



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
"DR. IGNACIO CHÁVEZ" DEL ISSSTE, MÉXICO, D.F**

**DETECCIÓN DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y TIPOLOGÍA FAMILIAR EN ESCOLARES DE UNA ESCUELA
PRIMARIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

T E S I S

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA . PÉREZ AHUATL LETICIA**

NÚMERO DE REGISTRO ISSSTE: 214.2014

**ASESOR METODOLÓGICO:
DR. PONCE ROSAS EFREN RAÚL**

Facultad de Medicina



México, D.F. 2014



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.

**DETECCIÓN DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y TIPOLOGÍA FAMILIAR EN ESCOLARES DE UNA ESCUELA
PRIMARIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO.**

PRESENTA:
DRA . PÉREZ AHUATL LETICIA

AUTORIZACIONES

DR MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
SEDE CMF. DR. IGNACIO CHÁVEZ DEL ISSSTE

DRA NELLY DEL SOCORRO FONSECA SOLANO
DIRECTORA DE LA CMF. DR. IGNACIO CHÁVEZ DEL ISSSTE
SEDE DEL CURSO ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR.

DR. LUIS ALBERTO BLANCO LOYOLA
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
CMF. DR. IGNACIO CHÁVEZ DEL ISSSTE

DR. EFREN RAÚL PONCE ROSAS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M
ASESOR METODOLÓGICO

**DETECCIÓN DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y TIPOLOGÍA FAMILIAR EN ESCOLARES DE UNA ESCUELA
PRIMARIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO.**

**PRESENTA:
DRA. PÉREZ AHUATL LETICIA**

AUTORIDADES DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**DR FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M**

**DR FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR,
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M**

**DR ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M**

Agradecimientos:

Antes que nada, gracias a Dios por permitirme la realización de todos mis proyectos, por la salud y bienestar que me ha brindado, no solo a mí sino a los que me rodean.

Durante el desarrollo de esta tesis, he contado con el apoyo de múltiples personas, principalmente quiero agradecer a mi madre Teresa Ahuatl Xochitecatl que se ha esforzado por darme la mejor educación, me ha apoyado incondicionalmente de cerca y a distancia, me ha llenado de palabras de aliento y me ha impulsado a ser mejor cada día, sin ella no podría lograr todo esto. Gracias mama.

Quiero agradecer a Carlos Tonatiuh Santana Segovia que me ha llenado de amor y cariño, ha estado a mi lado en las buenas y malas, ha sabido comprenderme en este largo camino, me ha apoyado de forma incondicional, me ha amado a pesar de la distancia.

A mis hermanos y al resto de mi familia que de igual forma han puesto su grano de arena en este camino.

A todos los profesores, a mi asesor Dr. Efrén Raúl Ponce Rosas y asesora Dra. Silvia Landgrave Ibañez, que han dedicado su valioso tiempo en la realización y asesoría de este proyecto.

Y por último a la UNAM que me ha abierto un espacio desde nivel secundaria, preparatoria, licenciatura y posgrado. Orgullosamente UNAM

INDICE:

	Pág.
Marco Teórico	7
Definición	7
Epidemiología	7
Características clínicas principales	7
Influencia de las manifestaciones clínicas sobre el rendimiento escolar	7
Manifestaciones clínicas específicas	8
• Hiperactividad	8
• Inatención	8
• Impulsividad	9
Etiopatogenia	9
Estructuras y circuitos cerebrales implicados	10
Genética	10
Disfunciones neuropsicológicas	10
Factores ambientales	10
Curso natural del TDAH	11
Pronóstico a largo plazo	11
Influencia en el diagnóstico e intervención precoz en el pronóstico del TDAH	12
Sistemas de clasificación internacional	12
Diferencias entre las manifestaciones clínicas de niños y niñas	13
Diagnostico	14
Áreas de valoración	14
Historia escolar	14
Instrumentos específicos de evaluación	14
Evaluación psicopedagógica	14
Exploraciones complementarias	15
Diagnóstico diferencial	15
Tratamiento	15
Niveles de atención 12	18
Planteamiento del problema 14	20
Justificación	22
Objetivo general.	24
Objetivos específicos	24
Hipótesis	24
Diseño metodológico	25
Tipo de estudio	25
Tipo de estudio, población, lugar y tiempo	25
Características de la muestra de estudio	25
Diseño de investigación del estudio	26
Criterios de inclusión y exclusión	27

Variables: tipo y escala de medición	27
Variables y su definición operativa	28
Cronograma	29
Resultados	30
Discusión	60
Conclusiones	62
Bibliografía	64
Anexos	67

1 Marco Teórico

1.1 Definición:

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la edad infantil. Se caracteriza por un nivel de impulsividad, actividad y atención no adecuadas a la edad de desarrollo. Los niños y adolescentes con TDAH tienen dificultades para regular su comportamiento y ajustarse a las normas esperadas para su edad y, como consecuencia, presentan dificultades de adaptación en su entorno familiar, escolar y en las relaciones con sus iguales. A menudo rinden por debajo de sus capacidades y pueden presentar trastornos emocionales y de comportamiento¹.

1.1.2 Epidemiología

El TDAH es un trastorno relativamente común, sin embargo, los estudios epidemiológicos aportan una información un tanto confusa ya que las estimaciones de prevalencia varían notablemente dependiendo de las técnicas diagnósticas utilizadas y la naturaleza de la población estudiada. La prevalencia recogida por el propio Manual DSM-IV-TR es del 3-7% en niños de edad escolar y es más prevalente en los niños¹.

1.1.3 Características clínicas principales

Los síntomas nucleares son: la inatención, la hiperactividad y la impulsividad, a los que con frecuencia se suman los síntomas secundarios a la comorbilidad.

Según el DSM-5 las manifestaciones clínicas de los síntomas nucleares hacen referencia a hiperactividad, inatención, e impulsividad¹.

1.1.4 Influencia de las manifestaciones clínicas sobre el rendimiento escolar

Cabe tener en cuenta que los escolares con TDAH presentan más dificultades de aprendizaje que el resto de la población infantil, siendo este hecho uno de los principales motivos de consulta y de fracaso escolar².

El bajo rendimiento académico es debido a las propias dificultades organizativas, de planificación, priorización, atención y precipitación de la

respuesta que obedecen a las alteraciones de las funciones ejecutivas (memoria de trabajo e inhibición de la respuesta) propias del TDAH, y a las dificultades específicas que comportan los trastornos específicos del aprendizaje frecuentemente asociados como es la dislexia.

En general, las niñas con TDAH muestran una menor presencia de trastornos del aprendizaje asociados y mejores habilidades en la capacidad lectora, hecho que influye en su infra diagnóstico.

Las niñas con TDAH son menos agresivas e impulsivas y presentan menos síntomas de trastorno de conducta. Tienen un mayor riesgo de sufrir trastornos de ansiedad. A nivel escolar, muestran menos problemas y participan en más actividades extraescolares. Estas diferencias de género desaparecen después de la pubertad³.

1.1.6 Manifestaciones clínicas específicas:

1 Inatención

Hace referencia a las dificultades para mantener la atención durante un período de tiempo, tanto en tareas académicas y familiares, como sociales. A los niños les resulta difícil priorizar las tareas, persistir hasta finalizarlas y evitan actividades que suponen un esfuerzo mental sostenido. Tienen a ir cambiando de tareas sin llegar a terminar ninguna. A menudo parecen no escuchar. No siguen órdenes ni instrucciones y tienen dificultades para organizar tareas y actividades con tendencia a los olvidos y pérdidas frecuentes. Suelen distraerse con facilidad ante estímulos irrelevantes.

En situaciones sociales, la inatención suele manifestarse por cambios frecuentes de conversación, con dificultades para seguir las normas o detalles en actividades y/o juegos.

A nivel evolutivo, la inatención suele aparecer más frecuentemente durante la etapa escolar, cuando se requiere de una actividad cognitiva más compleja, y persiste significativamente durante la adolescencia y la edad adulta¹.

2 Hiperactividad

Se manifiesta por un exceso de movimiento, actividad motriz y/o cognitiva, en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo. Estos niños muestran una actividad motriz elevada en diferentes ámbitos. Tienen grandes dificultades para permanecer quietos cuando las situaciones lo requieren, tanto en contextos estructurados (el aula o la mesa a la hora de la comida), como en aquellos no estructurados (la hora del patio).

El momento evolutivo influye significativamente en la manifestación de la hiperactividad.

Así, los niños preescolares tienen una hipercinesia generalizada menos dependiente del entorno. En la edad escolar, puede suceder que la conducta hiperactiva del niño se limite a algunas situaciones, especialmente cuando éstas están poco estructuradas. Hablan en exceso y producen demasiado

ruido durante actividades tranquilas. La hiperactividad en adolescentes suele ser menos evidente, predominando una sensación interna de inquietud, tratando de hacer varias cosas a la vez y pasando de una actividad a otra sin finalizar ninguna¹.

3 Impulsividad

Se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas y para esperar el turno, interrumpiendo con frecuencia a los demás. A menudo los niños dan respuestas precipitadas antes de que se hayan completado las preguntas, dejándose llevar por la respuesta prepotente (espontánea y dominante).

Durante los primeros años, la impulsividad hace que el niño parezca «estar controlado por los estímulos» de forma que tiene tendencia a tocarlo todo. En la edad escolar, interrumpen constantemente a los otros y tienen dificultades para esperar su turno.

La impulsividad en la adolescencia conlleva un mayor conflicto con los adultos y una tendencia a tener más conductas de riesgo (abuso de tóxicos, actividad sexual precoz y accidentes de tráfico).

Las manifestaciones conductuales descritas anteriormente suelen producirse en múltiples contextos (hogar, escuela, trabajo y situaciones sociales). Con la edad, suele disminuir la hiperactividad aparente, persistiendo la impulsividad y la inatención. En relación con los síntomas nucleares, los niños y niñas con TDAH presentan diferentes patrones de comportamiento. Las niñas tienden a presentar mayor inatención y los niños, mayor componente de hiperactividad-impulsividad¹.

1.1.7 Etiopatogenia:

La etiopatogenia del TDAH implica la interrelación de múltiples factores genéticos y ambientales. El TDAH se considera un trastorno heterogéneo con diferentes subtipos resultado de distintas combinaciones de los factores de riesgo que actúan al mismo tiempo.

Se postula que el origen del TDAH está en una disfunción de la corteza prefrontal y de sus conexiones frontoestriadas. Diversos datos apoyan este modelo etiopatogénico, entre ellos el efecto beneficioso de los estimulantes y los modelos animales que implican las vías dopaminérgicas de gran relevancia en el funcionamiento del lóbulo prefrontal⁴.

Estudios volumétricos cerebrales han mostrado desviaciones en el desarrollo de las estructuras corticales en los sujetos con TDAH respecto a los controles. Estos estudios sugieren que el TDAH es un trastorno de la maduración cortical más que una desviación en el desarrollo⁵.

1.1.8. Estructuras y circuitos cerebrales implicados

A nivel estructural, en la población pediátrica con TDAH se han encontrado volúmenes significativamente inferiores a nivel de la corteza prefrontal dorsolateral y regiones conectadas con ésta, como el núcleo caudado, el núcleo pálido, el giro cingulado anterior y el cerebelo⁶. Los estudios de neuroimagen funcional, especialmente en adultos, también implican de forma consistente a la corteza prefrontal y al cingulado anterior⁷.

1.1.9 Genética

Existe evidencia científica de la importancia de los aspectos genéticos en el TDAH. En 20 estudios realizados en gemelos, se comprobó que la heredabilidad del TDAH es del 76%. Recientes estudios genómicos muestran la complejidad genética del TDAH, que se ha asociado con marcadores en los cromosomas 4, 5, 6, 8, 11, 16 y 17⁸. Estos estudios han identificado 8 genes que se han investigado en al menos tres trabajos más; 7 de estos genes han mostrado una asociación estadísticamente significativa con el TDAH. Estos genes se relacionan con los receptores DR4, DR5 y el transportador de dopamina (DAT), la enzima dopamina β -hidroxilasa, el transportador (DBH) y el receptor 1B de la serotonina (HTR1B) y el gen asociado a la proteína sinaptosómica 25 (SNAP25).

En un trabajo realizado por investigadores españoles, se ha constatado la participación de los llamados factores neurotróficos (NTF) en la susceptibilidad genética del TDAH⁹.

Actualmente, se acepta que es posible la interacción de factores ambientales y genéticos de forma que la presencia de determinados genes afectaría la sensibilidad individual a ciertos factores ambientales¹⁰.

1.1.10 Disfunciones neuropsicológicas

Thomas Brown desarrolló un modelo sobre las capacidades cognitivas complejas que están afectadas en el TDAH. Además de las funciones ejecutivas (como la inhibición de respuesta, la vigilancia, la memoria de trabajo y la planificación, ya estudiadas por otros autores), Brown añade dos aspectos importantes, la motivación y la regulación de las emociones, es decir Brown pone mayor énfasis en estas capacidades cognitivas como base cognitiva del trastorno¹¹.

- **Factores ambientales:**

Los factores ambientales influyen en la gravedad, pronóstico, y en la aparición de trastornos comórbidos.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto (toxemia materna, sufrimiento fetal, prematuridad) se han relacionado también con la aparición de TDAH. Sobre todo aquellas asociadas a hipoxia fetal. Entre los factores prenatales, una de las relaciones mejor establecidas es la que se ha encontrado entre la aparición del TDAH y el consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo.

