



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

TESIS

**“PREVALENCIA DE TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION
 E HIPERACTIVIDAD EN POBLACION MICHOACANA ENTRE
 LOS 6 Y 12 AÑOS, POR MEDIO DE LOS CRITERIOS DEL
 MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS
 TRASTORNOS MENTALES (DSM IV TR)”**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA

PRESENTA:

DR. CARLOS OSEGUERA TOLEDO

DIRECTOR DE TESIS

DR. EDUARDO BARRAGÁN PÉREZ

ASESOR METODOLÓGICO

DRA. MARIA ALMUDENA CERVANTES CASTILLO



México, D.F.

Febrero 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

HOJA DE FIRMAS

Directora de Enseñanza

DRA. REBECA GOMEZ CHICO VELASCO

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Tutor de Tesis



DR. EDUARDO BARRAGAN PEREZ

Adscrito del servicio de Neurología Pediátrica

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Asesor Metodológico



DRA. MARIA ALMUDENA CERVANTES CASTILLO

Área de Investigación Ciencias Medicas

DEDICATORIA:

Como todo y cada paso que doy en la vida primero agradezco a Dios por el día a día, permitirme llegar hasta este lugar y cumplir una meta más.

A mis padres por el apoyo por más de 30 años de una educación que inicio en el hogar, el respaldo en los momentos más difíciles y las palabras de aliento

*Yola una gran mujer, una gran madre y una excelente esposa , por soportar la distancia, la carencia, por apoyarme y por darme el regalo más hermoso que la vida nos pudo regalar:
Renata.*

Renata este esfuerzo, sufrir por no verte a diario, abrazarte y cuidarte espero lo veas algún día reflejado, que no ha sido solo mío sino también de tu madre, esto es por ti, para ti con todo nuestro amor incondicional y para todo el tiempo que Dios nos regale contigo.

A mis grandes maestros en este ultimo paso por un hospital-escuela, por orientarme, enseñarme y tolerarme, pero mas importante regalarme su conocimiento y dedicación en estos dos largos años.

INDICE:

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES.....	2
MARCO TEORICO.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
JUSTIFICACIONES	9
OBJETIVOS	10
MÉTODO.....	11
PROCEDIMIENTO	11
ANALISIS ESTADISTICO:.....	12
RESULTADOS	15
DISCUSIÓN.....	16
CONCLUSION:.....	16
ORGANIZACIÓN	17
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	18
ANEXO 1	19
ANEXO 2	21
BIBLIOGRAFÍA.....	25
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:.....	28

INTRODUCCION

El TDAH representa un problema de salud pública debido a su elevada prevalencia, que se estima, según las fuentes epidemiológicas, entre un 8% y 12% de la población escolar. Los niños con este trastorno tienen un mayor riesgo de fracaso escolar, problemas de comportamiento y dificultades en las relaciones socio-familiares como consecuencia de los síntomas propios del TDAH. El curso del trastorno es crónico y requiere tratamiento a largo plazo, con el correspondiente coste social. Las repercusiones potenciales sobre el desarrollo personal y familiar del niño hacen que sea uno de los trastornos más investigados en los últimos años¹.

ANTECEDENTES

El TDAH es uno de los motivos más frecuentes por los que los niños son remitidos al pediatra, neuropediatra o al equipo de salud mental debido a que presentan problemas de conducta. De hecho, el TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos (neurobiológicos) del niño y del adolescente más prevalentes².

Las tasas de prevalencia son marcadamente dispares según los criterios diagnósticos empleados, el origen de las muestras (clínicas o poblacionales), la metodología, y las edades y el sexo escogidos³.

Los rangos de prevalencia se sitúan entre el 1,9 y 14,4%¹⁰. El DSM-IV-TR refiere una prevalencia estimada entre el 3-7% de la población en edad escolar¹. Polanczyk *et al.* Comunicaron una prevalencia mundial del 5,29%⁴.

