad y es en la familia donde con más frecuencia aparecen las peleas, la desobediencia, la rebeldía, la oposición o la mentira y los padres a menudo confiesan su impotencia al manejo de tales hechos. ⁽²⁰⁾

La alta prevalencia de este trastorno, sus consecuencias para el desarrollo educacional y social del niño, las implicaciones de este trastorno para la vida adulta, su asociación a morbilidad por abuso de sustancias, la inestabilidad laboral, marital y conductas antisociales; además de ser repercusiones que para la familia y sociedad son muy costosas, sin la detección oportuna puede llegar a desintegrar el núcleo familiar. ⁽²⁰⁾

Por lo que la mejoría que ofrece un diagnóstico oportuno y la implementación inmediata del tratamiento conjunto, unido a la abordabilidad por el Médico Familiar, hacen conveniente el estudio de esta patología para poder conocer si en realidad el médico familiar la está detectando o simplemente se pasa desapercibida. ⁽²⁰⁾

En el medio donde se realiza este estudio se cuenta con los instrumentos necesarios para la detección, diagnóstico, seguimiento y tratamiento oportuno.

4.- OBJETIVO GENERAL:

Identificar la frecuencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños de 3 a 12 años en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social adscrita al Hospital General de Zona con Medicina Familiar N° 2 Salina Cruz, Oax. y del Hospital General de Subzona con Medicina Familiar .

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Determinar quien realiza la detección del Trastorno por Déficit De Atención e Hiperactividad.
- 2.- Determinar la frecuencia con que se realiza la detección del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- 3.- Determinar la edad mas frecuente, en los niños detectados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- 4.- Determinar quien realiza el Diagnóstico del Trastorno por Déficit De Atención e Hiperactividad.
- 5.- Determinar la frecuencia con que se realiza el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- 6.- Determinar la edad mas frecuente del diagnóstico en los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

5.- MATERIALES Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Observacional Por que no hay intervención por parte del investigador y éste se limita a medir las variables que define en el estudio

Transversal Por que se desarrolla en un "momento" concreto del tiempo

Retrospectivo Se realiza desde un punto cero hacia atrás en tiempo. Del 1° de enero del 2006 al 31 de Diciembre del 2007

Analítico Que procede o se desarrolla por vía de análisis

Comparativo Referido a adjetivos y a algunos adverbios, se aplica al grado que denota una relación de comparación

Descriptivo Por que se aplica para deducir una circunstancia que se esté presentando; describiendo todas sus dimensiones, en este caso se describe el objeto a estudiar

POBLACION

1.- El universo de trabajo fue de 19,962 niños de 3 a 12 años de edad que acudieron a consulta de 1ª. Vez a ambos hospitales; 10,064 al HGZ N° 2 de Salina Cruz y de 9,898 al HGSZ N° 41 de Bahías de Huatulco, de los que se estudiaron sólo los que presentaron Diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que fueron 79 pacientes, 53 pertenecientes al Hospital General de Zona con Medicina Familiar N° 2 Salina Cruz y 26 al Hospital General de Subzona con Medicina Familiar N° 41 Bahías de Huatulco.

LUGAR

1.- Pacientes de la Zona Istmo – Costa del Estado de Oaxaca.

TIEMPO

1.- Del 1 De Enero Del 2006 Al 31 De Diciembre Del 2007

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se estudiaron 79 niños de 3 a 12 años de edad, 53 del HGZ N° 2 Salina Cruz y 26 de HGSZ N° 41 de Bahías de Huatulco Diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el periodo comprendido del enero del 2006 a Diciembre del 2007.

Se solicitó al servicio de informática de ambos hospitales la cantidad de pacientes de 3 a 12 años que acudieron a consulta de primera vez en el periodo de Enero del 2006 a Diciembre del 2007 al servicio de medicina

Familiar ; misma que se obtuvo del Sistema de Informática de Medicina Familiar (SIMF).Reportando un total de 10,064 para el HGZ N° 2 y 9,898 para el HGSZ 41.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

1.-INCLUSION

- Edad: Niños de 3 a 12 años
- Ambos sexos
- Derechohabientes del IMSS De La Zona Istmo-Costa adscritos al Hospital General de Zona con Medicina Familiar N° 2 Salina Cruz y al Hospital General de Subzona con Medicina Familiar N° 41 Bahías De Huatulco Oax.
- Que Cuenten Con Expediente Clínico Manual ò Electrónico

2.- DE EXCLUSIÓN

- Aquellos que no cumplan los criterios anteriores.

3.- DE ELIMINACIÓN

- No tengan completo su expediente.
- Pacientes sin el diagnóstico de TDAH
- Pacientes con diagnóstico erróneo.
- Pacientes dados de baja durante el periodo del estudio.

INFORMACIÓN A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR

Variables

Definición Operativa	Escala de Medida
<p>Edad</p> <p>Tiempo transcurrido del nacimiento al momento de la encuesta y edad de la detección.</p>	<p>Años Cumplidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aleatoria • Numérica
<p>Sexo</p> <p>Diferenciación de género establecido en base a las características sexuales secundarias.</p>	<p>Masculino Y Femenino</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aleatoria • Nominal o Cualitativa • Dicotómica
<p>Detección</p> <p>Personal de salud que realizo la detección por primera vez.</p>	<p>Medico Familiar, Pediatra Neurólogo, Psiquiatra Y Psicólogo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aleatoria • Nominal O Cualitativa
<p>Diagnóstico</p> <p>Personal de salud que emitió El diagnostico por primera vez</p>	<p>Medico Familiar, Pediatra Neurólogo, Psiquiatra Y Psicólogo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aleatoria • Nominal ó Cualitativa
<p>Tratamiento</p> <p>Si lleva tratamiento o no</p>	<p>Tipo De Tratamiento y con quien lo lleva.</p> <p>-Medico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo • Psiquiatra • Neurólogo • Pediatra • Médico Familiar <p>-Psicoterapia -Farmacológico</p>

Definición Operativa	Escala de Medida
<p>FRECUENCIA</p> <p>Número de veces que ocurre una cosa en un determinado tiempo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativa
<p>TDAH</p> <p>El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, es uno de los trastornos neuroconductuales más comunes en la infancia, el cual puede perdurar hasta la edad adulta. Una persona con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad experimenta un nivel crónico de falta de atención, hiperactividad impulsiva, o ambas conductas, lo cual compromete seriamente su funcionamiento diario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa
<p>POBLACIÓN</p> <p>Conjunto de individuos que constituyen el objeto de estudio de una encuesta y de entre los que se extrae la muestra.</p> <p>Conjunto de personas que habitan la Tierra, un país o un lugar determinado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa
<p>DERECHOHABIENTE</p> <p>Es el beneficiario directo y legal del asegurado en su calidad de cónyuge o conviviente o sus hijos Persona cuyo derecho deriva de otra.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa nominal

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

ALEATORIA SIMPLE

Se revisaron las hojas de concentrado de información diaria de consulta de especialidades del HGZ N° 2 Salina Cruz y del HGSZ N° 41 Bahías de Huatulco del periodo enero del 2006 a diciembre del 2007 y se solicitó al Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) una relación de los pacientes con el diagnóstico de Trastorno con Déficit de Atención e Hiperactividad que fueron atendidos por médicos familiares en el mismo periodo en ambos hospitales.

Al tener los números de afiliación se buscaron los expedientes manuales y electrónicos para su revisión, posteriormente se requirió una Cedula de Información por cada expediente con Diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Periodo 2006-2007 obteniéndose la información para el presente estudio

6.- Análisis Estadístico

Se realiza análisis con las medidas de tendencia central (Media, Mediana y Moda) así como de dispersión (Frecuencia).