Se han estudiado también factores psicosociales (nivel socioeconómico, trastorno mental o conductas delictivas de los padres), y factores relacionados con el funcionamiento familiar (conflicto familiar crónico, bajo apoyo familiar). Influirían como predisponentes inespecíficos para la patología infantil, en la gravedad de la expresión clínica, en el pronóstico, y también favoreciendo la aparición de ciertos trastornos comórbidos.

1.1.11 Curso natural del TDAH

El tipo predominantemente hiperactivo se diagnostica más fácilmente en niños menores y el tipo con predominio de inatención más tarde, a medida que el TDAH evoluciona.

Esta disminución de los síntomas de hiperactividad-impulsividad no es la consecuencia de la medicación u otro tratamiento, sino que es posible que sea evolutiva. La inatención también podría disminuir en intensidad, y duración de la atención, la cual se incrementará con la edad, pero tiende a estar por debajo de la de las personas no afectadas, del nivel que se espera a su edad y del que se necesita para las demandas de la vida diaria¹².

1.1.12 Pronóstico a largo plazo

Los comportamientos hiperactivos-impulsivos son un riesgo para varios tipos de disfunciones del adolescente. Se ha informado que la falta de amigos, de trabajo y de actividades constructivas afecta la calidad de vida. Niveles variados de hiperactividad e impulsividad también hacen que los niños desarrollen con mayor probabilidad una evolución antisocial y aumenta la probabilidad de presentar trastornos de la personalidad, o abuso de sustancias en la adolescencia tardía y en la edad adulta¹².

Aunque los síntomas del TDAH persisten en la mayoría de los casos, es importante recordar que muchos jóvenes con TDAH tendrán una buena adaptación en la edad adulta y estarán libres de problemas mentales. Probablemente, el pronóstico será mejor cuando predomina la inatención más que la hiperactividad-impulsividad, no se desarrolla conducta antisocial, y las relaciones con los familiares y con otros niños son adecuadas. Es necesario realizar más estudios sobre la evolución del TDAH en niños y adolescentes hacia la edad adulta, que deberían incluir el pronóstico a largo plazo junto a los posibles beneficios (y riesgos) del diagnóstico y tratamiento precoz¹².

1.1.13 Influencia en el diagnóstico e intervención precoz en el pronóstico del TDAH

A pesar de no haber encontrado evidencia científica sobre en qué medida el diagnóstico e intervención precoz mejoran el pronóstico el TDAH, En general, un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado influirán de forma positiva en su evolución.

1.1.14 Sistemas de clasificación internacional:

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) ¹.
- Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales (CIE-10) ¹³.

El DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta edición) de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) clasifica el TDAH en tres presentaciones:

- ~ «presentación combinado» (TDAH-C), cuando se cumplen los criterios completos para déficit de atención y para hiperactividad-impulsividad, (presentes los tres síntomas principales: inatención, hiperactividad e impulsividad).
- ~ «presentación con predominio del déficit de atención» (TDAH-DA)
- ~ «presentación hiperactivo- impulsivo» (TDAH-HI), cuando se cumplen seis o más criterios de un tipo y menos de seis criterios del factor contrario (la conducta que predomina es la de hiperactividad e impulsividad).

Los dos sistemas de clasificación coinciden en varios puntos importantes:

- ~ Inicio de los síntomas antes de los 6 años (CIE-10) o 12 años (DSM-5).

La guía NICE de 2009¹² recomienda que pueda hacerse el diagnóstico de TDAH en algunos casos en que el inicio de los síntomas se sitúa entre los 7 y los 12 años:

- ~ Los síntomas se han de mantener a lo largo del tiempo (persistir al menos durante 6 meses).
- ~ Se han de presentar en diversas situaciones de la vida del niño.
- ~ Han de causar un deterioro funcional.
- ~ Los síntomas no pueden ser mejor explicados por otros trastornos.

A pesar de las similitudes descritas, no existe un total acuerdo entre las dos clasificaciones.

Una característica específica de la CIE-10 no compartida por el DSM-5 es la exigencia de la presencia de los tres síntomas esenciales para realizar un diagnóstico de TDAH referidos a conductas de desatención, hiperactividad e impulsividad.

Requiere, al menos, seis síntomas de inatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad, estableciendo cuatro categorías diagnósticas:

1. Trastorno de la actividad y de la atención.
2. Trastorno hiperactivo disocial; en este caso, el trastorno hiperactivo va acompañado de trastorno de conducta.
3. Otros trastornos hiperactivos.
4. Trastornos hiperactivos sin especificación.

Sin embargo, de acuerdo con el DSM-5, tanto las dificultades de atención como la hiperactividad-impulsividad, pueden producir un diagnóstico positivo. Otra característica específica de la CIE-10 y no compartida por el DSM-5 es que la presencia de ansiedad o alteraciones del estado de ánimo son criterios de exclusión diagnóstica. El DSM-5 permite la presencia y el diagnóstico de alteraciones de ansiedad y/o estado de ánimo comórbidas.

1.1.15 Diferencias entre las manifestaciones clínicas de niños y niñas

En relación con los síntomas nucleares, los niños y niñas con TDAH presentan diferentes patrones de comportamiento. Las niñas tienden a presentar mayor inatención y los niños, mayor componente de hiperactividad-impulsividad. Hay estudios como el de Quinn *et al*¹⁴ que señalan que los maestros detectan menos a las niñas que a los niños.

Se acepta comúnmente que es un trastorno más frecuente en varones que en mujeres, con rangos que oscilan entre 2,5:1 a 5,6:1¹⁵. En ambos sexos, el subtipo combinado es el más frecuente, pero en el subtipo inatento parece que hay un mayor porcentaje de mujeres, en las que los síntomas de impulsividad e hiperactividad pueden aparecer con menor intensidad. Las diferencias en cuanto al sexo tienen que ver más con las escalas de valoración psicopatológica y/o conductual, que no incluyen ítems específicos para las mujeres, que con una especificidad en función del sexo¹⁶.

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 accidentes¹⁷. 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 TDAH.

1.1.16 Diagnóstico

El diagnóstico del TDAH es exclusivamente clínico, y debe estar sustentado en la presencia de los síntomas característicos del trastorno, respaldado por una clara repercusión funcional en los ámbitos personal, familiar, académico y/o social, y tras haber excluido otros trastornos o problemas que puedan estar justificando la sintomatología observada. (NICE, 2009)¹².

1.1.17 Áreas de valoración

Aunque la mayoría de los niños con TDAH no tienen una historia médica destacable y la exploración física es normal, tanto la anamnesis como la exploración física pueden servir para descartar procesos neurológicos asociados a otras causas que pudieran justificar la sintomatología. (NICE, 2009)¹²

Han de evaluarse también los antecedentes familiares (dadas las influencias genéticas del trastorno) y el funcionamiento familiar.

1.1.18 Historia escolar

Dado que una gran parte de los pacientes con TDAH sufren dificultades escolares, es importante plantear preguntas específicas sobre este ámbito, examinando la posible presencia de trastornos de aprendizaje y revisando el rendimiento académico del paciente a lo largo del tiempo¹⁸.

1.1.19 Instrumentos específicos de evaluación

Existen instrumentos específicos para la evaluación o cribado de los síntomas de TDAH y de psicopatología general que facilitan la detección, evaluación de la intensidad del trastorno y la respuesta al tratamiento.

Actualmente, tanto en niños y adolescentes como en adultos, el diagnóstico del TDAH se basa en la identificación de los síntomas y signos clínicos que lo caracterizan, el uso de cuestionarios y test neuropsicológicos pueden ayudar en el screening, apoyar el diagnóstico, o valorar la evolución y la respuesta al tratamiento.

1.1.20 Evaluación psicopedagógica

Una evaluación del rendimiento académico es fundamental en la valoración diagnóstica del niño y del adolescente con TDAH¹⁸.

1.1.21 Exploraciones complementarias

No hay un marcador biológico específico que permita el diagnóstico de TDAH¹⁸.

En la evaluación diagnóstica del TDAH no están indicados los análisis de sangre, los estudios de neuroimagen (TC y RM cerebral, SPECT o PET) y estudios neurofisiológicos (EEG, potenciales evocados)¹⁹. Se podrán utilizar estos exámenes sólo si la exploración física y la historia clínica lo justifican.

1.1.22 Diagnóstico diferencial

Los síntomas de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención pueden aparecer en una amplia variedad de trastornos:

- Retraso mental
- Trastornos de aprendizaje
- Trastornos generalizados del desarrollo
- Trastornos del comportamiento
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos del estado de ánimo
- Abuso de sustancias
- Factores ambientales
- Estrés
- Negligencia/abuso infantil
- Malnutrición
- Inconsistencia en pautas educativas
- Trastornos médicos
- Encefalopatías postraumáticas o postinfecciosas
- Epilepsia
- Trastornos del sueño (apneas del sueño, síndrome de piernas inquietas, síndrome de movimientos periódicos de las extremidades)
- Trastornos sensoriales (déficit visuales y auditivos significativos)
- Efecto secundario de fármacos (broncodilatadores, antiépilépticos)
- Disfunción tiroidea
- Intoxicación por plomo
- Anemia ferropénica

La mayoría de estos trastornos pueden detectarse con una valoración clínica completa.

1.1.23 Tratamiento

En el primer nivel de atención se debe estar al tanto los factores de riesgo y los datos sugerentes del trastorno compatibles con TDAH, la derivación a la atención médica comúnmente proviene de los maestros.

Debido a la saturación y poco tiempo disponible en la consulta del primer nivel, se propone utilizar un cuestionario de 5 preguntas recomendado por la Academia Americana de Pediatría para niños escolares por los profesionales de la salud, ante la respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas, el médico debe tener una primera entrevista con los padres, de manera que se pueda iniciar un proceso diagnóstico, se escriben las preguntas en los siguientes renglones:

- 1- ¿Como es su rendimiento escolar?
2. ¿Su profesor ha detectado si tiene problemas de aprendizaje?
3. ¿Es feliz en el colegio?
4. ¿Tiene algún problema de conducta en el colegio, en casa, o cuando juega con sus amigos?
5. ¿Tiene problemas para completar sus tareas o sus deberes?

En caso de que algunos de los síntomas del trastorno se confirmen, se deberá informar a los padres. Si el nivel de afectación es leve o moderado, se debe iniciar al menos un abordaje psicoeducativo.

Si persisten problemas tras 10 semanas, se valorará la derivación a atención especializada. Si el grado de deterioro es grave, se debe derivar al siguiente nivel de atención para tratamiento farmacológico, así mismo en menores de 6 años se ha de derivar a atención especializada.

La combinación de psicoterapia basada en pruebas y psicofármacos es el tratamiento más eficaz²⁰

Las intervenciones psicológicas que han mostrado alguna evidencia científica de eficacia para el TDAH se basan en los principios de la terapia cognitivo conductual (TCC).

La evaluación del tratamiento se realizará a los 3 meses del inicio, al finalizarlo (en caso de tener un límite temporal definido), o en el momento que el clínico lo considere oportuno.

La intervención psicopedagógica procura comprender los procesos de enseñanza-aprendizaje en contextos escolares y extraescolares e intervenir eficazmente en su mejora permitiendo al estudiante abordar las situaciones de aprendizaje de un modo más eficaz.

Desde hace más de 70 años que se conoce el efecto benéfico de los estimulantes para el tratamiento de los pacientes con conductas hipercinéticas. En Estados Unidos, tanto el metilfenidato como la dexanfetamina están disponibles desde 1955¹²

El metilfenidato y la atomoxetina son los únicos medicamentos que han mostrado una eficacia clara en la reducción de los síntomas del TDAH¹². Los metanálisis que comparan los fármacos estimulantes con los no estimulantes sugieren una eficacia mayor del tratamiento con estimulantes en

comparación con fármacos no estimulantes²¹. En los Estudios controlados aleatorizados realizados en que se comparan el metilfenidato con la atomoxetina se hallan resultados dispares, con un estudio que sugiere superioridad del metilfenidato sobre la atomoxetina²², y otro en el que no se observan diferencias significativas²³.

Debido a que el TDAH tiende a persistir en la adolescencia, y en algunos casos en la edad adulta, y la rápida reaparición de los síntomas cuando el tratamiento se suspende, el tratamiento farmacológico para el TDAH debe ser a largo plazo¹⁸.

Hay que realizar controles periódicos para evaluar la persistencia o remisión de los síntomas¹⁹.

En la práctica clínica se sugiere que se dejen períodos cortos (1 a 2 semanas) sin tratamiento, obteniendo retroalimentación del comportamiento del niño por parte de la familia y la escuela¹⁸.

Los pacientes con TDAH suponen un grupo bastante heterogéneo, que presenta una variación considerable en la intensidad de los síntomas, la edad de inicio y en la presencia de los síntomas en distintas situaciones. Los síntomas del TDAH se pueden ver afectados por factores situacionales, como el momento del día o el cansancio, y factores motivacionales, la posibilidad de supervisión, etc.²⁴.