Es poco frecuente la presentación aislada del trastorno. En una muestra clínica, se encontraron que más del 85% de los pacientes presentaban al menos una comorbilidad, y cerca del 60% tenían al menos dos comorbilidades, siendo los más frecuentes el trastorno negativista desafiante, el trastorno de ansiedad y el trastorno disocial⁵. En muestras comunitarias no clínicas, indicaron que alrededor del 44% de los pacientes presentaban al menos una comorbilidad, el 32% dos comorbilidades, y el 11% tres o más comorbilidades⁶.

MARCO TEORICO

La primera definición del TDAH la realizó G. Still, en 1902, quien describió a 43 niños que presentaban graves problemas en la atención sostenida y en la autorregulación, a los que atribuía un problema en el control moral de la conducta⁷. En 1914, A. Tredgold argumentó que el TDAH podría ser causado por una especie de disfunción cerebral, una encefalitis letárgica en la cual queda afectada el área del comportamiento, de ahí la consecuente hipercinesia compensatoria, explosividad en la actividad voluntaria e impulsividad⁸.

En 1937, Bradley descubrió de forma casual los efectos terapéuticos de las anfetaminas en los niños hiperactivos⁹. El término «disfunción cerebral mínima» fue acuñado por Strauss y Lehtinen en 1947, aplicado a aquellos niños con trastornos de conducta en los que no se apreciaba suficiente evidencia científica de patología cerebral⁴. Lauferr y Denhoff en 1957 realizaron la primera denominación de síndrome hipercinético¹⁰.

En 1968, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, conocido por sus siglas en inglés como DSM-II lo incluyó como reacción hipercinética en la infancia¹¹ y, posteriormente, en su tercera revisión y edición “DSMIII” en 1980¹² utilizó el término trastorno de déficit de atención; hasta llegar al DSM-IVTR en el año de 2001 como trastorno por déficit de atención con hiperactividad¹

El TDAH es un trastorno de inicio en la infancia que comprende un patrón persistente de conductas de desatención, hiperactividad e impulsividad. Se considera que el trastorno está presente cuando estas conductas tienen mayor frecuencia e intensidad de lo que es habitual

según la edad y el desarrollo de la persona, y tales manifestaciones interfieren de forma significativa en el rendimiento escolar o laboral, y en sus actividades cotidianas¹

La media de edad de inicio de los síntomas se sitúa entre los 4 y 5 años; los niños presentan impulsividad, hiperactividad, desobediencia y tienen mayor propensión a tener accidentes. El diagnóstico en edad preescolar puede ser más difícil debido a que los síntomas son propios de la edad, siendo la intensidad, la frecuencia y la repercusión sobre el entorno lo que orientaría sobre un TDAH¹⁴. En otro estudio se hallaron que pacientes preescolares diagnosticados como TDAH tenían más probabilidad de recibir el mismo diagnóstico 5 años más tarde o incluso de persistir los mismos síntomas de hiperactividad y desobediencia¹⁵. Y a medida que se comprendía mejor, se fue reconociendo su carácter crónico, ya que persiste y se manifiesta hasta después de la adolescencia (es difícil modificar comportamientos que ya están arraigados si antes no ha habido pautas correctoras de crianza). Los estudios de seguimiento a largo plazo han demostrado que entre el 60% y el 75% de los niños con TDAH continúa presentando los síntomas hasta su adultez¹⁶.

Se han demostrado factores de origen hereditario (no adquiridos en el curso de la vida del individuo) en un 80% de los casos. Diversos estudios demuestran que no hay una transmisión familiar del trastorno(a través de patrones educativos)¹⁷.