7.- CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDAD	2006	2007						2008		
	NOV-DIC	ENE-FEB	MAR-ABR	MAY-JUN	JUL-AGO	SEPT-OCT	NOV-DIC	ENE-FEB	MAR-ABR	MAY-JUN
1.-ELABORACION DEL PROTOCOLO	■									
2.- SOLICITUD DE APROBACION A COMITÉ LOCAL		■								
3.- REALIZACION DEL ESTUDIO			■	■	■	■				
4.- ANALISIS ESTADISTICO							■	■		
5.-ELABORACION DE CONCLUSIONES									■	
6.- RESUMEN										■

ELABORO: R3MF. DRA JULIA VERONICA RUIZ LAVARIEGA
FECHA DE ELABORACION: NOVIEMBRE DEL 2006

8.- Consideraciones Éticas

El presente estudio se apega a las consideraciones de los principios de la Investigación Médica establecidos en La Declaración de Helsinki que es un documento oficial de la Asociación Médica Mundial, organismo representante mundial de los médicos, fué adoptada por primera vez en 1964 (Helsinki, Finlandia) y revisada en 1975 (Tokio, Japón), 1983 (Venecia, Italia), 1989 (Hong Kong), 1996 (Somerset West, Sudáfrica) y 2000 (Edimburgo, Escocia). Ha sido enmendada cinco veces (creciendo de 11 a 32 párrafos), la última en 2000. En el año 2002 se le agregó una nota de clarificación al párrafo 29. y en el 2004 otra al párrafo 30, siendo la actual versión (2004) la única oficial.

El principio básico es el respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador es solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10) o el voluntario (Artículos 16 y 18), y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones (Artículo 9).

El reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos y los grupos necesita especial vigilancia (Artículo 8). Se reconoce que cuando el participante en la investigación es incompetente, física o mentalmente incapaz de consentir, o es un menor (Artículos 23 y 24) entonces el permiso debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo. En este caso su consentimiento es muy importante (Artículo 25).

Así mismo de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en el rubro de investigación médica, así como las normas dictadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social para el mismo fin.

La información obtenida será confidencial y servirá para mejorar la calidad de la Atención Médica en la atención del primer nivel.

9.- RESULTADOS

Posterior a recabar y analizar los datos ,se obtuvo un total de 159 números de afiliación con el Diagnostico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de los cuales solo se encontraron 93 expedientes, 62 del HGZ N ° 2 Salina Cruz y 31 del HGSZ N° 41 Bahías de Huatulco entre clínicos y electrónicos.

Se procedió a la revisión de los expedientes y se encontró que 9 expedientes del HGZ N° 2 Y 5 del HGSZ N° 41 se encontraban incompletos por lo que se excluyeron.

Resultando 79 expedientes en total, con los que se trabajó, siendo revisados para recabar la información, 53 pertenecientes al HGZ N° 2 Salina Cruz y 26 al HGSZ N° 41 Bahías de Huatulco.

También se solicitó al servicio de informática de ambos hospitales la cantidad de pacientes de 3 a 12años que acudieron a consulta de primera vez en el periodo de Enero del 2006 a Diciembre del 2007 al servicio de Medicina Familiar ; misma que se obtuvo del Sistema de Informática de Medicina Familiar (SIMF).Reportando un total de 10,064 para el HGZ N° 2 y 9,898 para el HGSZ 41.

Se requisito una “Cedula de Revisión del Expediente” (anexo 1) por cada expediente, de donde se obtuvieron los datos para este estudio.

Resultando en forma importante que el Medico Familiar predominó como personal que realizó la Detección del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad con un porcentaje del 64 % del total de casos estudiados (79 casos) y el Psiquiatra como el más bajo con un 1% de detecciones. (Tabla 3).

De los pacientes detectados por el Médico Familiar, éste sólo Diagnosticó al 15.2 %, siendo el Neurólogo y el Psiquiatra quienes Diagnosticaron a la mayoría de los casos (38 % y 36.7% respectivamente).Tabla 6

La edad más frecuente del Diagnóstico fue a los 6 años y la incidencia en cuanto a género predominó el masculino sobre el femenino 2:1. Tabla 12.La media, la moda y la mediana fueron de 6 años.

El Médico Familiar de los 12 casos que Diagnosticó, sólo en uno aplicó pruebas diagnósticas y el resto los diagnosticó sólo en base al cuadro clínico. Sin embargo el Psiquiatra fué el que aplicó el mayor número de pruebas (24 pruebas de 29 pacientes que Diagnosticó) Tabla 18.

En cuanto al Tipo de Tratamiento los resultados reflejaron que de los 79 pacientes sólo el 21.5 % utilizó Tratamiento sólo Médico , el 16.4 % sólo fue manejado con psicoterapia, el 47 % con Tratamiento Médico y Psicoterapéutico y el 15.1 % sin Tratamiento (8.8% por no aceptar el Tratamiento y el 6.3 % por abandono) .

De los 67 pacientes que recibieron tratamiento sólo el 13.4 % fue en forma multidisciplinaria, valorado por la especialidad de Pediatría, Neurología, Psicología y Psiquiatría; en su mayoría un 62.6 % sólo fue visto durante su tratamiento por sólo uno o dos especialistas.

10. TABLAS Y GRAFICAS

TABLA 1 PERSONAL QUE REALIZO LA DETECCIÓN HGZ CON MF N° 2

PERSONAL QUE DETECTO	GENERO		SUBTOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
MEDICO FAMILIAR	23	8	31
PSICOLOGO	2	1	3
PEDIATRA	4	2	6
NEUROLOGO	6	3	9
PSIQUIATRA	1	0	1
OTROS	3	0	3
SUBTOTAL	39	14	53

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

TABLA 2 PERSONAL QUE REALIZO LA DETECCIÓN HGSZ 41.

PERSONAL QUE DETECTO	GENERO		SUBTOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
MEDICO FAMILIAR	13	6	19
PSICOLOGO	1	1	2
PEDIATRA	1	1	2
NEUROLOGO	2	1	3
PSIQUIATRA	0	0	0
OTROS	0	0	0
SUBTOTAL	17	8	26

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

TABLA 3 COMPARATIVO DE QUIEN REALIZO LA DETECCION EN AMBOS HOSPITALES

PERSONAL QUE DETECTO	GENERO		SUBTOTAL	%
	HOMBRES	MUJERES		
MEDICO FAMILIAR	36	14	50	64
PSICOLOGO	3	2	5	6
PEDIATRA	5	3	8	10
NEUROLOGO	8	4	12	15
PSIQUIATRA	1	0	1	1
OTROS	3	0	3	4
SUBTOTAL	56	23	79	100%

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

TABLA 4 PERSONAL QUE REALIZO EL DIAGNOSTICO EN EL HGZ CON MF N° 2

PERSONAL QUE DIAGNOSTICO	GENERO		SUBTOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
MEDICO FAMILIAR	3	1	4
PSICOLOGO	0	1	1
PEDIATRA	1	1	2
NEUROLOGO	14	4	18
PSIQUIATRA	21	7	28
SUBTOTAL	39	14	53

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

TABLA 5 PERSONAL QUE REALIZO EL DIAGNOSTICO EN EL HGSZ N° 41

PERSONAL QUE DIAGNOSTICO	GENERO		SUBTOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
MEDICO FAMILIAR	6	2	8
PSICOLOGO	2	2	4
PEDIATRA	1	0	1
NEUROLOGO	7	5	12
PSIQUIATRA	1	0	1
SUBTOTAL	17	9	26

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

TABLA 6 COMPARATIVO DEL PERSONAL QUE REALIZO EL DX.