Esta situación ha llevado a algunos profesionales a cuestionar su existencia y a preguntarse cuáles son los motivos por los que cada vez más personas presentan síntomas de TDAH. Críticos sociales y algunos profesionales no expertos en el tema, afirman que el TDAH es un mito o, más específicamente, que los niños diagnosticados de TDAH son normales pero que los "etiquetan" como trastorno mental por la intolerancia de padres y docentes, por la ansiedad cultural y parental en torno a la crianza de los niños o por una inespecífica o indocumentada en la comunidad médica²⁴. Centrándose en reacciones infrecuentes del metilfenidato, lo etiquetan de fármaco peligroso y adictivo, usado por educadores y padres intolerantes y «médicos sin escrúpulos», sin tomar en cuenta que los efectos adversos ponen en peligro la vida del adolescente o del niño²⁴.

La experiencia clínica en la evaluación de personas diagnosticadas con TDAH se observa que los síntomas tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo e interfieren en su funcionamiento social, emocional y cognitivo, y causan una importante morbilidad y disfuncionalidad en el niño, en el grupo de compañeros y en su familia²⁵.

1.1.24 Niveles de atención:

Se definen niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven.

Clásicamente se distinguen tres niveles de atención:

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas complejos, se refiere a la atención de patologías complicadas que requieren procedimiento especializado y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se plantean.

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Los recursos permiten resolver las necesidades de atención básica y más frecuente, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc; en donde se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.²⁸

El trastorno por déficit de atención, deber ser objeto de referencia a un especialista en el área o ser canalizados a otros niveles de atención, sin embargo el primer nivel de atención juega un papel importante, ya que es el encargado de realizar las detecciones oportunas y en caso necesario realizar la derivación correspondiente.

En el primer nivel de atención, la atención sanitaria a la que tiene acceso la población, es prestada por médicos de familia, médicos cuyos pacientes no se seleccionan ni por patologías específicas, ni por técnicas concretas, ni por la pertenencia a grupos determinados de edad y sexo. Los médicos de familia son los profesionales fundamentales en la atención primaria.

La consideración del lugar de la familia en la atención primaria es de vital importancia en diversas patologías, se ha evidenciado como los factores familiares entran en la solución de los problemas de salud del individuo ya que la familia es el ambiente social más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, o dicho de otra manera se señala a la familia como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud, ya sea individual o familiar.²⁹

1.2 Planteamiento del problema:

El TDAH a nivel mundial es el problema de comportamiento más común durante la infancia, constituye la enfermedad crónica más frecuente del periodo escolar y representa un problema complejo, debido a su aparición temprana, la repercusión en la vida diaria del niño y su probabilidad de persistir a lo largo de la vida.

Los rangos de prevalencia se sitúan entre el 1,9 y 14,4%.²⁶. El DSM-5 refiere una prevalencia estimada entre el 3-7% de la población en edad escolar. Se ha comunicado una prevalencia mundial del 5,29%²⁷, sin embargo esta cifra puede modificarse ya que no todos los casos son reconocidos.

En México se reporta una cifra similar, por lo que se trata de un padecimiento relativamente frecuente sin embargo los profesionales de la salud pocas veces lo llegan a diagnosticar con oportunidad²⁰.

En la población mexicana se encuentran las enfermedades psiquiátricas y neurológicas entre las principales quince causas de pérdida de años de vida saludable (AVISA); que representan en conjunto el 18% del total de AVISA; las cuales repercuten en la economía y en la sociedad al impedir la participación activa de millones de individuos en actividades productivas.

En torno a la salud en México, datos recientes demuestran cómo es que las enfermedades mentales por su curso crónico provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades crónicas, que se refuerza por el hecho de que solo una pequeña parte recibe tratamiento oportuno y adecuado, que finalmente causan alto nivel de discapacidad²⁰.

Un bajo porcentaje de las personas que padecen trastorno mental reciben tratamiento, y hay otros que tardan en recibirlo, desde la aparición de la enfermedad, ya en un estado avanzado, según el tipo de trastorno¹¹.

El TDAH es uno de los motivos más frecuentes por el 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 prevalentes²⁰.

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) forma parte de los trastornos externalizados, trastornos que afectan al entorno del escolar o adolescente repercutiendo en su desarrollo, llamados así también trastornos de conducta ya que la conducta interfiere negativamente con su desarrollo y dificulta el proceso de adaptación a la sociedad, y tienen origen tanto biológico como psicosocial, es por ello la importancia de realizar un

diagnostico oportuno y proporcionar tratamiento psicológico, y/o farmacológico así como estrategias de intervención psicosocial. (CIE-10) (OMS, 1992)¹³.

Debido a las repercusiones potenciales sobre el desarrollo personal y familiar del niño hacen que sea uno de los trastornos más investigados en los últimos años. Así mismo también el inicio del consumo de sustancias es más precoz en estos pacientes, y es menos probable la abstinencia en la edad adulta.

Un punto a tener en consideración es que en el primer nivel, los pacientes que presentan características de TDAH no son correctamente identificados o diagnosticados; ya que se realizan escasas detecciones y por consiguiente bajos envíos al siguiente nivel de atención, este hecho tendrá importantes repercusiones, tanto personales, familiares, institucionales así como de salud pública. En los últimos años, se ha observado un incremento en el número de pacientes con este padecimiento. (Soutullo, 2007)¹¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta que a nivel mundial existe una prevalencia del TDAH del 5 por ciento. En la década de los 50, uno de cada 10 mil niños presentaba este síndrome, y hoy lo padece el 12 por ciento del total de la población, según datos de la Facultad de Psicología (FP) de la UNAM.

Las repercusiones del TDAH no sólo afectan a los pacientes, sino también a sus familias. Los costes sanitarios de los niños con TDAH son casi el doble que para los niños sin este trastorno. Se deduce que el TDAH se asocia significativamente a costes financieros y sobrecarga emocional que se reflejan en el sistema de salud, los servicios educativos, los cuidadores, las familias y la sociedad en general².

Debido a este gran impacto en la salud del escolar surge la siguiente pregunta:

¿La aplicación de escalas específicas permitirá al médico familiar realizar una detección oportuna de trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad en niños?, en este caso dentro de una escuela primaria de la ciudad de México.

1.3 Justificación:

El trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) es un trastorno de inicio en la infancia que comprende un patrón persistente de conductas de desatención, hiperactividad e impulsividad, que en la actualidad ha cobrado importancia debido a su elevada prevalencia, y el impacto que genera. Es una de las enfermedades que requiere atención prioritaria, ya que se le reconoce como un problema de salud pública serio, costoso, frecuente y creciente que afecta a escolares y adolescentes.

En la actualidad existen escalas específicas aplicadas por personal de la salud que orientan a identificar a niños escolares que cumplen con las características clínicas del TDAH, y que deben ser objeto de referencia a un segundo nivel o al especialista en el área, disminuyendo así mismo las repercusiones secundarias que dificultan los procesos de adaptación del entorno del niño en caso de comprobarse el diagnóstico de TDAH.

Se ha observado que este padecimiento es más frecuente de lo que se ha reportado estadísticamente en nuestro medio, por lo que se considera importante y necesario realizar una estimación de la incidencia del TDAH en escolares de una escuela primaria por las consecuencias y la magnitud tan importantes que este genera, realizando al mismo tiempo una detección oportuna en aquellos pacientes que no han sido identificados apropiadamente, e identificando factores de riesgo biológicos, familiares y sociales que perpetúen dicho padecimiento, beneficiándose así tanto el escolar, familia, sociedad y sistema sanitario del país.

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. Es importante recordar como ya se mencionó anteriormente, que no todos los pacientes que presentan un TDAH son correctamente identificados y tratados; este hecho tendrá importantes repercusiones, tanto personales y familiares así como de salud pública. Si el TDAH no es tratado adecuadamente se asocia, a largo plazo, con una amplia gama de resultados adversos, como menor rendimiento académico, incremento de las expulsiones del colegio o abandono escolar, menor categoría profesional, más accidentes de conducción, aumento de las visitas a urgencias por accidentes, mayor incidencia de divorcio e incluso incremento de la delincuencia.

Recalcando, un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, podrá mejorar la vida de las personas con TDAH, de sus cuidadores y familiares, y al mismo tiempo reduciría su desgaste psicológico, así como las implicaciones financieras y la sobrecarga del TDAH para la sociedad.

Otro punto a tomar en cuenta es el impacto considerable que genera la enfermedad en la salud pública y su carga para el sistema sanitario.

Los retrasos en el reconocimiento, la valoración, y el tratamiento del TDAH puede afectar negativamente a la calidad de vida de estos niños. Las repercusiones del TDAH no sólo afectan a los pacientes, sino también a sus familias. Así mismo existen factores familiares que repercuten en los problemas de salud del individuo, ya que la familia es el ambiente social más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, por lo que pudieran identificarse ciertas características o factores de riesgo familiar, social o biológico, que propicien el desarrollo de este trastorno en los niños.

Debido a las repercusiones potenciales sobre el desarrollo personal y familiar del niño, esta investigación realizara detecciones oportunas en escolares, y recabara información acerca de la tipología familiar y antecedentes perinatales, que pudieran fomentar o perpetuar dicho padecimiento, y en caso necesario sugerir envío a 2do nivel para terapia cognitivo conductual o tratamiento farmacológico, reduciendo así las complicaciones descritas, beneficiándose así la población escolar y teniendo un impacto positivo sobre su bienestar.

1.4 Objetivo general:

Realizar detección oportuna del trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad en niños escolares de una escuela primaria, mediante la aplicación de escalas específicas, que nos orienten a identificar a niños que cumplen con las características clínicas del TDAH.

1.4.1 Objetivos específicos:

- Identificar la tipología familiar en niños con perfil para TDAH.
- Conocer la incidencia del TDAH, en escolares de una escuela primaria.
- Identificar las características clínicas que deben ser objeto de referencia a un especialista en el área u otros niveles de atención.
- Conocer los antecedentes perinatales de aquellos escolares con perfil de TDAH.

1.5 Hipótesis:

La detección oportuna del trastorno de déficit de atención en niños escolares de la escuela primaria de la ciudad de Mexico, permitirá identificar ciertas características asociadas a los antecedentes perinatales o factores de riesgo en la tipología familiar que propicien o perpetúen el desarrollo de este trastorno en los niños.

2. Diseño metodológico:

- 1) Clasificación de la investigación: **cuantitativa**
- 2) Área de investigación en salud: **socio médica**
- 3) Área de investigación en atención primaria: **clínico**

2.1 Tipo de estudio:

1. Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información o el proceso de causalidad: **prospectivo**
2. Según el periodo y secuencia del estudio (número de mediciones de las variables fundamentales del estudio): **transversal**
3. Según el número de mediciones, grupos de estudio e intención comparativa: **descriptivo (no comparativo)**
4. Según la introducción, manipulación y control (intervención) de al menos una variable (independiente) por el investigador: **observacional.**

Tipo de estudio, población, lugar y tiempo

Lugar: Escuela primaria de la ciudad de México

Población: Niños escolares de 1er a 6to año de primaria una escuela primaria de la ciudad de México.

Tiempo: **01 mayo- 14 julio 2014**

2.2 Características de la muestra de estudio

Marco muestral de 30 alumnos de una escuela primaria, no aleatorio por conveniencia, no representativa, tamaño de la muestra con nivel de confianza de 95% y precisión de 5%, $p=0.5$ y $q=0.5$

2.3 Diseño de investigación del estudio (Material y Métodos)

Se realizó una entrevista con los profesores de cada grado escolar acerca del comportamiento y rendimiento académico de cada niño escolar a su cargo, posteriormente se seleccionaron casos sospechosos de TDAH y a todo escolar que cumplió con los criterios de inclusión se le aplicaron escalas de medición específicas para detección de TDAH, (Cuestionario TDAH. Juan Antonio Amador, *et al.* 2005), tanto a los profesores como a los padres, previo consentimiento del padre o/y tutor; incluyendo datos de la tipología familiar y antecedentes perinatales para identificar factores de riesgo asociados de tipo familiar, social o biológico, posteriormente se aplicó DSM-5 a los padres para comparar los resultados obtenidos, y en caso de cumplir con suficientes criterios diagnósticos establecer una detección oportuna y de ser necesario ser canalizados a otros niveles de atención a aquellos casos con TDAH severo.

La información se vaciará en una base de datos para su análisis posterior. Todos los datos fueron procesados en el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)

Se solicitó la autorización de las autoridades del centro educativo y el consentimiento informado firmado por los padres de los niños que participaron en la investigación.

Principios éticos

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la CMF Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE.

Instrumento de evaluación:

Cuestionario TDAH. Juan Antonio Amador, *et al.* 2005

Es un cuestionario bilingüe, castellano-catalán que recoge los 18 síntomas del DSM-IV para el TDAH. Escala de cribado y evaluación de los síntomas del TDA, incluye 18 ítems tipo Likert de 4 grados y evalúa conductas de falta de atención, actividad excesiva e impulsividad.

Este listado se ha desarrollado a partir de los síntomas propuestos por el DSM-IV (APA, 1995) para el diagnóstico del TDAH. La misma versión se utiliza para padres y profesores.

La fiabilidad de los dos factores y del Cuestionario, medida con el coeficiente alfa de Cronbach, es alta y algo más elevada para profesores (coeficientes entre 0.948 y 0.957) que para padres (coeficientes entre 0.858 y 0.892).