El cerebro de los individuos afectados muestra una actividad atípica, lo cual se ha demostrado utilizando técnicas de neuroimagen como Tomografía PET y resonancia magnética estructural y funcional. Se observa un déficit en la acción reguladora (inhibitoria) de ciertos neurotransmisores (dopamina y norepinefrina), a nivel de la corteza prefrontal y estructuras inferiores como el cuerpo estriado. La serotonina también estaría implicada, sobre todo debido a su rol en el control de los impulsos, mediado por su acción sobre el eje mesolímbico-cortical. En adultos con TDAH se encontró una disminución del 8.1% en el metabolismo cerebral de la

glucosa en relación a los controles sobre todo a nivel de la corteza prefrontal y áreas premotoras¹⁸.

El diagnóstico de TDAH integra la clasificación del DSM-IV TR de la American Psychiatric Association (APA). Se inscribe en el grupo de los denominados trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, en particular, en la clase de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. El TDAH, por lo tanto, es una entidad que remite a un trastorno, que lo apunta a definir como un patrón comportamental de significación clínica asociado con un malestar, un impedimento o un riesgo significativamente aumentado de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Los rasgos principales del TDAH son, la dificultad para sostener la concentración (déficit de atención), sobre todo en circunstancias que ofrecen baja estimulación y, por otra, la falta de inhibición o control cognitivo sobre los impulsos, frecuentemente asociadas con inquietud motora (hiperactividad-impulsividad). Estos dos conjuntos de signos pueden aparecer por separado o combinados¹.

Existen tres subtipos de TDAH:

- Predominio de déficit de atención.
- Predominio de conducta impulsiva e hiperactividad.
- Tipo combinado, donde los dos trastornos anteriores se manifiestan.

Estos criterios fijan estándares no clínicos (sino estadísticos y meramente descriptivos de comportamientos) para establecer el diagnóstico y cada subtipo de este, de acuerdo con la presencia o no de una serie de síntomas y a su grado de intensidad. El subtipo más común es el que combina a los trastornos de la atención con hiperactividad e impulsividad (60%). Los subtipos puros son menos frecuentes¹⁹.

Los niños con TDAH empiezan a andar precozmente, pero más que andar lo que hacen es correr, los padres lo refieren “como si tuviera un motor dentro”. En sus inicios escolares tienen problemas con la lectoescritura y las matemáticas, habilidades que requieren un esfuerzo de concentración más prolongado. Algunas de las actuaciones que derivan de la inatención, impulsividad e hiperactividad: no lograr mantener la atención a detalles o evitar cometer errores por descuido en el trabajo, realizar movimientos nerviosos con manos o pies, retorcerse en el asiento, tener dificultad para mantener la atención en tareas o actividades recreativas, levantarse en situaciones que se espera permanezca sentado, no escuchar cuando le hablan directamente o sentirse intranquilo e inquieto, no seguir indicaciones, no terminar tareas exitosamente, dificultad para involucrarse en actividades discretas o para organizar tareas y actividades, sensación de estar “en marcha” o “empujado por un motor”, evitar los trabajos que requieren un esfuerzo mental sostenido, perder cosas necesarias, contestar abruptamente antes de que terminen de preguntarle, distraerse con facilidad, impaciencia para esperar su turno, olvido de sus deberes diarios o la interrupción en lo que otros están haciendo³.

El tratamiento habitual se basa paradójicamente en psicoestimulantes, de los que muy pronto se observó que modifican positivamente los síntomas. Entre ellos están la cafeína y la nicotina, con los que a veces se automedican adolescentes y adultos. El primer informe idóneo avalando el uso de psicoestimulantes, data del año de 1937, cuando Charles Bradley estableció la eficacia y seguridad del sulfato de anfetamina para el tratamiento de niños hiperactivos. Actualmente, las sustancias más empleadas son el metilfenidato, la d, l-anfetamina, dexanfetamina y la metanfetamina. Otros psicoestimulantes de segunda línea en el tratamiento del TDAH, son la pemolina y el modafinilo. En los últimos años los fármacos de efecto inmediato tienden a ser sustituidos por otros preparados que, con los mismos principios activos,

logran un efecto más prolongado, mejorando la calidad de vida de los afectados, sobre todo en los escolares³.