PERSONAL QUE DIAGNOSTICO	GENERO		SUBTOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
MEDICO FAMILIAR	9	3	12
PSICOLOGO	2	3	5
PEDIATRA	2	1	3
NEUROLOGO	21	9	30
PSIQUIATRA	22	7	29
SUBTOTAL	56	23	79

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

TABLA 7 EDADES DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN EL HGZ 2

EDADES ACTUALES	HOMBRES	MUJERES	SUBTOTAL
2 AÑOS	0	0	0
3 AÑOS	2	1	3
4 AÑOS	1	0	1
5 AÑOS	3	0	3
6 AÑOS	6	1	7
7 AÑOS	6	2	8
8 AÑOS	5	4	9
9 AÑOS	3	2	5
10 AÑOS	6	0	6
11 AÑOS	2	2	4
12 AÑOS	4	3	7
SUBTOTAL	38	15	53

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

TABLA 8 EDADES DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN EL HGSZ 41

EDADES ACTUALES	HOMBRES	MUJERES	SUBTOTAL
2 AÑOS	1	0	1
3 AÑOS	0	0	0
4 AÑOS	1	1	2
5 AÑOS	1	2	3
6 AÑOS	0	1	1
7 AÑOS	2	0	2
8 AÑOS	2	4	6
9 AÑOS	1	0	1
10 AÑOS	6	0	6
11 AÑOS	0	1	1
12 AÑOS	1	2	3
SUBTOTAL	15	11	26

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

TABLA 9 COMPARATIVO DE LAS EDADES DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN EL HGZ 2

EDADES ACTUALES	HOMBRES	MUJERES	SUBTOTAL
2 AÑOS	1	0	1
3 AÑOS	2	1	3
4 AÑOS	2	1	3
5 AÑOS	4	2	6
6 AÑOS	6	2	8
7 AÑOS	8	2	10
8 AÑOS	7	8	15
9 AÑOS	4	2	6
10 AÑOS	12	0	12
11 AÑOS	2	3	5
12 AÑOS	5	5	10
SUBTOTAL	53	26	79

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

TABLA 10 EDADES DEL DIAGNOSTICO EN LOS PACIENTES EN EL HGZ 2

EDADES DEL DIAGNOSTICO	HOMBRES	MUJERES	SUBTOTAL
2 AÑOS	2	0	2
3 AÑOS	5	1	6
4 AÑOS	4	0	4
5 AÑOS	3	0	3
6 AÑOS	9	3	12
7 AÑOS	4	4	8
8 AÑOS	4	2	6
9 AÑOS	3	1	4
10 AÑOS	2	2	4
11 AÑOS	0	0	0
12 AÑOS	3	1	4
SUBTOTAL	39	14	53

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

TABLA 11 EDADES DEL DIAGNOSTICO EN LOS PACIENTES EN EL HGSZ 41

EDADES DEL DIAGNOSTICO	HOMBRES	MUJERES	SUBTOTAL
1 AÑO	1	0	1
2 AÑOS	1	0	1
3 AÑOS	1	1	2
4 AÑOS	2	0	2
5 AÑOS	3	2	5
6 AÑOS	0	3	3
7 AÑOS	2	0	2
8 AÑOS	1	1	2
9 AÑOS	3	1	4
10 AÑOS	2	0	2
11 AÑOS	1	0	1
12 AÑOS	0	1	1
SUBTOTAL	17	9	26

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

TABLA 12 COMPARATIVO DE EDADES DEL DIAGNOSTICO

EDADES DEL DIAGNOSTICO	HOMBRES	MUJERES	SUBTOTAL
1 AÑO	1	0	1
2 AÑOS	3	1	4
3 AÑOS	7	1	8
4 AÑOS	7	2	9
5 AÑOS	3	3	6
6 AÑOS	11	3	14
7 AÑOS	5	5	10
8 AÑOS	7	3	10
9 AÑOS	5	1	6
10 AÑOS	3	2	5
11 AÑOS	0	1	1
12 AÑOS	4	1	5
SUBTOTAL	56	23	79

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

TABLA 13 PACIENTES CON TDAH POR SEXO EN EL HGZ 2

GENERO	PRUEBAS APLICADAS POR MF		SUBTOTAL
	SI	NO	
HOMBRES	1	0	1
MUJERES	0	0	0
SUBTOTAL	1	0	1

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

TABLA 14 PACIENTES CON TDAH POR SEXO EN EL HGSZ 41

GENERO	PRUEBAS APLICADAS POR MF		SUBTOTAL
	SI	NO	
HOMBRES	0	0	0
MUJERES	0	0	0
SUBTOTAL	0	0	

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

TABLA 15 COMPARATIVO DE PACIENTES CON TDAH POR SEXO

GENERO	PRUEBAS APLICADAS POR MF		SUBTOTAL
	SI	NO	
HOMBRES	1	0	1
MUJERES	0	0	0
SUBTOTAL	1	0	1

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

TABLA 16 ESPECIALISTA QUE DX Y SI APLICO PRUEBAS DX. EN EL HGZ 2

ESPECIALISTA QUE DX	PRUEBAS APLICADAS		SUBTOTAL
	SI	NO	
PSICOLOGO	0	1	1
PEDIATRA	0	2	2
NEUROLOGO	13	5	18
PSIQUIATRA	23	5	28
MEDICO FAMILIAR	1	3	4
SUBTOTAL	37	16	53

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

TABLA 17 ESPECIALISTA QUE DX Y SI APLICO PRUEBAS DX. EN EL HGSZ 41

ESPECIALISTA QUE DX	PRUEBAS APLICADAS		SUBTOTAL
	SI	NO	
PSICOLOGO	1	3	4
PEDIATRA	0	1	1
NEUROLOGO	6	6	12
PSIQUIATRA	1	0	1
MEDICO FAMILIAR	0	8	8
SUBTOTAL	8	18	26

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

TABLA 18 COMPARATIVO DEL ESPECIALISTA QUE DX Y SI APLICO PRUEBAS DX.

ESPECIALISTA QUE DX	PRUEBAS APLICADAS		SUBTOTAL
	SI	NO	
PSICOLOGO	1	4	5
PEDIATRA	0	3	3
NEUROLOGO	19	11	30
PSIQUIATRA	24	5	29
MEDICO FAMILIAR	1	11	12
SUBTOTAL	45	34	79

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

TABLA 19 TIPO DE TX UTILIZADO Y SEXO EN EL HGZ 2

TIPO DE TRATAMIENTO	GENERO		SUBTOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
TRATAMIENTO MEDICO	6	4	10
TRATAMIENTO MEDICO Y PSICOTERAPIA	24	6	30
PSICOTERAPIA	3	1	4
ABANDONO TX	4	1	5
NO ACEPTO TX	2	2	4
SUBTOTAL	39	14	53

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

TABLA 20 TIPO DE TX UTILIZADO Y SEXO EN EL HGSZ 41

TIPO DE TRATAMIENTO	GENERO		SUBTOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
TRATAMIENTO MEDICO	5	2	7
TRATAMIENTO MEDICO Y PSICOTERAPIA	3	4	7
PSICOTERAPIA	6	3	9
ABANDONO TX	0	0	0
NO ACEPTO TX	3	0	3
SUBTOTAL	17	9	26