Se ha introducido una valoración de la frecuencia de cada ítem mediante

una escala tipo Likert entre 0 (Nunca) , 1 (pocas veces), 2 (bastantes veces), y 3 (casi siempre).

Los primeros nueve ítems del cuestionario son los síntomas de desatención y los 9 ítems siguientes son los síntomas de hiperactividad-impulsividad.

2.4 Criterios de inclusión y exclusión

2.4.1 Inclusión.

Niños de 1er a 6to año de primaria

Sexo femenino y masculino

Edad de 6 a 12 años

Que el tutor o papas acepten participar y firmen consentimiento informado.

Que el profesor de cada grado escolar acepte responder un cuestionario corto para cada alumno.

2.4.2 Exclusión:

Menores de 6 años

Mayores de 12 años

Que no acepten ni firmen el consentimiento informado

Diagnostico de alguna otra enfermedad mental

Que el profesor de cada grado escolar no acepte responder un cuestionario corto para cada alumno.

2.4.3 Eliminación:

Personas que no contesten los instrumentos específicos para diagnostico de TDAH

Negativa del tutor para continuar con el estudio

Encuestas contestadas en forma incompleta

Pacientes que causan baja del ciclo escolar

2.5 Variables: tipo y escala de medición:

- Edad: (6,7,8,9 años, etc.) cuantitativa, discontinua, escala: razón o proporción
- Grado escolar: (primero, segundo, tercero, etc.) cualitativa politómica, ordinal, (1ero, 2do, 3ero) cuantitativa discreta, escala ordinal
- Número de folio: (001, 002, 003, 004, etc.) cuantitativa discreta, escala ordinal.
- Detección oportuna de TDAH: cualitativa dicotómica, escala nominal

2.5.1 Variables y su definición operativa

Variable	Definición conceptual	Definición operativa
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento expresado en años	1,2,3,4,5,6,7 años, etc.
Grado escolar:	Cada una de las etapas o ciclos en que se divide un nivel educativo.	1ro, 2do, 3ro, 4to, 5to, o 6to grado. referido por la escuela
Trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad	Trastorno que se caracteriza por un nivel de impulsividad, actividad y atención no adecuadas a la edad de desarrollo.	Entrevista clínica a profesores. Criterios diagnósticos DSM-IV y escalas específicas para TDAH
Detección oportuna de TDAH	Empleo de los recursos clínicos y médicos necesarios para diagnosticar una enfermedad de forma temprana, o en una fase inicial.	Criterios diagnósticos DSM-IV y escalas específicas para TDAH

CRONOGRAMA

ETAPA	Agosto Sept. 2013	Oct. Dic. 2013	Enero Abril 2014	Mayo Julio 2014	Agosto Sept. 2014	Oct. 2014
Etapa de planeación del proyecto	XX					
Marco Teórico		XX				
Planteamiento del problema y justificación		XX				
Objetivos			XX			
Material y métodos			XX			
Registro y autorización del proyecto			XX	XX		
Etapa de ejecución del proyecto: Recolección de datos			XX	XX		
Almacenamiento de datos				XX		
Análisis de datos y resultados				XX		
Discusión de resultados				XX		
Conclusiones					XX	
Solicitud de examen de tesis					XX	
Autorizaciones					XX	
Reporte final						XX

RESULTADOS

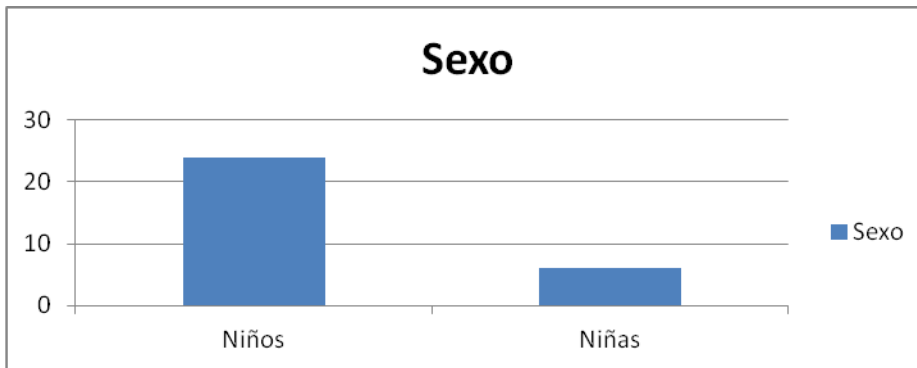
Variable edad del escolar:

Se observaron 6 niños de 6 años (20%), 4 niños de 7 años (13.3%), 7 niños de 8 años (23.3%), 4 niños de 9 años (13.3%), 3 niños de 10 años (10%), 5 niños de 11 años (16.7%) y un niño de 12 años. (3.3%)

Edad del escolar	Frecuencia	Porcentaje
6	6	20.0
7	4	13.3
8	7	23.3
9	4	13.3
10	3	10.0
11	5	16.7
12	1	3.3
Total	30	100.0

Variable sexo del escolar:

Se reportaron 24 masculinos (80%) y 6 femeninos (20%).



Sexo del escolar	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	24	80.0
Femenino	6	20.0
Total	30	100.0

Edad promedio, desviación estándar, mínimo y máximo

Estadísticos descriptivos	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad del escolar	30	6	12	8.43	1.851
Grado académico que cursa	30	1	6	2.83	1.621
N válido (según lista)	30				

Variable Grado académico:

se observaron de 1er año 7 escolares (23.3%), 2do año 8 escolares (26.75), 3er año 7 escolares (23.3%), 4to año 2 escolares (6.7%), 5to año 3 escolares (10%) y 6to año 3 escolares (10%)

Grado académico que cursa	Frecuencia	Porcentaje
1	7	23.3
2	8	26.7
3	7	23.3
4	2	6.7
5	3	10.0
6	3	10.0
Total	30	100.0

ANTECEDENTES PERINATALES

Tipo de parto:

16 alumnos se obtuvieron por parto (53.3%) y 14 alumnos se obtuvieron por cesárea (46.7%)

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje
Parto	16	53.3
Cesárea	14	46.7
Total	30	100.0

Peso al nacer:

5 alumnos tuvieron peso bajo al nacer (menos de 2.5 kg) equivalente al 16.7%, 16 alumnos tuvieron peso normal (de 2.6 kg a 3.6 kg) equivalente al 53.3%, y 9 alumnos tuvieron peso alto (mas de 3.6 kg) equivalente al 30%.

Peso al nacer	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso menos de 2.5 kg	5	16.7
Peso normal de 2.6 kg a 3.6 kg	16	53.3
Peso alto, mas de 3.6 kg	9	30.0
Total	30	100.0

Duración del embarazo:

5 alumnos fueron productos pre término (menos de 37 SDG) equivalente al 16.7%, 23 alumnos fueron productos de termino (semana 37 y 42 SDG) equivalente al 76.7%, y 2 alumnos fueron productos pos término (mas de 42 SDG) equivalente al 6.7%.

Duración del embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Pretérmino, menos de 37 semanas de gestación	5	16.7
De termino, entre la semana 37 y 42 semanas de gestación	23	76.7
Postérmino, mas de 42 semanas de gestación	2	6.7
Total	30	100.0

Hábitos tóxicos durante el embarazo:

28 madres negaron hábitos tóxicos durante el embarazo equivalente al 93.3%, 1 madre reporto fumar durante el embarazo equivalente al 3.3%, y 1 madre reporto uso de drogas en el embarazo equivalente al 3.3%.

Hábitos tóxicos durante el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	28	93.3
Fumo durante el embarazo	1	3.3
Uso de drogas durante el embarazo	1	3.3
Total	30	100.0

Enfermedades asociadas al embarazo y parto:

16 madres reportaron embarazo normal y parto normal (53.3%), 9 madres reportaron antecedente de amenaza de aborto (30%), 4 madres reportaron talla y peso bajo al nacer (13.3%), 1 madre reporto anemia durante el embarazo (3.3%).

Enfermedades asociadas al embarazo y parto	Frecuencia	Porcentaje
Embarazo normal y parto normal	16	53.3
Amenaza de aborto (sangrados en el 1er trimestre)	9	30.0
Retardo en el crecimiento intrauterino (talla y peso bajos al nacer)	4	13.3
Anemia en la madre durante el embarazo	1	3.3
Total	30	100.0

Antecedente familiar de TDAH:

24 tutores negaron antecedente familiar, 3 tutores reportaron antecedente familiar en los hermanos (10%), 1 tutor reporto antecedente en el padre (3.3%), 1 tutor reporto antecedente en la madre (3.3%), y otro tutor reporto otro familiar diferente (3.3%).

Antecedente familiar de trastorno de déficit de atención e hiperactividad	Frecuencia	Porcentaje
Nadie	24	80.0
Padre	1	3.3
Madre	1	3.3
Hermanos	3	10.0
Otro familiar	1	3.3
Total	30	100.0

TIPOLOGIA FAMILIAR.

Composición Familiar:

16 familias son nucleares (53.3%), 9 familias son monoparentales (30%), 2 familias son extensas (6.7%), 2 familias son reconstruidas (6.7%), 1 familia es extensa compuesta (3.3%).

Composición	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Nuclear	16	53.3
Extensa	2	6.7
Extensa compuesta	1	3.3
Monoparental	9	30.0
Reconstruida	2	6.7
Total	30	100.0

Desarrollo Social:

12 familias son tradicionales (40%) y 18 familias son modernas (60%)
ocupación de los padres

Desarrollo social	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Tradicional	12	40.0
Moderna	18	60.0
Total	30	100.0

Ocupación de los padres:

13 tutores son empleados (43.3%), 11 tutores son obreros (36.7%), 5 tutores son comerciantes (16.7%), 1 tutor reporto carrera técnica (3.3%)

Ocupación de los padres	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Obrera	11	36.7
Técnico	1	3.3
Comerciante	5	16.7
Empleado	13	43.3
Total	30	100.0

Demografía:

100% de los tutores encuestados habitan en zona urbana.

Demografía	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Urbana	30	100.0

Clasificación de acuerdo a su integración:

14 familias son integradas (46.7%), 7 familias son semiintegradas (23.3%), 4 familias son desintegradas (13.3%) y 5 familias equivalente al 16.7% en otro no especificado.

De acuerdo a su integración	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Integrada	14	46.7
Semiintegrada	7	23.3
Desintegrada	4	13.3
Otro	5	16.7
Total	30	100.0

CUESTIONARIO MAESTROS
DEFICIT DE ATENCION

23 alumnos (76.7%) de forma moderada a menudo no prestan atención a detalles o cometen errores en el trabajo escolar u otras actividades por falta de cuidado, 4 alumnos (13.3%) de forma leve y 3 alumnos de forma severa (10%).

A menudo no presta atención a detalles o comete errores en el trabajo escolar u otras actividades por falta de cuidado	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Algunas veces	4	13.3
Bastantes veces	23	76.7
Muchas veces	3	10.0
Total	30	100.0

23 alumnos (76.7%) de forma moderada a menudo tienen dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego, 5 alumnos (16.7%) de forma leve y 2 alumnos (6.7%) forma severa.

A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Algunas veces	5	16.7
	Bastantes veces	23	76.7
	Muchas veces	2	6.7
	Total	30	100.0

19 alumnos (63.3%) de forma moderada a menudo no parecen escuchar lo que se les dice, 8 alumnos (26.7%), de forma leve, 2 alumnos (6.7%) nunca lo presentan y 1 alumno (3.3%) de forma severa

A menudo no parece escuchar lo que se le dice		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca o nada	2	6.7
	Algunas veces	8	26.7
	Bastantes veces	19	63.3
	Muchas veces	1	3.3
	Total	30	100.0

17 alumnos (56.7%) de forma moderada no suelen seguir instrucciones y no terminan sus tareas o deberes escolares, 6 alumnos (20%) de forma leve, 4 alumnos (13.3%) nunca lo presentan y 3 alumnos (10%) de forma severa.

No suele seguir instrucciones y no termina sus tareas o deberes escolares (no debido a un comportamiento oposicionista o a un fracaso para comprender las instrucciones)		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca o nada	4	13.3
	Algunas veces	6	20.0
	Bastantes veces	17	56.7
	Muchas veces	3	10.0

No suele seguir instrucciones y no termina sus tareas o deberes escolares (no debido a un comportamiento oposicionista o a un fracaso para comprender las instrucciones)		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca o nada	4	13.3
	Algunas veces	6	20.0
	Bastantes veces	17	56.7
	Muchas veces	3	10.0
	Total	30	100.0

22 alumnos (73.3%) de forma moderada a menudo tienen dificultad para organizar tareas y actividades, 4 alumnos (13.3%) nunca lo presentan, 3 alumnos (10%) de forma leve y 1 alumno (3.3%) de forma severa.

A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	4	13.3
Algunas veces	3	10.0
Bastantes veces	22	73.3
Muchas veces	1	3.3
Total	30	100.0

15 alumnos (50%) de forma moderada a menudo rechazan o muestran rechazo ante tareas o actividades (como deberes escolares o tareas domésticas) que requieren esfuerzo mental sostenido, 10 alumnos (33.3%) de forma leve, 4 alumnos (13.3) nunca lo presentan y 1 alumno (3.3%) de forma severa

A menudo rechaza o muestra rechazo ante tareas o actividades (como deberes escolares o tareas domésticas) que requieren esfuerzo mental sostenido	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	4	13.3
Algunas veces	10	33.3
Bastantes veces	15	50.0
Muchas veces	1	3.3
Total	30	100.0

15 alumnos (50%) de forma leve pierden frecuentemente cosas necesarias para tareas o actividades (libros, libretas lápices, juguetes...) , 14 alumnos (46.7%) de forma moderada, y 1 alumno (3.3%) no lo presenta.