Al llegar a la edad adulta, generalmente, el individuo ha podido acomodar el TDAH a la vida real. Si bien las características del TDAH han sido plenamente referenciadas respecto a menores de edad, se suele señalar que no existen estudios suficientes respecto a adultos^{1, 16, 19}.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El TDAH es un síndrome conductual, que según estimaciones, afecta entre el 8-12% de la población infanto-juvenil, siendo más frecuente en varones 3-5:1 mujeres. Se han demostrado diferencias entre áreas geográficas, grupos culturales o niveles socioeconómicos. Y representa entre el 20 y 40 % de las consultas de los servicios de neurología pediátrica y paidopsiquiatría.

El TDAH siendo uno de los trastornos conductuales más frecuentes, también presenta perturbaciones significativas en otras áreas importantes del desarrollo personal, como son las relaciones familiares, las académicas, laborales, sociales-recreativas.

En medida que el desempeño del paciente en los ámbitos referidos previamente se ven afectadas, a causa de este síndrome, la intervención terapéutica puede ser un aporte decisivo para una mejor calidad de vida tanto social como laboral.

Por lo tanto, el presente proyecto pretende responder a la siguiente pregunta.

¿Cuál es la prevalencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población michoacana en niños de 6 a 12 años, por medio de los criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV TR)?

JUSTIFICACIONES

CIENTIFICO-ACADEMICA

Es de vital importancia generar conocimiento científico y experiencia institucional que conlleve a la elevación de la calidad de los servicios de salud. El demostrar la prevalencia del TDAH en pacientes pediátricos por medio de un sistema de tamizaje como son los criterios diagnósticos incluidos en el manual DSM IV TR, que nos permita establecer alternativas terapéuticas institucionales que nos permitan disminuir la morbilidad y comorbilidades, de este padecimiento y mejorar la calidad de vida del paciente a corto, mediano y a largo plazo.

POLITICO-ADMINISTRATIVO

El evaluar la prevalencia del TDAH en pacientes pediátricos en la población michoacana por medio de los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV TR) que nos permitirá establecer pautas terapéuticas encaminadas a disminuir de manera significativa las consecuencias de los síntomas clínicos del padecimiento así como prevenir la asociación a otras comorbilidades que afectan el desarrollo social de los pacientes. Por lo anterior consideramos que los resultados de este proyecto podrán contribuir al conocimiento de la prevalencia de este trastorno de conducta.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población Michoacana en niños de 6 a 12 años, por medio de los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV TR).

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Identificar la prevalencia del TDAH en población Michoacana.
- 2.- Conocer la prevalencia de comorbilidades del TDAH.
- 3.- Buscar la asociación de déficit de atención e hiperactividad y comorbilidades.

MÉTODO

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se diseñó un estudio transversal analítico, prospectivo. Se realizó en el periodo de marzo- abril del 2013 en escuelas tanto privadas como públicas del Estado de Michoacán.

UNIVERSO DE TRABAJO

Encuesta realizada a padres y/o tutores de niños entre los 6 y 12 años de edad en primarias del Estado de Michoacán.

PROCEDIMIENTO

Se realizó una encuesta a padres de pacientes pediátricos entre 6 y 12 años de edad en primarias del estado de Michoacán, y se evaluó para incluir aquellos que cumplan criterios para TDAH e impulsividad asociada a este trastorno con lo que se evalúa la prevalencia de este trastorno en dicha población.

Los resultados de la evaluación de las variables fueron consignados en una hoja de recolección de datos específicamente diseñada para ello, según los criterios diagnósticos del Manual DSM-IV TR (anexo 1)

Los datos obtenidos se analizaron mediante el software SPSS versión No. 16.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se realizaron medidas de tendencia central (Media, mediana y moda) y medidas de dispersión (desviación estándar, rangos, error estándar). Para las variables cualitativas: Porcentajes.