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

TABLA 21 COMPARATIVO TIPO DE TX UTILIZADO Y SEXO

TIPO DE TRATAMIENTO	GENERO		SUBTOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
TRATAMIENTO MEDICO	11	6	17
TRATAMIENTO MEDICO Y PSICOTERAPIA	27	10	37
PSICOTERAPIA	9	4	13
ABANDONO TX	4	1	5
NO ACEPTO TX	5	2	7
SUBTOTAL	56	23	79

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

TABLA 22 TRATAMIENTO INTEGRAL EN EL HGZ 2

PLAN DE TRATAMIENTO	GENERO		SUBTOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
EN CONJUNTO: PSICOLOGIA, PEDIATRIA PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA	7	1	8
EN CONJUNTO: PSICOLOGIA, PEDIATRIA Y NEUROLOGIA	3	1	4
EN CONJUNTO: PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA	1	1	2
EN CONJUNTO: PEDIATRIA, PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA	3	2	5
SOLO POR UNO O DOS ESPECIALISTAS	18	7	25
SUBTOTAL	40	13	53

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

TABLA 23 TRATAMIENTO INTEGRAL EN EL HGSZ 41

PLAN DE TRATAMIENTO	GENERO		SUBTOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
EN CONJUNTO: PSICOLOGIA, PEDIATRIA PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA	1	0	1
EN CONJUNTO: PSICOLOGIA, PEDIATRIA Y NEUROLOGIA	2	3	5
EN CONJUNTO: PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA	0	0	0
EN CONJUNTO: PEDIATRIA, PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA	0	0	0
SOLO POR UNO O DOS ESPECIALISTAS	11	6	17
SUBTOTAL	14	9	23

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

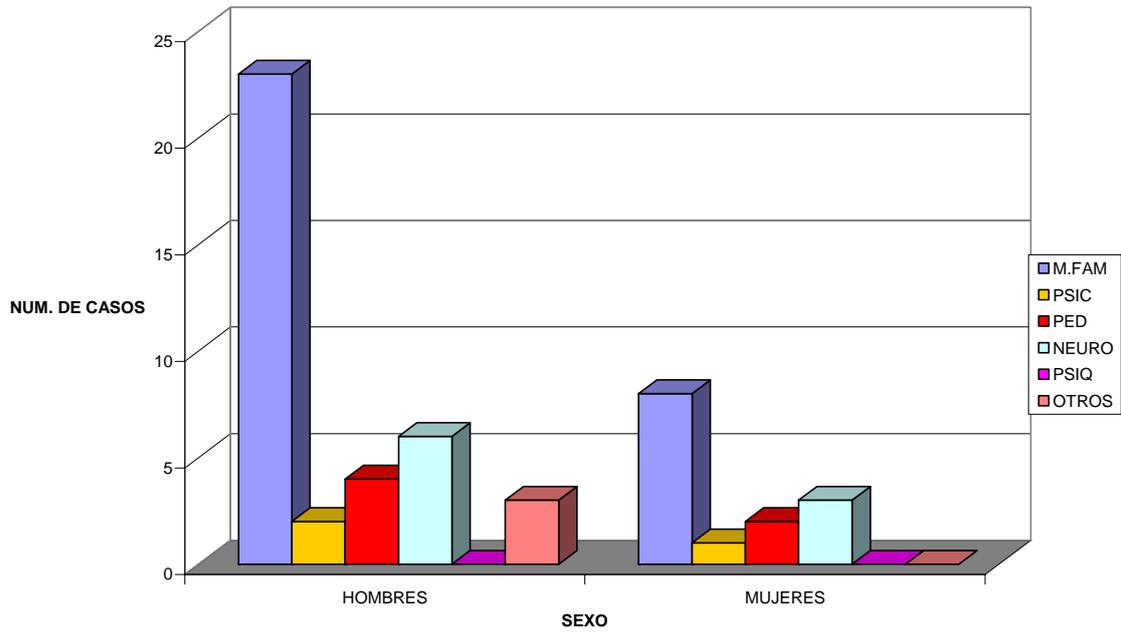
TABLA 24 COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO INTEGRAL

PLAN DE TRATAMIENTO	GENERO		SUBTOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
EN CONJUNTO: PSICOLOGIA, PEDIATRIA PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA	8	1	9
EN CONJUNTO: PSICOLOGIA, PEDIATRIA Y NEUROLOGIA	5	4	9
EN CONJUNTO: PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA	1	1	2
EN CONJUNTO: PEDIATRIA, PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA	3	2	5
SOLO POR UNO O DOS ESPECIALISTAS	29	13	42
SUBTOTAL	46	21	67

FUENTE: CEDULAS DE CAPTACION DE DATOS.