Pierde frecuentemente cosas necesarias para tareas o actividades (libros, libretas lápices, juguetes...)	Frecuencia
Nunca o nada	1
Algunas veces	15
Bastantes veces	14
Total	30

18 alumnos (60%) de forma moderada se distraen con estímulos externos , 7 alumnos (23.3%) de forma leve, 5 alumnos (16.7%) de forma severa.

Se distrae con estímulos externos	Frecuencia	Porcentaje
Algunas veces	7	23.3
Bastantes veces	18	60.0
Muchas veces	5	16.7
Total	30	100.0

16 alumnos (53.3%) de forma moderada se olvidan a menudo de las actividades diarias, 7 alumnos (23.3%) de forma leve , 6 alumnos (20%) no lo presentan y 1 alumno (3.3%) de forma severa.

Se olvida a menudo de las actividades diarias	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	6	20.0
Algunas veces	7	23.3
Bastantes veces	16	53.3

Muchas veces	1	3.3
Total	30	100.0

HIPERACTIVIDAD

13 alumnos (43.3%) de forma leve juegan a menudo nerviosamente con las manos o con los pies o se mueven en el asiento, 8 alumnos (26.7%) de forma moderada, 5 alumnos (16.7%) de forma severa y 4 alumnos (13.3%) no lo presentan.

Juega a menudo nerviosamente con las manos o con los pies o se mueve en el asiento	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	4	13.3
Algunas veces	13	43.3
Bastantes veces	8	26.7
Muchas veces	5	16.7
Total	30	100.0

13 alumnos (43.3%) de forma moderada se levantan de clase o en otras situaciones en las que se espera que estén sentados, 8 alumnos (26.7%) no lo presentan, 5 alumnos (16.7%) de forma severa y 4 alumnos (13.3%) de forma leve.

Se levanta de clase o en otras situaciones en las que se espera que esté sentado	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	8	26.7
Algunas veces	4	13.3
Bastantes veces	13	43.3
Muchas veces	5	16.7
Total	30	100.0

5 alumnos (16.7%) de forma moderada a menudo dan carreras o saltos en situaciones que son inapropiadas, 17 alumnos (56.7%) no lo presentan, 5 alumnos (16.7%) de forma leve y 3 alumnos (10%) de forma severa

A menudo da carreras o saltos en situaciones que nos inapropiadas (en adolescentes o adultos se limita a sentimientos subjetivos de inquietud)	Frecuencia	Porcentaje
--	------------	------------

Nunca o nada	17	56.7
Algunas veces	5	16.7
Bastantes veces	5	16.7
Muchas veces	3	10.0
Total	30	100.0

9 alumnos (30%) de forma leve suelen tener dificultad para jugar o realizar actividades tranquilas, 9 alumnos (30%) de forma moderada, 9 alumnos (30%) no lo presentan y 3 alumnos (10%) de forma severa.

Suele tener dificultad para jugar o realizar actividades tranquilas	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	9	30.0
Algunas veces	9	30.0
Bastantes veces	9	30.0
Muchas veces	3	10.0
Total	30	100.0

15 alumnos (50%) de forma moderada a menudo hablan excesivamente, 8 alumnos (26.7%) de forma leve, 4 alumnos (13.3%) no lo presentan, y 3 alumnos (10%) de forma severa.

A menudo habla excesivamente	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	4	13.3
Algunas veces	8	26.7
Bastantes veces	15	50.0
Muchas veces	3	10.0
Total	30	100.0

10 alumnos (33.3%) de forma moderada actúan como si estuvieran "impulsados por un motor", 13 alumnos (43.3%) no lo presentan, 5 alumnos (16.7) de forma leve, y 2 alumnos (6.7%) de forma severa.

Actúa como si estuviera "impulsado por un motor"	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	13	43.3
Algunas veces	5	16.7
Bastantes veces	10	33.3
Muchas veces	2	6.7

Actúa como si estuviera "impulsado por un motor"	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	13	43.3
Algunas veces	5	16.7
Bastantes veces	10	33.3
Muchas veces	2	6.7
Total	30	100.0

IMPULSIVIDAD

10 alumnos (33.3%) de forma moderada suelen responder a preguntas antes de que se hayan terminado de formular, 15 alumnos (50%) no lo presentan, 4 alumnos (13.3%) de forma leve, y 1 alumno (3.3%) de forma severa.

Suele responder a las preguntas antes de que se hayan terminado de formular	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	15	50.0
Algunas veces	4	13.3
Bastantes veces	10	33.3
Muchas veces	1	3.3
Total	30	100.0

8 alumnos (26.7%) de forma leve tienen dificultad para mantenerse en la fila o esperar su turno en juegos o situaciones de grupo, 9 alumnos (30%) no lo presentan, 7 alumnos (23.3%) de forma moderada, y 6 alumnos (20%) de forma severa.

Tiene dificultad para mantenerse en la fila o esperar su turno en juegos o situaciones de grupo	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	9	30.0
Algunas veces	8	26.7
Bastantes veces	7	23.3
Muchas veces	6	20.0
Total	30	100.0

12 alumnos (40%) de forma moderada a menudo interrumpen a otras personas, 10 alumnos (33.3%) no lo presentan, 5 alumnos (16.7%) de forma leve, y 3 alumnos (10%) de forma severa.

A menudo interrumpe a otras personas	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	10	33.3
Algunas veces	5	16.7
Bastantes veces	12	40.0
Muchas veces	3	10.0
Total	30	100.0

CUESTIONARIO PADRES DEFICIT DE ATENCION

21 alumnos (70 %) de forma leve a menudo no prestan atención a detalles o cometen errores en el trabajo escolar u otras actividades por falta de cuidado. 9 alumnos (30 %) de forma moderada.

A menudo no presta atención a detalles o comete errores en el trabajo escolar u otras actividades por falta de cuidado	Frecuencia	Porcentaje
Algunas veces	21	70.0
Bastantes veces	9	30.0
Total	30	100.0

20 alumnos (66.7%) de forma leve a menudo tienen dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego, 4 alumnos (13.3%) de forma moderada, 4 alumnos (13.3%) no lo presentan y 2 alumnos (6.7%) forma severa.

A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	4	13.3
Algunas veces	20	66.7

Bastantes veces	4	13.3
Muchas veces	2	6.7
Total	30	100.0

18 alumnos (60.0%) de forma leve a menudo no parecen escuchar lo que se les dice, 6 alumnos (20 %) no lo presentan, 3 alumnos (10 %) de forma moderada y 3 alumnos (10 %) de forma severa

A menudo no parece escuchar lo que se le dice	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	6	20.0
Algunas veces	18	60.0
Bastantes veces	3	10.0
Muchas veces	3	10.0
Total	30	100.0

17 alumnos (56.7%) de forma leve no suelen seguir instrucciones y no terminan sus tareas o deberes escolares, 6 alumnos (20%) de forma moderada, 4 alumnos (13.3%) nunca lo presentan y 3 alumnos (10%) de forma severa.

No suele seguir instrucciones y no termina sus tareas o deberes escolares (no debido a un comportamiento oposicionista o a un fracaso para comprender las instrucciones)	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	4	13.3
Algunas veces	17	56.7
Bastantes veces	6	20.0
Muchas veces	3	10.0
Total	30	100.0

17 alumnos (46.7%) de forma leve a menudo tienen dificultad para organizar tareas y actividades, 5 alumnos (16.7%) de forma moderada, 4 alumnos (13.3%) nunca lo presentan y 4 alumnos (13.3%) de forma severa.

A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades	Frecuencia	Porcentaje
---	------------	------------

Nunca o nada	4	13.3
Algunas veces	17	56.7
Bastantes veces	5	16.7
Muchas veces	4	13.3
Total	30	100.0

14 alumnos (50%) de forma leve a menudo rechazan o muestran rechazo ante tareas o actividades (como deberes escolares o tareas domésticas) que requieren esfuerzo mental sostenido, 8 alumnos (26.7%) nunca lo presentan, 4 alumnos (13.3%) de forma moderada, y 4 alumnos (13.3%) de forma severa.

A menudo rechaza o muestra rechazo ante tareas o actividades (como deberes escolares o tareas domésticas) que requieren esfuerzo mental sostenido	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	8	26.7
Algunas veces	14	46.7
Bastantes veces	4	13.3
Muchas veces	4	13.3
Total	30	100.0

17 alumnos (56.7%) de forma leve pierden frecuentemente cosas necesarias para tareas o actividades (libros, libretas, lápices, juguetes...), 6 alumnos (20%) no lo presentan, 5 alumnos (16.7%) de forma moderada, y 2 alumnos (6.7%) de forma severa.

Pierde frecuentemente cosas necesarias para tareas o actividades (libros, libretas lápices, juguetes...)	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	6	20.0
Algunas veces	17	56.7
Bastantes veces	5	16.7
Muchas veces	2	6.7
Total	30	100.0

19 alumnos (60%) nunca se distraen con estímulos externos, 6 alumnos (20.0%) lo presentan de forma moderada y 5 alumnos (16.7%) de forma severa.

Se distrae con estímulos externos	Frecuencia	Porcentaje
Algunas veces	19	63.3
Bastantes veces	5	16.7
Muchas veces	6	20.0
Total	30	100.0

12 alumnos (40%) de forma leve se olvidan a menudo de las actividades diarias, 11 alumnos (36.7%) no lo presentan, 5 alumnos (16.7%) de forma moderada y 2 alumnos (6.7%) de forma severa.

Se olvida a menudo de las actividades diarias	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	11	36.7
Algunas veces	12	40.0
Bastantes veces	5	16.7
Muchas veces	2	6.7
Total	30	100.0

HIPERACTIVIDAD

15 alumnos (50 %) de forma leve juegan a menudo nerviosamente con las manos o con los pies o se mueven en el asiento, 8 alumnos (26.7%) no lo presentan. 4 alumnos (13.3 %) de forma moderada, y 3 alumnos (10%) de forma severa.

Juega a menudo nerviosamente con las manos o con los pies o se mueve en el asiento	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	8	26.7
Algunas veces	15	50.0
Bastantes veces	4	13.3
Muchas veces	3	10.0
Total	30	100.0

22 alumnos (73.3%) de forma leve se levantan de clase o en otras situaciones en las que se espera que estén sentados, 2 alumnos (6.7%) no lo presentan, 3 alumnos (10%) de forma moderada, y 3 alumnos (10%) de forma severa.

Se levanta de clase o en otras situaciones en las que se espera que esté sentado	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	2	6.7
Algunas veces	22	73.3
Bastantes veces	3	10.0
Muchas veces	3	10.0
Total	30	100.0

15 alumnos (50%) de forma leve a menudo dan carreras o saltos en situaciones que son inapropiadas, 9 alumnos (30%) no lo presentan, 5 alumnos (16.7%) de forma severa y 1 alumno (3.3%) de forma moderada

A menudo da carreras o saltos en situaciones que nos inapropiadas (en adolescentes o adultos se limita a sentimientos subjetivos de inquietud)	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	9	30.0
Algunas veces	15	50.0
Bastantes veces	1	3.3
Muchas veces	5	16.7
Total	30	100.0

14 alumnos (46.7%) no suelen tener dificultad para jugar o realizar actividades tranquilas, 13 alumnos (43.3%) lo presenta de forma leve, 3 alumnos (10%) de forma severa.

Suele tener dificultad para jugar o realizar actividades tranquilas	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	14	46.7
Algunas veces	13	43.3
Muchas veces	3	10.0
Total	30	100.0

23 alumnos (76.7%) de forma leve a menudo hablan excesivamente, 3 alumnos (10%) de forma moderada, 3 alumnos (10%) de forma severa, y 1 alumno (3.3%) no lo presenta.

A menudo habla excesivamente	Frecuencia	Porcentaje
------------------------------	------------	------------

Nunca o nada	1	3.3
Algunas veces	23	76.7
Bastantes veces	3	10.0
Muchas veces	3	10.0
Total	30	100.0

6 alumnos (20%) de forma leve actúan como si estuvieran "impulsados por un motor", 18 alumnos (60%) no lo presentan, 4 alumnos (13.3%) de forma severa, y 2 alumnos (6.7%) de forma moderada.

Actúa como si estuviera "impulsado por un motor"	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	18	60.0
Algunas veces	6	20.0
Bastantes veces	2	6.7
Muchas veces	4	13.3
Total	30	100.0

IMPULSIVIDAD

14 alumnos (46.7%) de forma leve suelen responder a preguntas antes de que se hayan terminado de formular, 13 alumnos (43.3%) no lo presentan, 3 alumnos (10%) de forma severa.

Suele responder a las preguntas antes de que se hayan terminado de formular	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	13	43.3
Algunas veces	14	46.7
Muchas veces	3	10.0
Total	30	100.0

16 alumnos (53.3%) de forma leve tienen dificultad para mantenerse en la fila o esperar su turno en juegos o situaciones de grupo, 10 alumnos (33.3%) no lo presentan, 3 alumnos (10%) de forma severa, y 1 alumno (3.3%) de forma moderada.