Análisis univariado: se realizó Chi cuadrada y el cálculo de incidencia de frecuencia e incidencia.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se calculó por la fórmula de proporción, basándose en lo descrito por Polanczyk, Jensen y Szatmari, que han reportado una prevalencia de 5.29%, 1,9 y 14.4%, 3-7% respectivamente, con frecuencia de 32%, con un nivel de confianza del 95%, con mínimo de frecuencia esperada del 3% y un alfa de 0.05 obteniendo una N= 285 en base a la población pediátrica entre los 6 y 12 años de edad, en el Estado de Michoacán, y encuestas efectivas realizadas.

$$n = \frac{Z^2 * p * q}{d^2}$$

DESCRIPCION DE LAS VARIABLES:

Se analizaron todas las encuestas realizadas con los criterios diagnósticos del DSM-IV

TR para las siguientes variables:

Variable dependiente:

Prevalencia del TDAH en población michoacana.

Variables independientes:

Hiperactividad

Inatención

Impulsividad

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:

VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición
Hiperactividad	Conducta caracterizada por un exceso de actividad.	■ SI ■ NO	Cualitativa Nominal	Si No
Inatención	Falta de atención.	■ SI ■ NO	Cualitativa Nominal	Si No
Impulsividad	Cualidad de la persona de hablar o proceder sin reflexión ni cautela, dejándose llevar por la impresión del momento	■ SI ■ NO	Cualitativa Nominal	Si No

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Edad pediátrica (6-12años).
- b) Encuesta completada.
- c) Que se encuentre inscrito escuela privada o pública del Estado de Michoacán.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Presencia de otro trastorno de conducta inicial diferente al TDAH diagnosticado antes de la realización de la encuesta.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- a) Encuesta incompleta por parte de los padres y/o tutores.

RESULTADOS

Se realizó una encuesta en primarias del Estado de Michoacán, previa autorización por parte del personal docente para realizarla a los padres o tutores del alumnado, posteriormente se dio una breve platica sobre morbilidad, cuadro clínico, tratamiento y secuelas en la adolescencia y edad adulta a padres de familia y maestros de cada grupo, con lo cual tomaron la decisión de participar o no en este trabajo.

Dicha encuesta (Anexo 1) guardo la confidencialidad de padres, maestros y alumnado, por lo que solo se aplicaron los criterios para el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad e Impulsividad (TDAH), a todos los padres de alumnos del turno matutino de las primarias y padres que accedieron a participar en este estudio.

Se encontró una incidencia/prevalencia por rubro de la siguiente forma:

- Trastorno por déficit de atención Inatento de 48 pacientes de 311 encuestados lo que represento un 15.4% de la población estudiada (Anexo 2, Grafica 1)
- Trastorno por déficit de atención Hiperactivo de 57 pacientes de 311 encuestados lo que representa un 18.3% (Anexo 2, Grafica 2)
- Trastorno Impulsivo 94 pacientes de 311, lo que representa un 30.3% (Anexo 2, Grafica 3)
- Trastorno por déficit de atención Mixto o combinado de 23 pacientes de 311, lo que representa un 7.3%(Anexo 2, Grafica 4).

En base al último censo de población efectuado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) se encontró una población en edad escolar de 874,430 niños entre 6 y 12 años lo que representa una prevalencia para TDAH, con una prevalencia de 1/10,000, ya sea inatento, hiperactivo, impulsivo o mixto.

DISCUSIÓN

La prevalencia encontrada en nuestro estudio es de 1/10,000, que comparado con lo descrito por Polanczyk, Jensen y Szatmari, que han reportado una prevalencia de 5.29%, 1,9 y 14.4%, 3-7% respectivamente, con frecuencia de 32%; nosotros encontramos un 30.3% como máximo porcentaje en el rubro de TDAH impulsivo, lo cual se explica comparado con una comunidad con menor nivel sociocultural, mayor incidencia de manifestaciones, probablemente secundario al menor de accesibilidad a atención adecuada por parte de personal Médico especialista o subespecialista, apoyo psicológico y alteraciones ambientales.