GRAFICA 1

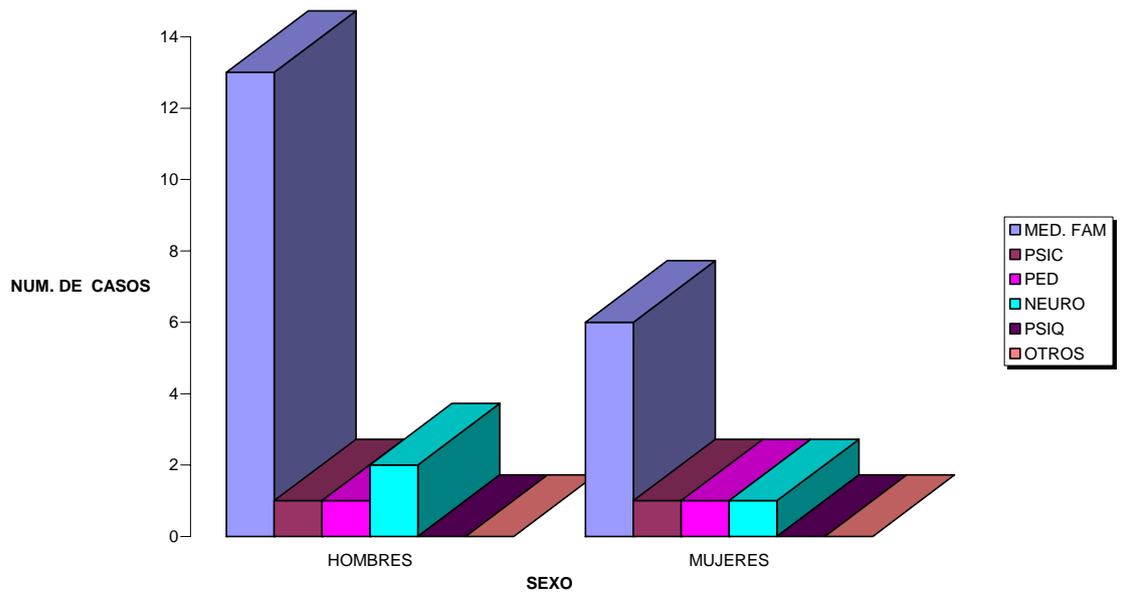
PERSONAL QUE DETECTO EL TDAH EN EL HGZ 2



FUENTE: TABLA 1

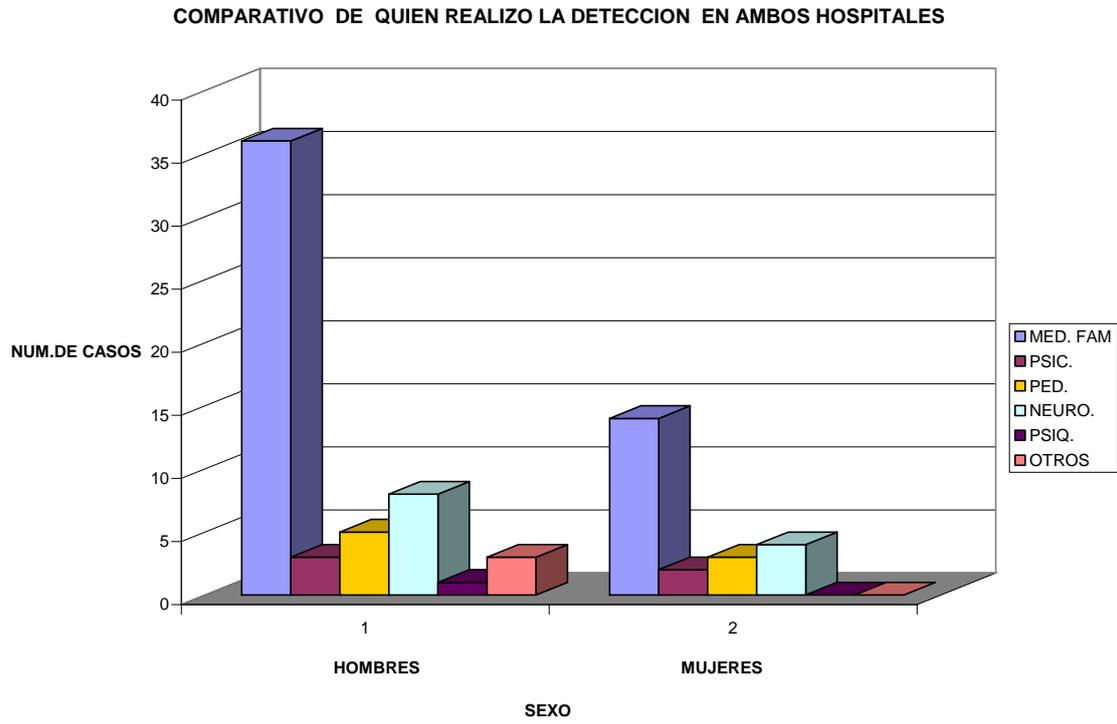
GRAFICA 2

PERSONAL QUE REALIZO LA DETECCIÓN EN EL HGSZ 41



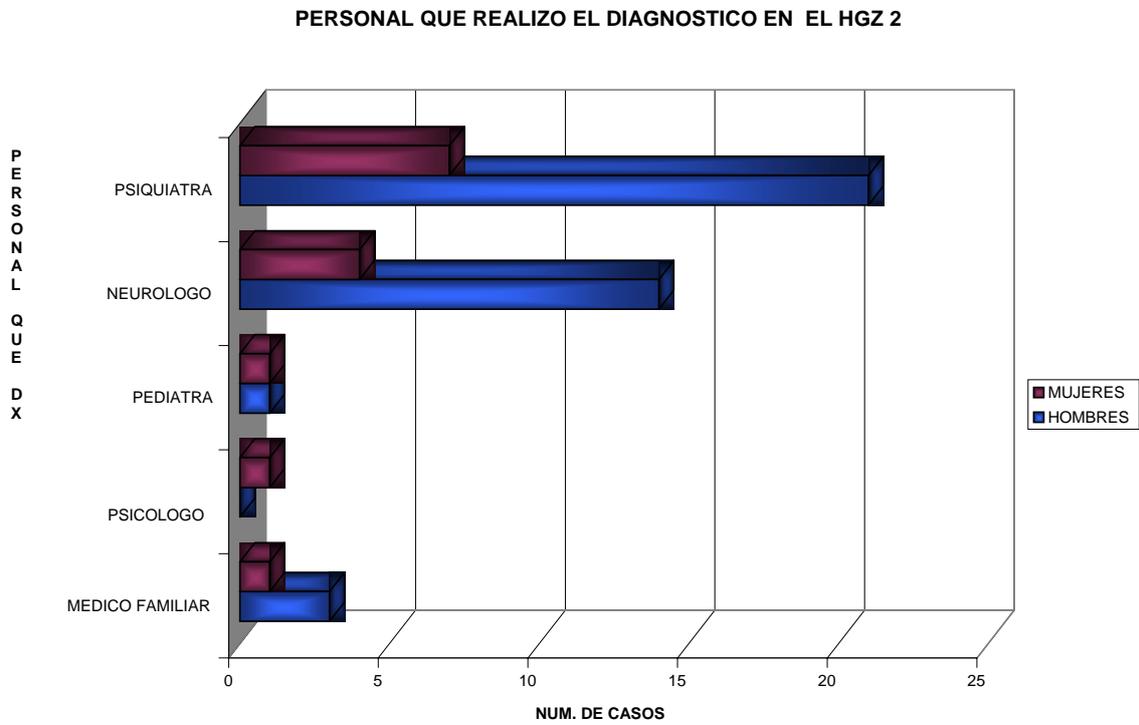
FUENTE: TABLA 2

GRAFICO 3



FUENTE: TABLA 3

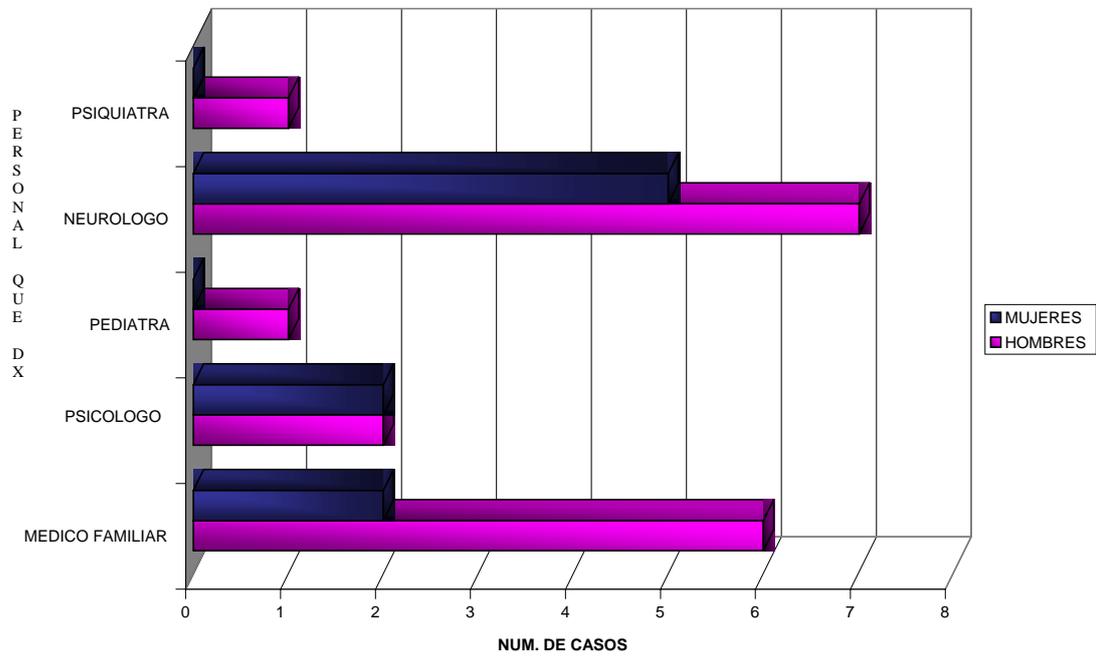
GRAFICO 4



FUENTE: TABLA 4

GRAFICO 5

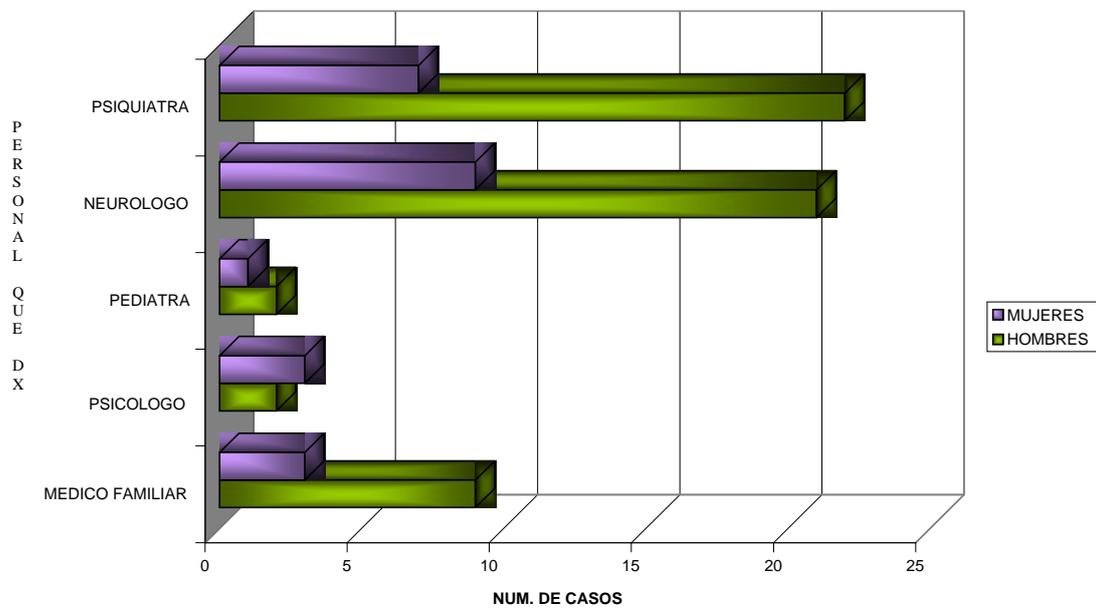
PERSONAL QUE REALIZO EL DX EN EL HGSZ 41



FUENTE: TABLA 5

GRAFICO 6

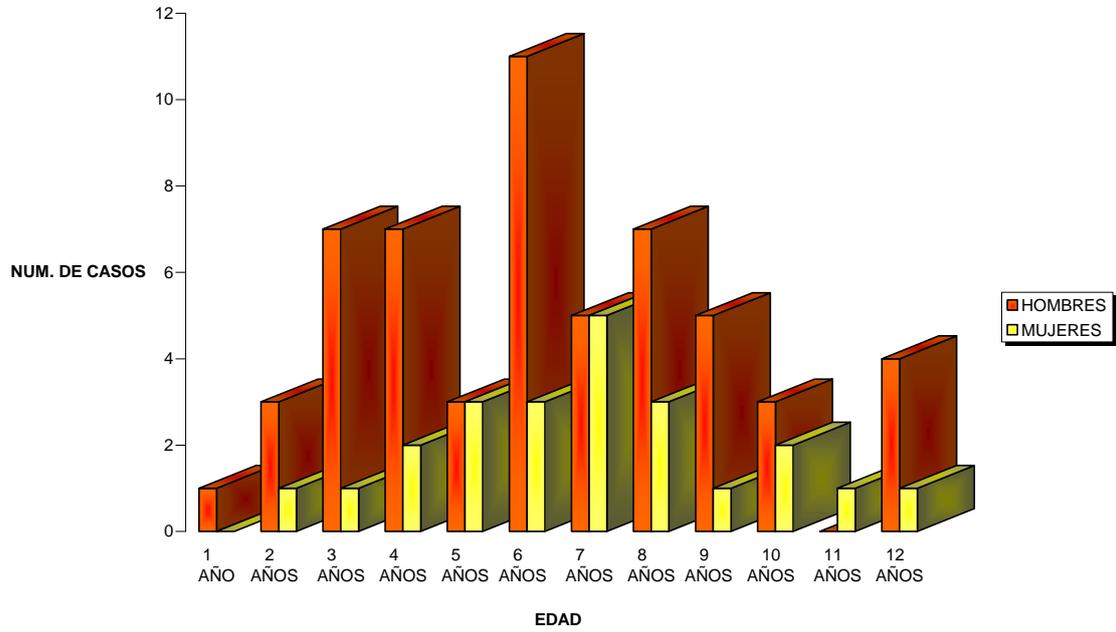
GRAFICO COMPARATIVO DE QUIEN REALIZO EL DX



FUENTE: TABLA 6

GRAFICO 7

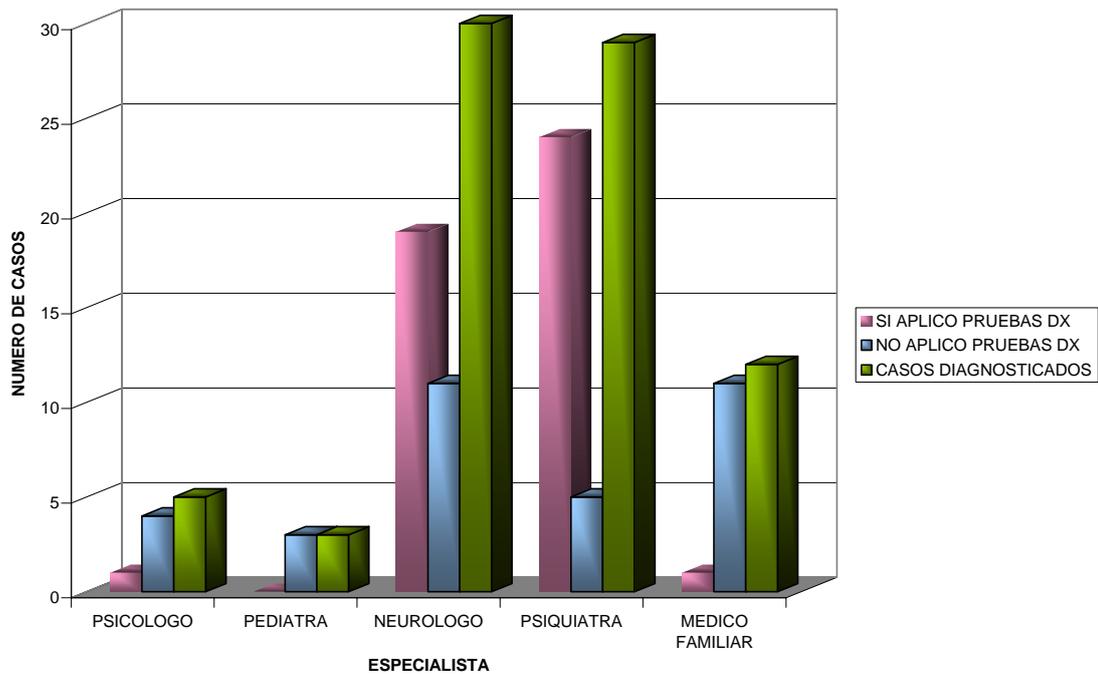