Tiene dificultad para mantenerse en la fila o esperar su turno en juegos o situaciones de grupo	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	10	33.3
Algunas veces	16	53.3
Bastantes veces	1	3.3
Muchas veces	3	10.0
Total	30	100.0

21 alumnos (70%) de forma leve a menudo interrumpen a otras personas, 5 alumnos (16.7%) de forma severa, 3 alumnos (10%) no lo presentan, y 1 alumno (3.3%) de forma moderada.

A menudo interrumpe a otras personas	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o nada	3	10.0
Algunas veces	21	70.0
Bastantes veces	1	3.3
Muchas veces	5	16.7
Total	30	100.0

CRITERIOS DSM 5

Déficit de atención

a. 30 alumnos (100%) con frecuencia fallan en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ej. se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Si	30	100.0

b. 25 alumnos (83.3%) con frecuencia tienen dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ej., dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada), 5 alumnos (16.7%) no lo presentan.

Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ej., dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	25	83.3
	No	5	16.7
	Total	30	100.0

c. 23 alumnos (76.7%) con frecuencia parecen no escuchar cuando se les habla directamente (por ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente). 7 alumnos (23.3%) no lo presentan.

Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	23	76.7
	No	7	23.3
	Total	30	100.0

d. 26 alumnos (86.7) con frecuencia no siguen las instrucciones y no terminan las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ej., inicia tareas pero se distraen rápidamente y se evade con facilidad). 4 alumnos (13.3%) no lo presentan.

Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	26	86.7
	No	4	13.3
	Total	30	100.0

e. 25 alumnos (83.3%) con frecuencia tienen dificultad para organizar tareas y actividades (por ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos). 5 alumnos (16.7%) no lo presentan.

Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y act. (dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple plazos)		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	25	83.3
	No	5	16.7
	Total	30	100.0

f. 20 alumnos (66.7%) con frecuencia evitan , les disgustan o se muestran poco entusiastas en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ej. tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos). 10 alumnos (33.3%) no lo presentan.

Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ej. tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios)		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	20	66.7
	No	10	33.3
	Total	30	100.0

g. 25 alumnos (83.3%) con frecuencia pierden cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil). 5 alumnos (16.7%) no lo presentan.

Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil)		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	25	83.3
	No	5	16.7
	Total	30	100.0

h. 30 alumnos (100%) con frecuencia se distraen con facilidad por estímulos externos.

Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	30	100.0

i. 19 alumnos (63.3%) con frecuencia olvidan las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas), 11 alumnos (36.7%) no lo presentan.

Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).		Frecuencia	Porcentaje

Válidos	Si	19	63.3
	No	11	36.7
	Total	30	100.0

2. Hiperactividad e Impulsividad

a. 22 alumnos (73.3%) con frecuencia juguetean o golpean con las manos o los pies o se retuercen en el asiento. 8 alumnos (26.7%) no lo presentan.

Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	22	73.3
	No	8	26.7
	Total	30	100.0

b. 28 alumnos (93.3%) con frecuencia se levantan en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levantan en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar. 2 alumnos (6.7%) no lo presentan

Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar.		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	28	93.3
	No	2	6.7
	Total	30	100.0

c. 20 alumnos (66.7%) con frecuencia corretean o trepan en situaciones en las que no resulta apropiado. 10 alumnos (33.3%) no lo presentan.

Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	20	66.7
	No	10	33.3
	Total	30	100.0

d. 15 alumnos (50%) con frecuencia son incapaces de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas. 15 alumnos (50%) no lo presentan.

Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	15	50.0
	No	15	50.0
	Total	30	100.0

e. 29 alumnos (96.7%) con frecuencia están "ocupados", actuando como si "los impulsara un motor" (por ejemplo, son incapaces de estar o se sienten incómodos estando quietos durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que están intranquilos o que les resulta difícil seguirlos). 1 alumno (3.3%) no lo presenta

Con frecuencia está "ocupado", actuando como si "lo impulsara un motor"(es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo)		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	29	96.7
	No	1	3.3
	Total	30	100.0

f. 12 alumnos (40%) con frecuencia hablan excesivamente. 18 alumnos (60.0%) no lo presentan.

Con frecuencia habla excesivamente		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	12	40.0
	No	18	60.0
	Total	30	100.0

Impulsividad

g. 20 alumnos (66.7%) con frecuencia responden inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación). 10 alumnos (33.3%) no lo presentan

Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	20	66.7
	No	10	33.3
	Total	30	100.0

h. 21 alumnos (70%) con frecuencia les es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola). 9 alumnos (30 %) no lo presentan.

Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	21	70.0
	No	9	30.0
	Total	30	100.0

i. 27 alumnos (90%) con frecuencia interrumpen o se inmiscuyen con otros (se meten en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso). 3 alumnos (10%) no lo presentan

Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso)		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	27	90.0
	No	3	10.0
	Total	30	100.0

B- En 30 alumnos (100%) algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	30	100.0

C. En 30 alumnos (100%) varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).

Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	30	100.0

D. En 30 alumnos (100%) existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	30	100.0

E. En 30 alumnos (100%) los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

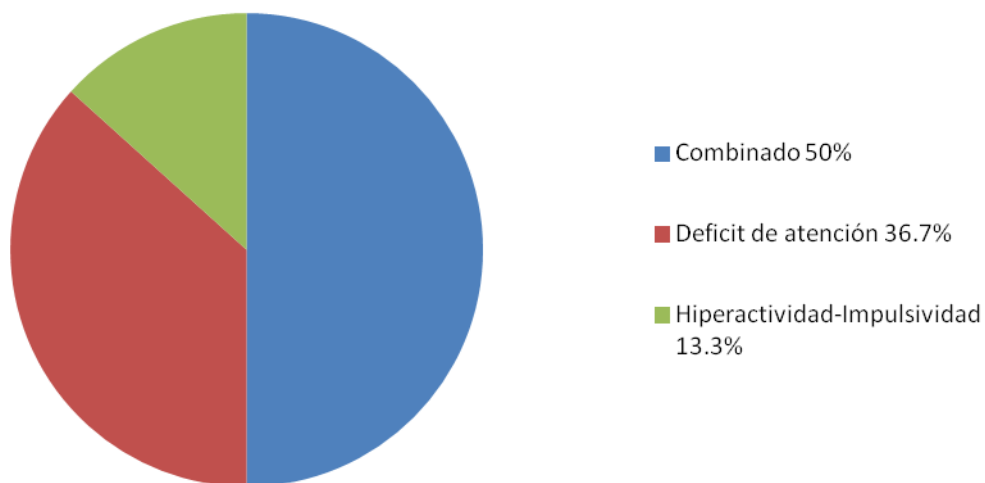
Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	30	100.0

GLOBAL

Clasificación de profesores

15 alumnos (50%) presentan TDAH presentación combinada, 11 alumnos (36.7%) presentación con predominio déficit de atención, 4 alumnos (13.3%) presentación con predominio hiperactividad impulsividad.

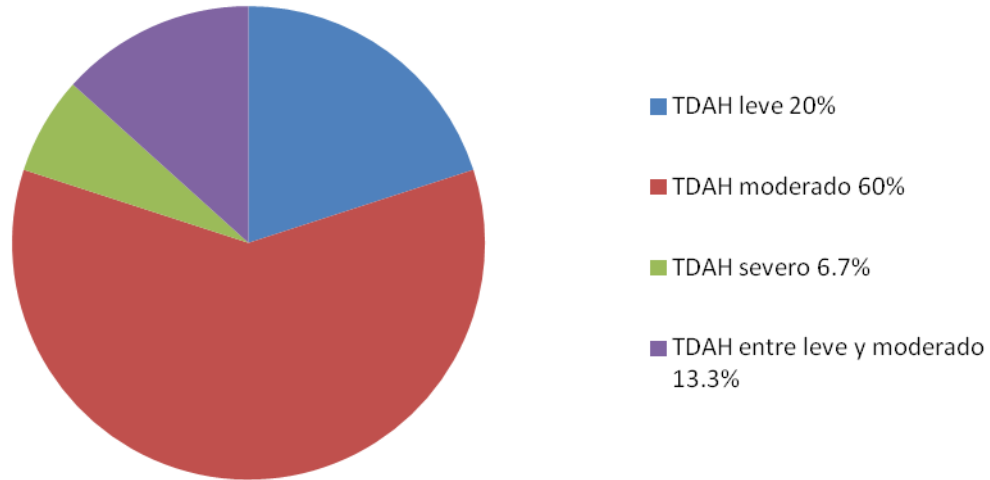
Presentaciones de acuerdo a Clasificación de los profesores



Clasificación de profesores de acuerdo a los ítems que se cumplan	Frecuencia	Porcentaje
- Combinado con 6 o más criterios de inatención y 6 o más de hiperactividad	15	50.0
- Predomino déficit de atención con 6 o más criterios y menos de 6 de hiperactivo-impulsivo	11	36.7
- Predomino de hiperactividad-impulsividad con más de 6 o más criterios y menos de 6 de inatención	4	13.3
Total	30	100.0

18 alumnos (60%) presenta TDAH moderado, 6 alumnos (20%) presenta TDAH leve, 2 alumnos (6.7%) TDAH severo y 4 alumnos (13.3%) TDAH entre leve y moderado.

Clasificación Profesores de acuerdo a Intensidad de los síntomas

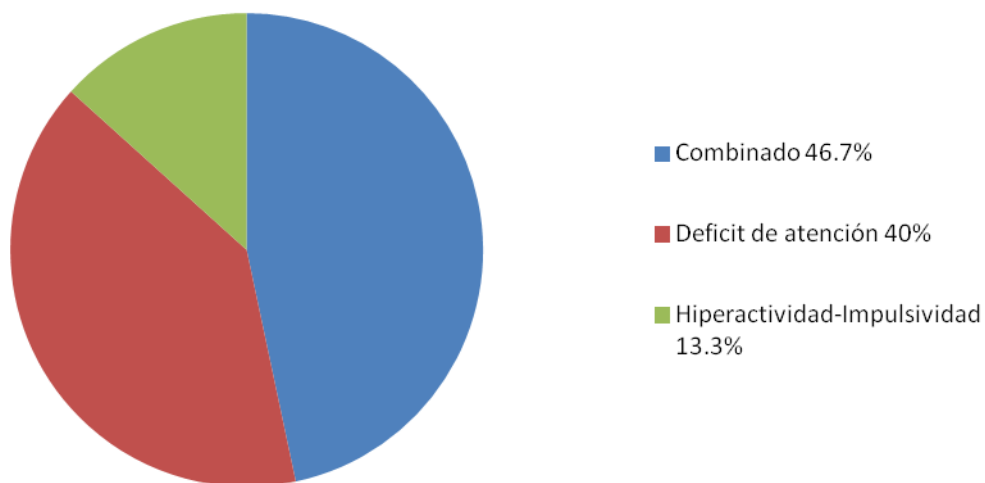


Clasificación de profesores de acuerdo a la intensidad de los ítems	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Con TDAH leve	6	20.0
Con TDAH moderado	18	60.0
Con TDAH severo	2	6.7
Con TDAH entre leve y moderado	4	13.3
Total	30	100.0

Clasificación padres:

14 alumnos (46.7%) presentan TDAH presentación combinada, 12 alumnos (40%) presentación con predominio déficit de atención, 4 alumnos (13.3%) presentación con predominio hiperactividad impulsividad.