CONCLUSION:

Por lo tanto es necesario realizar labores necesarias para aumentar la atención primaria en regiones descentralizadas a primer nivel de atención médica, tratamiento oportuno, apoyo psicopedagógico, orientación y capacitación a personal docente para el apoyo escolar, tratamiento medico y orientación a padres y familiares así como grupos de apoyo.

ORGANIZACIÓN

RECURSOS

a) Humanos:

- Investigador.
- Director de Tesis.
- Asesor Metodológico.

b) Materiales:

- Encuesta con criterios de diagnósticos del Manual DSM-IV TR
- Computadora Personal.
- Hoja de recolección de datos.
- Lápices
- Bolígrafo
- Hojas
- Libreta

c) Financieros:

- Interno, sólo utilizado por el investigador.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El propósito esencial de la investigación científica es generar nuevos conocimientos, encontrar la prevalencia del TDAH y morbilidades asociadas para promover el bienestar del ser humano.

Se realizará el presente estudio bajo las normas que dicta:

Ley General de Salud en materia de investigación en México (julio de 1984) y para seguridad de dicha investigación se mencionan los siguientes artículos:

- Capítulo I: artículos 13, 14, 15, 17 18 y 20.
- NOM 168-SSA-I del expediente clínico
- Declaración de Helsinki (1962) por la OMS.
- El consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Medicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1993, Ginebra, Suiza.
- Juramento Hipocrático.
- Se preservará la confidencialidad de los datos proporcionados por los familiares y maestros.

ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

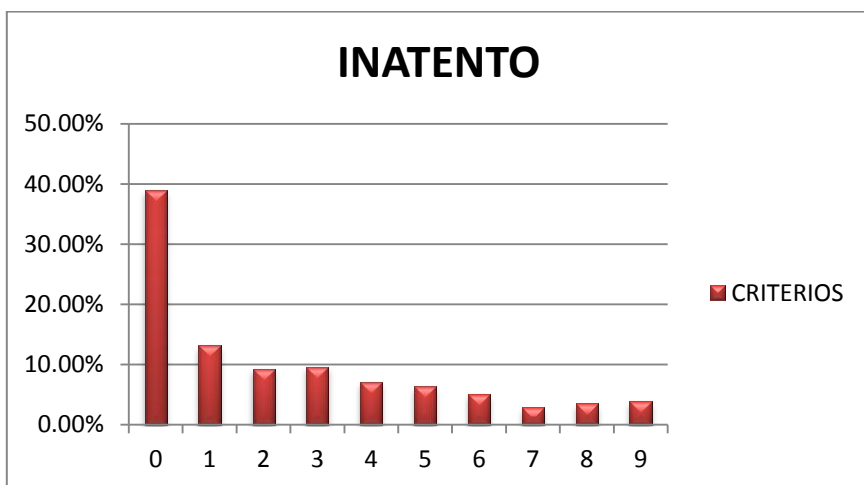
Cuestionamiento	Si	No
A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares o en otras actividades		
A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas		
A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente		
A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones		
A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades		
A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido		
A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades		
A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes		
A menudo es descuidado en las actividades diarias		
A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en asiento		
A menudo abandona su asiento en la clase o en otras		

situaciones en que se espera que permanezca sentado		
A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo		
A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de recreación		
A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor		
A menudo habla en exceso		
A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas		
A menudo tiene dificultades para guardar su turno		
A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros		
A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros		
A menudo inicia peleas físicas		
Ha utilizado un objeto que puede causar daño físico grave a otras personas		
Ha manifestado crueldad física con personas		
Ha manifestado crueldad física con animales		