GRAFICO COMPARATIVO DE LA EDAD EN QUE SE DX EL TDAH



FUENTE: TABLA 12

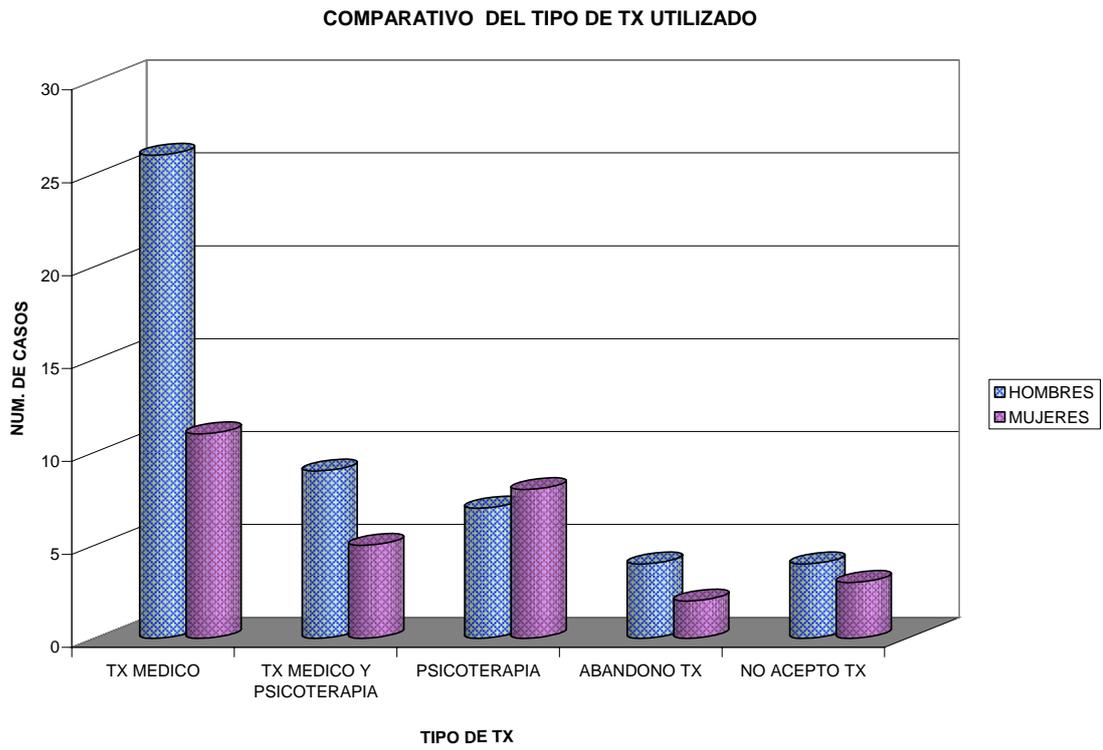
GRAFICO 8

COMPARATIVO DE PRUEBAS APLICADAS Y CASOS DX



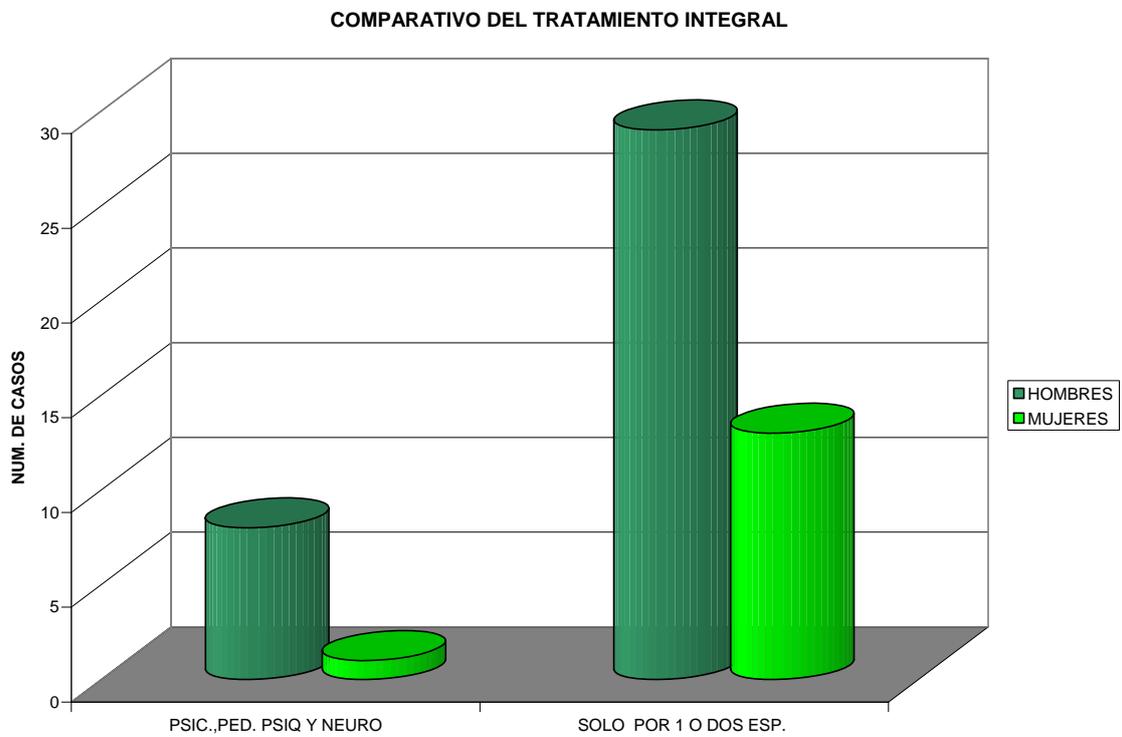
FUENTE: TABLA 18

GRAFICO 9



FUENTE: TABLA 21

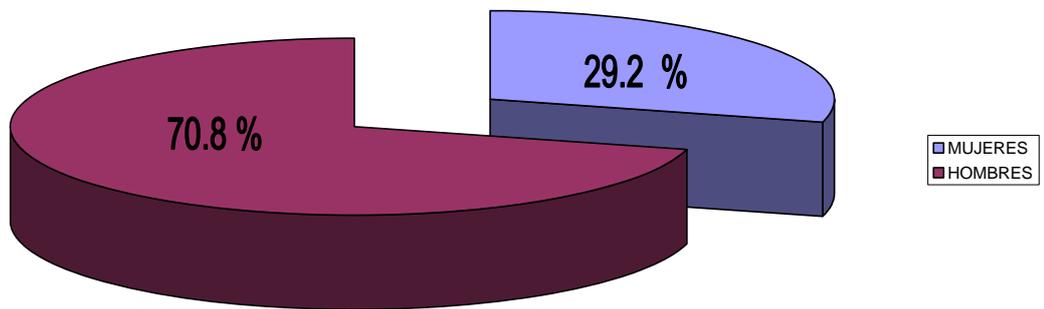
GRAFICO 10



FUENTE: TABLA 24

GRAFICO 11

TDAH SEGUN GENERO



FUENTE: TABLA 12

11.- CONCLUSIONES

La Frecuencia de la Detección y Diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad fue de un 0.4 % siendo el Médico Familiar quien realizó un 0.25% de las detecciones y un 0.06 % el Diagnóstico; con esto podemos comprobar que de acuerdo a las estadísticas nacionales ambos hospitales se encuentran muy por debajo de la media que es de 5.2 % (3 a 7 %). (20)

También pudimos comprobar que este trastorno se presenta en forma predominante en los varones 2:1 (1). Así mismo la edad de mayor frecuencia para el Diagnóstico fue de 6 años. El Médico Familiar sólo aplicó una prueba para realizar el diagnóstico y fue la de Connors para padres y maestros; pudiendo con esto suponer que la falta de aplicación o conocimiento de dichas pruebas fue lo que llevó al bajo porcentaje diagnóstico ya que Psiquiatría fue quien aplicó el mayor número de pruebas diagnósticas y así mismo quien tuvo un mayor porcentaje de casos diagnosticados.