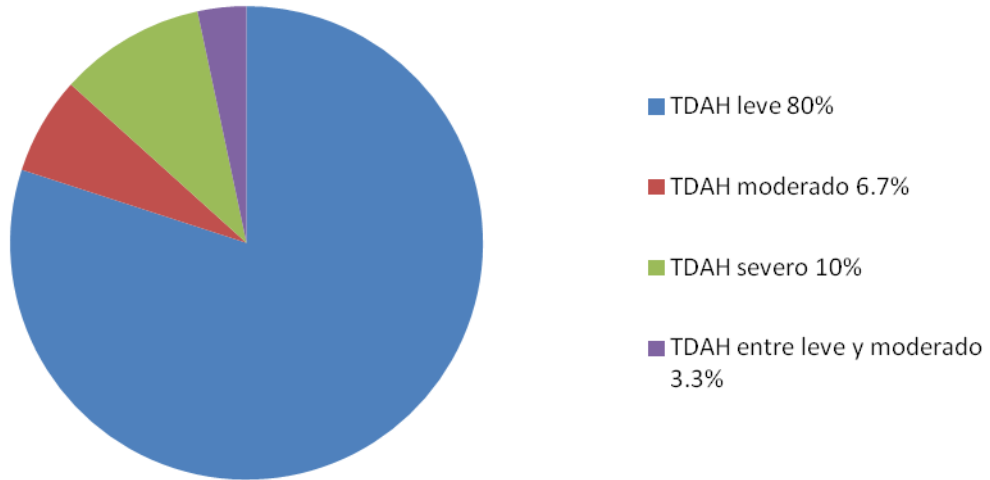
Presentaciones de acuerdo a Clasificación de los padres



Clasificación de padres de acuerdo a los ítems que se cumplan	Frecuencia	Porcentaje
Válidos - Combinado con 6 o más criterios de inatención y 6 o más de hiperactividad	14	46.7
- Predomino déficit de atención con 6 o más criterios y menos de 6 de hiperactivo-impulsivo	12	40.0
- Predomino de hiperactividad-impulsividad con 6 o más criterios y menos de 6 de inatención	4	13.3
Total	30	100.0

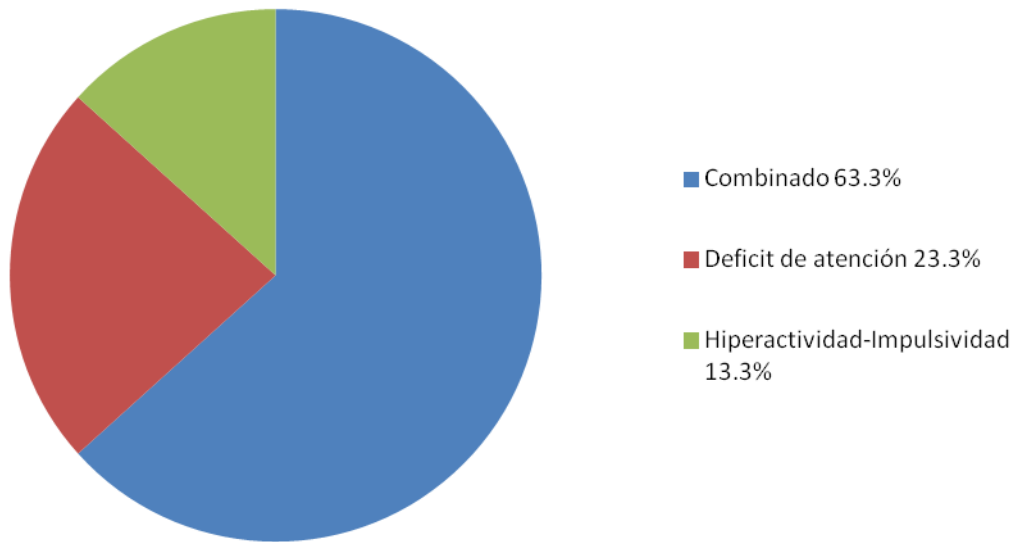
24 alumnos (80%) presenta TDAH leve, 3 alumnos (10%) presenta TDAH severo, , 2 alumnos (6.7%) TDAH moderado y 1 alumno (3.3%) TDAH entre leve y moderado.

Clasificación padres de acuerdo a Intensidad de los síntomas



Clasificación de padres de acuerdo a la intensidad de los síntomas		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	TDAH leve	24	80.0
	TDAH moderado	2	6.7
	TDAH severo	3	10.0
	TDAH entre leve y moderado	1	3.3
	Total	30	100.0

Presentaciones de acuerdo a DSM-5



DSM5

17 alumnos (56.7%) presentan TDAH presentación combinada, 9 alumnos (30%) presentan TDAH presentación con predominio déficit de atención, 4 alumnos (13.3%) presentación con predominio hiperactividad impulsividad.

Clasificación DSM 5 de acuerdo a los ítems que se cumplan	Frecuencia	Porcentaje
- Combinado con 6 o más de inatención y 6 o más de hiperactividad-impulsividad	19	63.3
- Predomino déficit de atención con 6 o más criterios y menos de 6 de hiperactivo-impulsivo	7	23.3
- Predomino de hiperactividad-impulsividad con más de 6 o más criterios y menos de 6 de inatención	4	13.3
Total	30	100.0

DISCUSION:

La población total de niños de primaria fue de 270 niños, de los cuales 30 alumnos (11.1%) fueron identificados por los profesores por presentar probables problemas de atención e hiperactividad.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), la prevalencia del TDAH oscila entre el 3-7% de los niños en edad escolar de población general, por lo que esta cifra podría estar subestimada en nuestro medio, otros autores refieren que las tasas de prevalencia que se obtienen en los diferentes estudios son marcadamente dispares en función de los criterios diagnósticos empleados. Así, encontramos intervalos de prevalencia que se sitúan entre el 1,9 y el 14,4% (Faraone et al., 2003).

De acuerdo a los resultados obtenidos, del 100% de la población de estudio, la edad predominante fueron niños escolares de 8 años seguidos de escolares de 6 años, el 80% fueron masculinos, y de acuerdo al grado escolar 2do grado representa la mayor parte, seguido de 1er y 3er grado. En relación al sexo, las investigaciones epidemiológicas señalan que existen grandes diferencias a favor de los varones, encontrándose una razón de 2 a 1 en muestras generales de población y de 9 a 1 en muestras de procedencia clínica.

Al relacionar los subtipos con la edad, se evidencia que el subtipo combinado hiperactividad/impulsividad predomina en los primeros años, mientras que el subtipo inatento predomina en los niños de mayor edad, postulándose que la sintomatología motora del TDAH disminuye con la edad, mientras que el tipo cognitivo-atencional tiende a mantenerse.

Igualmente, de acuerdo a la literatura, la prevalencia también puede variar en función del sexo y del subtipo de TDAH que presenten los niños, existiendo mayor proporción de varones con el subtipo hiperactivo impulsivo(4:1) y una mayor proporción de chicas con el subtipo inatento (2:1), en este estudio se encontró mayor porcentaje de varones con TDAH tipo combinado y predominio hiperactividad-impulsividad, en cuanto al predominio inatento los resultados son muy similares en cuanto a niños y niñas.

De acuerdo a los antecedentes perinatales del 100% de la población de estudio, el 53.3% de los niños se obtuvieron por parto, y el 46.7% por cesárea, , la duración del embarazo en un 76% fue de término y de 16.7% pretérmino el peso al nacer en un 53.3% fue normal y el 30% con peso alto, 93.3% de las madres negaron tener hábitos tóxicos, el 53.3% no tuvieron complicaciones en el embarazo y el 30% reportaron amenaza de aborto, el 80% negó antecedentes familiares de TDAH y el 10% lo reporto en hermanos.

De acuerdo a las fuentes bibliográficas, las complicaciones durante el embarazo están asociadas a la existencia de TDAH, especialmente el hábito de fumar,

consumo de alcohol, aquellos productos con bajo peso al nacer (Knopik et al., 2005), y de forma cuestionable el estrés y la ansiedad durante el embarazo (Sprich-Buckminster, et al. 1993), así mismo complicaciones durante el parto como toxemia, eclampsia, sufrimiento fetal, duración del parto, bajo peso al nacer y hemorragia antes del parto determinan cierta predisposición al TDAH, en nuestros resultados no logro evidenciarse claramente esta relación. Sin embargo en otro estudio de Montiel-Nava y cols, el 82,5% de las madres de niños con TDAH no presentó dificultades o complicaciones perinatales.

En la tipología familiar, de acuerdo a su composición, la mayoría de las familias son nucleares, seguidas por familias monoparentales, de acuerdo a su desarrollo predominaron las familias modernas, de acuerdo a su ocupación el 43.3% son empleados y el 36.7% son obreros, en la demografía todas las familias son urbanas, y en base a su integración el 46.7% están integradas y el 23.3% son semi-integradas.

Factores de riesgo dependientes de la familia, predominaron las madres que trabajan y mantienen el hogar o aportan parte del ingreso familiar junto con el padre, sin embargo los resultados de este estudio no nos permiten plantear la hipótesis de probables asociaciones entre la existencia de factores biológicos, familiares o sociales y las manifestaciones del TDAH de una forma clara.

En cuanto a la evaluación de los maestros el 50% de los alumnos presento TDAH combinado, el 36.7% TDAH con predominio déficit de atención y el 13.3% con predominio hiperactividad-impulsividad, en relación a la intensidad y frecuencia el 60% fue moderado (bastantes veces), 20 % leve (pocas veces) y 6.7% severo (casi siempre) y entre leve y moderado 13.3%.

Respecto a la evaluación de los padres el 46.7% de alumnos presento TDAH combinado, el 40% TDAH con predominio déficit de atención y el 13.3% TDAH con predominio hiperactividad-impulsividad, en relación a la intensidad y frecuencia de los síntomas el 80% fue leve (pocas veces), 10% severo (casi siempre), y 6.7% moderado (bastantes veces).

La concordancia entre las valoraciones de los padres y profesores son muy similares, sin embargo las comparaciones entre ambos evaluadores (profesores y padres), no aportaron diferencias significativas, excepto en la intensidad y frecuencia de los síntomas del TDAH, la cual estimada por los padres, disminuye o se atenúa.

Finalmente mediante la aplicación del DSM-5, el 63.3% presentó TDAH combinado, el 23.3% presentación déficit de atención, y el 13.3% TDAH tipo presentación hiperactividad-impulsividad.

CONCLUSIONES

La información que proviene de los profesores sobre los síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad es especialmente útil para realizar un cribado del padecimiento.

Estos hallazgos sugieren que los instrumentos de evaluación pueden servir como instrumentos de *screening* para identificar casos que posiblemente cumplan criterios diagnósticos del DSM-5 para el TDAH

En general en este protocolo, los profesores son una excelente herramienta para realizar un cribado del TDAH, ya que de todos los niños que ellos derivaron con posible perfil de TDAH el 100% resultaron positivos ante la aplicación del DSM-5. En relación con las diferencias por sexo, los resultados del estudio indican que en todos los sistemas diagnósticos se detectan más niños que niñas.

Se deberá contemplar el tipo de informante (profesores o padres), ya que introduce variaciones importantes en la valoración de la frecuencia e intensidad de los síntomas, en este estudio fueron los padres en quienes se encontró atenuación de los síntomas.

y concretamente, en la valoración realizada por los profesores, se observó que detectan una mayor intensidad y/o frecuencia de los síntomas del TDAH.

Así mismo con estos resultados, podría considerarse que los casos de TDAH son mayores que los que se han reportado en nuestro país.

Una de las causas principales de las diferencias en los datos epidemiológicos encontrados entre los diferentes estudios es el uso de diferentes criterios de clasificación diagnóstica, el tipo de instrumento de evaluación utilizado (entrevista, observación o escalas de valoración) o los informantes: padres, maestros, cuidadores, etc. Al no disponer actualmente de técnicas analíticas y/o de imagen objetivas que permitan diagnosticar este trastorno, el abordaje diagnóstico es principalmente clínico, apoyándose en la evaluación del comportamiento según diversas escalas y variables neuropsicológicas.

La familia es un elemento esencial, ya que por un lado, la sintomatología de este trastorno repercutirá en la dinámica familiar, y a su vez ésta puede influir en el niño de manera que mejorará, mantendrá o aumentará la sintomatología.

La importancia del clima familiar para el buen desarrollo psicológico y emocional de los hijos es especialmente importante en los niños con trastornos del desarrollo como el TDAH.

La familia junto con los profesores resultan ser una herramienta eficaz, no sólo en la detección del problema, sino por la relación bidireccional que se da entre la familia, profesor y el niño con TDAH.

Finalmente podemos concluir que los cuestionarios y escalas de valoración son instrumentos muy útiles para evaluar los síntomas y conductas relacionadas con el TDAH ya que permiten recoger información de diversos informantes (padres, tutores, profesores, cuidadores) sobre la conducta de los niños en contextos diferentes (por ejemplo, casa y escuela).

Estos instrumentos son económicos, en cuanto al tiempo de administración y corrección, y permiten realizar un cribado rápido de los síntomas y conductas alteradas. Algunas de estas escalas ofrecen grupos de referencia normativos, por lo que se puede establecer la frecuencia e intensidad de los síntomas o conductas alteradas, y poseen una adecuada fiabilidad y validez, lo que las hace muy útiles como instrumentos de evaluación y de valoración de los resultados del tratamiento.

El propósito de este estudio ha sido realizar un cribado oportuno del trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad en niños escolares de una escuela primaria, mediante la aplicación de escalas específicas, que nos orienten a identificar a niños que cumplen con las características clínicas del TDAH, el cual se cumplió de acuerdo a los resultados, así como la presencia de probables factores de riesgo sociales, familiares, biológicos, y/o características asociadas en la infancia y niñez, los cuales no pudieron relacionarse de forma clara en este estudio como se reporta en las fuentes bibliográficas.

Los resultados de este estudio no nos permiten plantear la hipótesis de probables asociaciones entre la existencia de factores perinatales y las manifestaciones del TDAH.

Una limitación del estudio es el tamaño pequeño de la muestra por lo que es necesario que los resultados de esta investigación se confirmen en un grupo más grande. Sin embargo los resultados obtenidos son consistentes con la literatura y diferentes investigaciones acerca del TDAH.

Bibliografía:

1. American Psychiatric Association. DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2001. pp. 59-61
2. Spencer TJ. ADHD and Comorbidity in Childhood. *J Clin Psychiatry*. 2007; 67(8):27-31.
3. Seidman LJ. Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan. *Clin Psychol Rev*. 2006; 26(4):466-85.
4. Arnsten AF. Fundamentals of attention-deficit/hyperactivity disorder: circuits and pathways. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67(8):7-12.
5. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci*. 2007; 104(49):19649-54.
6. Seidman LJ, Valera EM, Makris N. Structural brain imaging of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2005; 57(11):1263-72.
7. Pliszka SR, Glahn DC, Semrud-Clikeman M, Franklin C, Pérez R, III, Xiong J, et al. Neuroimaging of inhibitory control areas in children with attention deficit hyperactivity disorder who were treatment naive or in long-term treatment. *Am J Psychiatry*. 2006; 163(6):1052-60.
8. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2005; 57(11):1313-23.
9. Ribases M, Hervás A, Ramos-Quiroga JA, Bosch R, Bielsa A, Gastaminza X, et al. Association study of 10 genes encoding neurotrophic factors and their receptors in adult and child attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2008; 63(10):935-45.
10. Lehn H, Derks EM, Hudziak JJ, Heutink P, Van Beijsterveldt TC, Boomsma DI. Attention problems and attention-deficit/hyperactivity disorder in discordant and concordant monozygotic twins: evidence of environmental mediators. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(1):83-91.
11. Soutullo C, Diez A. Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH. Ed. Médica Panamericana. Madrid: 2007.
12. National Institute for Health and Clinical Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. Great Britain: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrist; 2009.