ANEXO 2

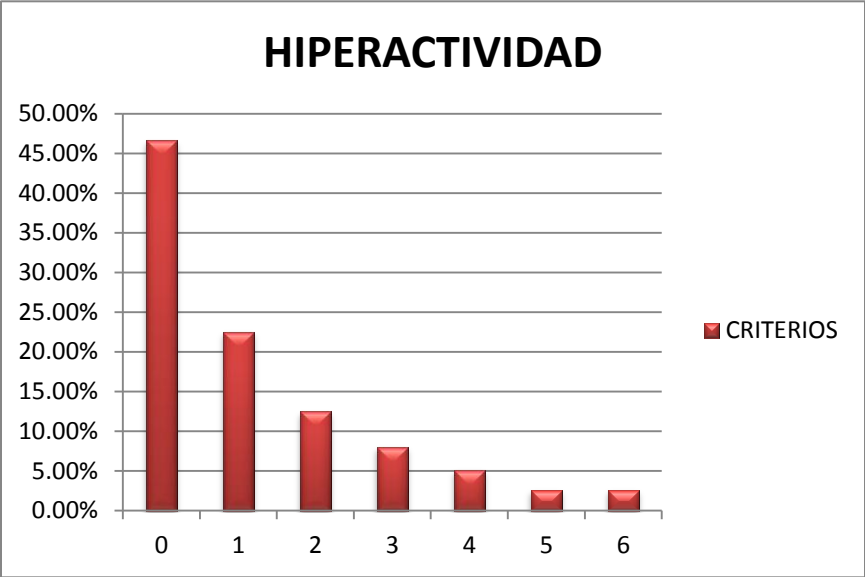
GRAFICA 1

PORCENTAJE DE PACIENTES CON CRITERIOS PARA TDAH INATENTO



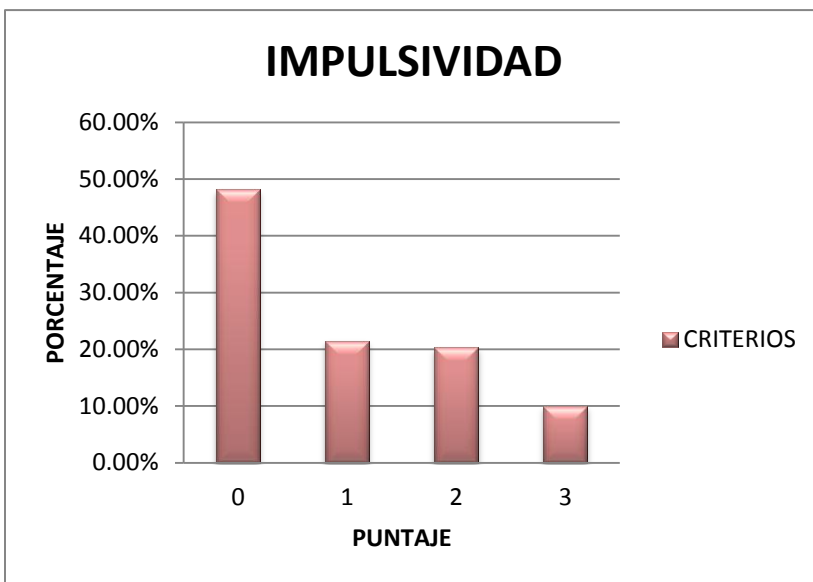
GRAFICA 2

PORCENTAJE DE PACIENTES CON CRITERIOS PARA TDAH HIPERACTIVO



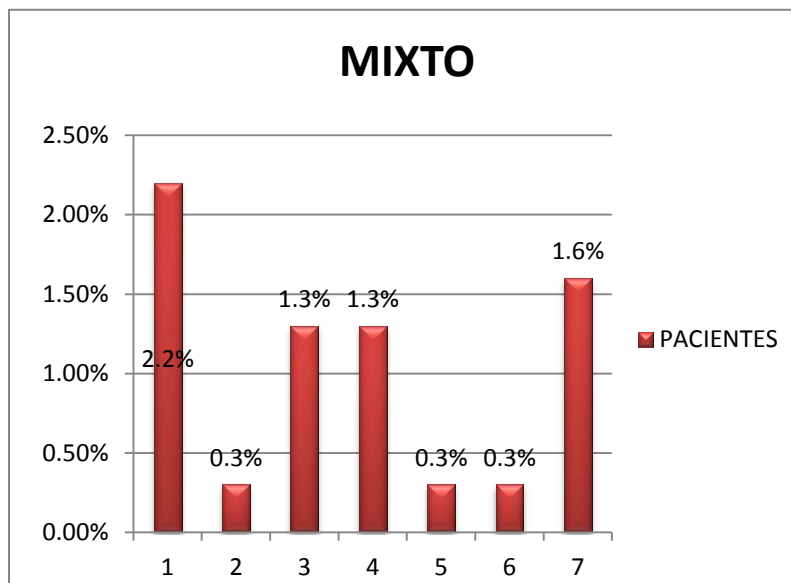
GRAFICA 3

PORCENTAJE DE PACIENTES CON CRITERIOS PARA IMPULSIVIDAD



GRAFICA 4

PORCETNAJE DE PACIENTES QUE CUMPLEN CON CRITERIOS PARA TDAH MIXTO



BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV Texto revisado. Barcelona: Masson; 2001.
2. Barkley RA. The Nature of ADHD. History. En: Barkley RA, editor. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for diagnosis and treatment. 3.^a ed. London: The Guilford Press; 2006. pp. 3-75
3. Benjumea P. Trastornos hiperkinéticos. Guía para su diagnóstico. En: Ballesteros C, editor. Práctica clínica paidopsiquiátrica. Historia Clínica. Guías Clínicas. Madrid: Adalia; 2006. pp.116-28
4. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007 Jun; 164(6): 942-8.
5. Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, Lenora N, Newcorn JH, Abikoff HB, et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Feb;40(2):147-58
6. Szatmari P, Offord DR, Boyle MH. Ontario Child Health Study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *J Child Psychol Psychiatry*. 1989 Mar;30(2):219-30
7. Still GF. Some abnormal psychical condition in children. *Lancet*. 1902;i:1008-12.
8. Tredgold AF. Mental deficiency (Amentia). New York: Wood; 1908

9. Bradley W. The behavior of children receiving benzedrine. *Am J Psychiatry*. 1937;94:577-85
10. Lauferr MW, Denhoff E. Hyperkinetic behavior syndrome in children. *J Pediatr*. 1957 Apr;50(4):463-74.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders.2.^a ed. Washington: 1968