La Guía Diagnóstica Terapéutica del IMSS nos habla de que la atención al niño con TDAH debe de ser multidisciplinaria, observándose en el estudio que el 47% de los niños estudiados llevaron tratamiento médico y psicoterapéutico, y sólo un porcentaje menor (15.1%) no llevó tratamiento. Sin embargo de los que recibieron tratamiento 84.8% (Tabla 21) sólo el 11.3 % fue realmente atendido en forma multidisciplinaria llevando tratamiento conjunto con las cuatro especialidades (Psicología, Pediatría, Neurología y Psiquiatría) y la mayoría el 53.1 % sólo fue valorado por uno o dos especialistas.

En el presente estudio se observa como se llevó a cabo la Detección Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, en dos hospitales del IMSS HGZ N° 2 Y HGSZ N°41 , observando como el Médico Familiar realizó la detección y diagnóstico en un porcentaje mínimo, así mismo los pacientes que fueron estudiados se observaron con una atención integral multidisciplinaria que es lo que marca la Guía Diagnóstico Terapéutica, sin embargo se necesita realizar acciones encaminadas a la difusión de la información y a la capacitación en cuanto a

este trastorno a los Médicos Familiares que son los de primer contacto con el paciente para así poder realizar una detección y un diagnóstico oportuno evitando complicaciones futuras para el paciente, la familia y la sociedad.

El trabajo de investigación considero es bueno en lo personal, por permitirme la oportunidad de conocer y adentrarme más hacia un tema muy importante, que a pesar de estar considerado como un problema de salud pública actual, no estamos informados o capacitados lo suficiente y como Médicos de Familia debemos de estarlo para así poder ayudar a nuestros niños en etapas iniciales del padecimiento, evitando las complicaciones futuras, como la desintegración familiar, el aislamiento social y el desgaste económico y moral de la familia.

En cuanto al beneficio institucional será presentarlo ante las autoridades institucionales pertinentes y darles a conocer las cifras encontradas para así poder ellos valorar la capacitación e información para los Médicos Familiares. Y con respecto a la sociedad, al tener la mayor información los médicos familiares o de primer contacto será mayor la detección, diagnóstico y tratamiento de este trastorno evitando en lo posterior individuos que sean un peligro para la sociedad.

ANEXO 1

CEDULA DE CAPTACION DE DATOS

NOMBRE:

NUM. DE AFILIACIÓN:

EDAD:

SEXO:

FECHA DE LA DETECCIÓN:

QUIEN REALIZO LA DETECCIÓN:

DX DE ENVIÓ A 2º NIVEL:

FECHA DEL DX:

DX CONFIRMADO:

PRUEBAS APLICADAS:

QUIEN REALIZO EL DIAGNOSTICO:

TX QUE LLEVA ACTUALMENTE:

VALORADO POR:

- PSICOLOGÍA:
- PEDIATRIA:
- NEUROLOGIA:
- PSQUIATRIA:
- OTROS:

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Guía Clínico Diagnóstica Terapéutica para el manejo de los Trastornos Hiperactivos. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Pág. 3-29.
- (2) <http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/what.htm>
- (3) Servera, M; Bornas, X; Moreno, I. Hiperactividad infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento. En: Caballo, V.E; Simón, M.A. Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Madrid: Ediciones Pirámide; 2002. p.401-429.
- (4) Fernández-Jaén, A. Trastorno de hiperactividad y déficit de atención. Definición. Aspectos históricos. En: Fernández-Jaén, A; Calleja Pérez, B. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. [en línea]. URL disponible en: <http://www.educa.madrid.org/portal/planeducamadrid/pdf/maletin/anshda.pdf>
- (5) Psicoactiva. La hiperactividad en los niños. [en línea]. URL disponible en: <http://www.psicoactiva.com/arti/articulo.asp?siteIdNo=135>
- (6) Schachar, R; Ickowicz, A. Trastornos hiperactivos con déficit de atención en la infancia y la adolescencia. En: Gelder M.G; López-Ibor, J.J; Andreasen, N. Tratado de Psiquiatría Tomo III: Psiquiatría Editores, S.L.; 2003. p.2077-2092.
- (7) Kaplan, H.I; Sadock, B.J. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En: Kaplan, H.I; Sadock, B.J. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 8ª edición: Editorial Médica Panamericana, S.A, 1999. p. 1358-1367.
- (8) Quinlan, D.M. Evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y de los trastornos comórbidos. En: Brown, T.E. Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. Barcelona: Masson; 2003. p. 455-502.
- (9) Hales, R.E; Yudofsky, S.C; Talbott, J.A. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En: Hales, R.E; Yudofsky, S.C; Talbott, J.A. The American Psychiatric Press. DSM-IV. Tratado de Psiquiatría Tomo I. 3ª edición. Masson; 2000. p. 825-856.
- (10) Peñafiel, M; Gamo, J.R. Trastorno de hiperactividad y déficit de atención. Intervención educativa: la escuela y el papel del profesor. En: Fernández-Jaén, A; Calleja Pérez, B. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. [en línea]: p.195-220. URL disponible en: <http://www.educa.madrid.org/portal/planeducamadrid/pdf/maletin/anshda.pdf>
- (11) García Pérez, A.M.; Magaz Iago, A. Modelo conceptual del TDAH. [en línea] URL disponible en: <http://www.tda-h.com/Modelo.html>
- (12) López Villalobos, J.A; Serrano Pintado, I; Delgado Sánchez Mateo, J; Cañas, M.T; Gil-Diez Usandizaga, C; Sánchez Azón, M.I. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: evolución en dimensiones clínicas, cognitivas, académicas y relacionales. A.E.N. Julio-Septiembre 2004; 24 (91): 63-80.

- (14) B. Roselló, R García-Castellar, R.Tárraga- Minués, F.Mulas. El Papel de los Padres en el Desarrollo y Aprendizaje de los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Rev. Neurología 2003 36 (Supl. 1) S79-S84.
- (14) Donenberg G, Baker B. The impact of young children with externalizing behaviors on their families. J Abnorm Child Psychol 1993; 21: 179-98.
- (15) Kendall J. Outlasting disruption: the process of reinvestment in families with ADHD children. Qualitative Health Research 1998; 8: 839-57.
- (16) Barkley RA, Fischer M, Edelbrock C, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: III. Mother child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. J Child Psychol Psychiatry 1991; 32: 233-55.
- (17) Faraone FV, Biederman J, Keenan K, Tsuang MT. Separation of DSM-III attention deficit disorder and conduct disorder: evidence from a family-genetic study of American child psychiatry patients. Psychol Med 1991; 21: 109-21.
- (18)....www.ssm.morelos.gob.mx/pdf/salud_mental/sm_programa_psicopatologia_infantil.pdf
- (19)....Pedagogía y Psicología Infantil. La Infancia . Biblioteca Practica para Padres y Educadores. Edita: Cultural S.A Pag. 83
- (20)....http://www.fadana.org/uploads/declaraciones/Mexico_Consenso_TDAH.pdf 1er. CONSENSO LATINOAMERICANO SOBRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD . México, Junio del 2007 **(GENPETDAH, A.C.)**
- (21) <http://www.deficitdeatencion.org/cuestionario.doc>
- (22) “ Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad. (TDAH)”.Abordaje Multidisciplinar. <http://www.anshda.org/tdha2004.pdf>