- 13 Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión CIE-10. 1992.
14. Quinn P, Wigal S. Perceptions of girls and ADHD: results from a national survey. *Med Gen Med.* 2004; 6(2):2.
15. Criado-Álvarez JJ, Romo BC. Variability and tendencies in the consumption of methylphenidate in Spain. An estimation of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder. *Rev Neurol* 2003; 37(9):806-10.
16. Knellwolf AL, Deligne J, Chiarotti F, Auleley GR, Palmieri S, Boisgard CB, et al. Prevalence and patterns of methylphenidate use in French children and adolescents. *Eur J Clin Pharmacol.* 2008; 64(3):311-7.
17. Bonati M, Clavenna A. The epidemiology of psychotropic drug use in children and adolescents. *Int Rev Psychiatry.* 2005; 17(3):181-8.
18. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. 2005.
19. Pliszka S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007; 46(7):894-921.
20. Vásquez J, Cárdenas E, Feria M, Benjet C, Palacios L, de la Peña F. Guía Clínica para el trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad. Instituto Nacional de Psiquiatría de la Fuente Muñiz. 2010; 2-43.
21. Faraone SV, Biederman J, Spencer TJ, Aleardi M. Comparing the efficacy of medications for ADHD using meta-analysis. *Med Gen Med.* 2006; 8(4):4.
22. Newcorn JH, Kratochvil CJ, Allen AJ, Casat CD, Ruff DD, Moore RJ, et al. Atomoxetine and osmotically released methylphenidate for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder: acute comparison and differential response. *Am J Psychiatry.* 2008; 165(6):721-30.
23. Wang Y, Zheng Y, Du Y, Song DH, Shin YJ, Cho SC, et al. Atomoxetine versus methylphenidate in paediatric outpatients with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized, double-blind comparison trial. *Aust N Z J Psychiatry.* 2007; 41(3):222-30.
24. Barkley RA, Cox D. ADHD: Symptoms, diagnosis, prevalence and gender differences 26. *J Safety Res.* 2007; 38(1):113-28.
25. Cardo E, Servera M. Attention deficit hyperactivity disorder: the state of the matter and further research approaches. *Rev Neurol.* 2008; 46(6):365-72.

26. 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; 40(5):508-15.
27. 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; 164(6): 942-8.
28. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*. 2011; XXXIII (1):11-14.
29. Ortúna V, Gervasb J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin*. 1996; 106(3): 97-102.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE EVALUACION Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACION VOLUNTARIA

FOLIO_____

DETECCIÓN DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y TIPOLOGÍA FAMILIAR EN ESCOLARES DE UNA ESCUELA PRIMARIA DE LA CIUDAD DE MEXICO.

LA INFORMACION QUE USTED PROPORCIONE MEDIANTE SUS RESPUESTAS SERA DE CARACTER CONFIDENCIAL, ANONIMO, Y SERA OBTENIDA DE MANERA VOLUNTARIA.

LA INFORMACION SERA UTILIZADA PARA MEJORAR LA ATENCION QUE SE BRINDA A NUESTROS PACIENTES CON FINES DE INVESTIGACION, POR LO QUE CUENTA YA CON LA AUTORIZACION PARA REALIZARSE EN ESTA UNIDAD.

EL CUESTIONARIO TIENE PREGUNTAS Y SE CONTESTA APROXIMADAMENTE EN 20 MINUTOS, NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS O MALAS, UNICAMENTE QUE SUS RESPUESTAS SEAN HONESTAS.

¿ACEPTA USTED CONTESTARLA? SI_____ NO_____

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACION

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE/ TUTOR RESPONSABLE /RESPONSABLE LEGAL.

NOMBRE , FIRMA Y MATRICULA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE

CUESTIONARIO DE TDAH PARA PROFESORES, AMADOR, ET AL.

Nombre y apellidos del alumno:
 Edad:.....Curso:.....Fecha:.....
 Profesor-tutor:.....Colegio:.....

A continuación encontrará una serie de ítems que describen a los niños y a los adolescentes. Por favor, evalúe a su alumno/a respecto a estas conductas de la siguiente forma: marque la respuesta **MUCHAS VECES** si el alumno/a manifiesta esta conducta muy frecuentemente; marque la respuesta **BASTANTES VECES** si la realiza frecuentemente; **ALGUNAS VECES** si el alumno muestra esa conducta ocasionalmente, como cualquier otro alumno. Si la afirmación no se ajusta a su alumno/a marque la respuesta **NUNCA**. Por favor, no deje ninguna respuesta sin contestar.

	NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	MUCHAS VECES
(A)				
1. A menudo no presta atención a detalles o comete errores en el trabajo escolar u otras actividades por falta de cuidado	()	()	()	()
2. A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego	()	()	()	()
3. A menudo no parece escuchar lo que se le dice	()	()	()	()
4. No suele seguir instrucciones y no termina sus tareas o deberes escolares (no debido a un comportamiento oposicionista o a un fracaso para comprender las instrucciones)	()	()	()	()
5. A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades	()	()	()	()
6. A menudo rechaza o muestra rechazo ante tareas o actividades (como deberes escolares o tareas domésticas) que requieren esfuerzo mental sostenido	()	()	()	()

- | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|
| 7. Pierde frecuentemente cosas necesarias para tareas o actividades (libros, libretas lápices, juguetes...) | () | () | () | () |
| 8. Se distrae con estímulos externos | () | () | () | () |
| 9. Se olvida a menudo de las actividades diarias | () | () | () | () |
| (H) | | | | |
| 10. Juega a menudo nerviosamente con las manos o con los pies o se mueve en el asiento. | () | () | () | () |
| 11. Se levanta de clase o en otras situaciones en las que se espera que esté sentado | () | () | () | () |
| 12. A menudo da carreras o saltos en Situaciones que nos inapropiadas (en adolescentes o adultos se Limita a sentimientos subjetivos De inquietud) | () | () | () | () |
| 13. Suele tener dificultad para jugar o realizar actividades tranquilas | () | () | () | () |
| 14. A menudo habla excesivamente | () | () | () | () |
| 15. Actúa como si estuviera "impulsado por un motor" | () | () | () | () |
| (I) | | | | |
| 16. Suele responder a las preguntas antes de que se hayan terminado de formular | () | () | () | () |
| 17. Tiene dificultad para mantenerse en la fila o esperar su turno en juegos o situaciones de grupo | () | () | () | () |
| 18. A menudo interrumpe a otras personas | () | () | () | () |

CUESTIONARIO DE TDAH PARA PADRES, AMADOR, ET AL.

Nombre y apellidos del alumno:
 Edad:.....Curso:..... Fecha:.....
 Complimentado por : Padre:..... Madre:..... Ambos:.....

A continuación encontrará una serie de ítems que describen a los niños y a los adolescentes. Por favor, evalúe a su alumno/a respecto a estas conductas de la siguiente forma: marque la respuesta MUCHAS VECES si el alumno/a manifiesta esta conducta muy frecuentemente; marque la respuesta BASTANTES VECES si la realiza frecuentemente; ALGUNAS VECES si el alumno muestra esa conducta ocasionalmente, como cualquier otro alumno. Si la afirmación no se ajusta a su alumno/a marque la respuesta NUNCA. Por favor, no deje ninguna respuesta sin contestar.

	NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	MUCHAS VECES
(A)				
1. A menudo no presta atención a detalles o comete errores en el trabajo escolar u otras actividades por falta de cuidado	()	()	()	()
2. A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego	()	()	()	()
3. A menudo no parece escuchar lo que se le dice	()	()	()	()
4. No suele seguir instrucciones y no termina sus tareas o deberes escolares (no debido a un comportamiento oposicionista o a un fracaso para comprender las instrucciones)	()	()	()	()
5. A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades	()	()	()	()
6. A menudo rechaza o muestra rechazo ante tareas o actividades (como deberes escolares o tareas domésticas) que requieren esfuerzo mental sostenido	()	()	()	()

	NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	MUCHAS VECES
7. Pierde frecuentemente cosas necesarias para tareas o actividades (libros, libretas lápices, juguetes...)	()	()	()	()
8. Se distrae con estímulos externos	()	()	()	()
9. Se olvida a menudo de las actividades diarias	()	()	()	()
(H)				
10. Juega a menudo nerviosamente con las manos o con los pies o se mueve en el asiento.	()	()	()	()
11. Se levanta de clase o en otras situaciones en las que se espera que esté sentado	()	()	()	()
12. A menudo da carreras o saltos en Situaciones que nos inapropiadas (en adolescentes o adultos se Limita a sentimientos subjetivos De inquietud)	()	()	()	()
13. Suele tener dificultad para jugar o realizar actividades tranquilas	()	()	()	()
14. A menudo habla excesivamente	()	()	()	()
15. Actúa como si estuviera "impulsado por un motor"	()	()	()	()
(I)				
16. Suele responder a las preguntas antes de que se hayan terminado de formular	()	()	()	()
17. Tiene dificultad para mantenerse en la fila o esperar su turno en juegos o situaciones de grupo	()	()	()	()
18. A menudo interrumpe a otras personas	()	()	()	()

Ficha de Identificación

Nombre:

Folio:

Sexo: Femenino/Masculino

Grado Escolar:

Edad:

ANTECEDENTES PERINATALES. Encierre en un circulo su respuesta

Tipo de parto:

A) parto

B) cesárea

Peso al nacer:

A) menos de 2.5 kg

B) 2.6-3.6 kg

C) más de 3.6 kg

Duración del embarazo:

A) menos de 37 semanas (prematuro) B) 37-42 semanas (normal)

C) más de 42 semanas

Hábitos Tóxicos durante el embarazo:

A) Nunca/Fumo durante el embarazo

B) Ingerió alcohol en el embarazo

C) Uso drogas en el embarazo.

Enfermedades asociadas al embarazo y parto:

A) Embarazo y parto normal B) amenaza de aborto C) amenaza de parto

D) diabetes en el embarazo E) Presión alta en el embarazo F) infección del producto

G) talla y peso bajo al nacer H) anemia en el embarazo I) Falta de oxígeno al nacer.

Antecedente familiar de trastorno de déficit de atención e hiperactividad:

A) Nadie B) Padre C) Madre D) Hermanos E) Otro familiar.

¿Quiénes viven en el hogar?

A) Padre, madre e hijos

B) Padre, madre, hijos y algún otro familiar

C) Padre, madre, hijos, otro familiar, y otra persona sin parentesco familiar

D) Padre, madre, hijos y otra persona sin parentesco familiar

E) Padre ó madre soltera con hijos

F) Padres divorciados que vuelven a formar una familia.

¿Quién mantiene el hogar?

A) Padre

B) Madre

C) Ambos

D) Otro:

¿Ocupación del proveedor?

A) Campesino

B) Obrero

C) Técnico

D) Comerciante

E) Empleado

F) Profesionalista

¿Ubicación de la vivienda?

A) Urbana (ciudad)

B) Zona Rural

C) Suburbana

De los siguientes 3 enunciados encierre la que más se ajuste a su familia:

a) Padre y madre viven juntos y se cumplen funciones de cuidado, afecto, educación, hacia los hijos

b) Padre y madre viven juntos pero NO se cumplen las funciones de cuidado, afecto, educación, hacia los hijos.

c) Ausencia de uno de los padres y NO se cumplen las funciones de cuidado, afecto, educación, hacia los hijos.

d) Ausencia de uno de los padres pero SI se cumplen las funciones de cuidado, afecto, educación, hacia los hijos.

DSM-5

ENCIERRE LA LETRA EN UN CIRCULO O SEÑALE EN EL RECUADRO SI EL SINTOMA SE PRESENTA EN SU HIJO.

A1. Los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Falta de atención (o desatención)

- a. Con frecuencia no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades recreativas
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente
- d. Con frecuencia no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargo u obligaciones laborales
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- g. Con frecuencia pierde objetos necesarios para tareas o actividades (como juguetes, trabajos escolares, lápices, libros o herramientas)
- h. Con frecuencia se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas)

A2. Los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Hiperactividad

- a. Con frecuencia mueve en exceso las manos o los pies o se remueve en el asiento
- b. Con frecuencia abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en las que es inapropiado hacerlo
- c. Con frecuencia corre, corretea, trepa o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
- d. Con frecuencia tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- e. Con frecuencia 'está en marcha' o actúa como si 'tuviera un motor'
- f. Con frecuencia habla en exceso

Impulsividad

- a. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- b. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).
- c. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso)

- B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más lugares (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).
- D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
- E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

GRACIAS

No llenar:

DIAGNOSTICO

A1 A2

COMBINADO