12. American Psychiatric Association. DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV Texto revisado. Barcelona: Masson; 2001.
13. DuPaul GJ, McGoey KE, Eckert TL, VanBrakle J. Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 May;40(5):508-15
14. Bonati M, Clavenna A. The epidemiology of psychotropic drug use in children and adolescents.*Int Rev Psychiatry*. 2005 Jun;17(3):181-8.
15. Beitchman JH, Wekerle C, Hood J. Diagnostic continuity from preschool to middle childhood.*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1987 Sep;26(5):694-9.
16. Biederman J, *et al*: "The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies".*Psychol Med*. Feb 2006;36(2):159-65

17. Barkley, Russell A. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Nature, Course, Outcomes, and Comorbidity. el trastorno MOLL Y FUENTES, ContinuinedEdCourse.Net. Consultado en octubre de 2007
18. Zametkin AJ, *et al*: "Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset". N Engl J Med 15 nov 1990;323(20):1361-6
19. Michanie, Claudio: "Diferencias del trastorno por deficit de atención en el niño y el adulto: consideraciones diagnósticas y terapéuticas". En Moizeszowicz, Julio (ed): Psicofarmacología Psicodinámica IV- Actualizaciones 2004. Buenos Aires Arg: 2004. 59-82.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

ACTIVIDAD	FEBREO 201	MARZO 2013	ABRIL 2013	MAYO 201	JUNIO 2013
Realización de protocolo					
Presentación de protocolo					
Autorización de protocolo					
Recolección de datos					
Análisis de resultados					
Presentación del trabajo final					