

112211

24/12

U N A M

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

PRESENTA LA DRA ANA TERESA DIAZ CALVO.

DIC. 1985.

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INTRODUCCION

Durante casi toda la primera mitad del siglo XX , el panorama de la Psiquiatría Infantil estuvo de gran manera, bajo el dominio de la visión de la Corriente -- Psicoanalítica. Dicha corriente aportó muchas enseñanzas ; el analisis de los adultos permitió penetrar al mundo del infante, condujo al conocimiento de las etapas de - el desarrollo psíquico del niño, dentro de la normalidad y también dentro de los desordenes psicopatológicos, lue go entonces la etiología de estos trastornos llegó a con siderarse dentro del marco puramente emocional.

Así, los problemas psíquicos de los niños eran - ocasionados por experiencias traumáticas acontecidas du- rante los primeros años de vida y explicados de gran ma- nera por las relaciones acontecidas entre el niño y sus padres, en especial con la madre.

Luego entonces, como consecuencia a ésta concep- ción de los problemas psicopatológicos , la psicoterapia individual dada al niño en las formas más diversas, era el tratamiento típico y adecuado para el manejo de estos.

Además, el éxito que se obtuvo con este enfoque - psicoanalítico-psicodinámico llevó a concluir, erróneamente que, todos los problemas psicológicos de los menores, tenían la misma etiología y requerían el mismo tipo de manejo, dejando de lado la valiosa alternativa de otros tipos de tratamientos como el medicamentoso, psicopedagógico, etc.

Se requirió el trabajo y esfuerzo de muchos investigadores de la Psiquiatría y ramas afines de la Medicina para poder cambiar el rumbo de esta tendencia y que fueran aceptados otros puntos de vista no menos valiosos que psicoanalítico.

Este mismo camino teórico siguió el Síndrome de de Disfunción Cerebral variando las posiciones de algunos autores quienes negaban su existencia considerándolo un mito, hasta otros, quienes aceptaban el componente orgánico esencial de este síndrome.

En la actualidad, la concepción de esta entidad, dado el bagaje de experiencias clínicas e investigaciones realizadas para esclarecer, hasta donde el trastorno

lo permite, es posible considerarlo como un conjunto de signos y síntomas relacionados, que existe en grados diferentes, como muchas entidades psiquiátricas y cuya etiología se considera como multifactorial. Por lo tanto es una condición diagnosticable y que los factores orgánicos parecen ser muy importantes en su patogenia, sin que otros, como los ambientales, sociales, familiares, ejerzan una influencia considerable e interactuen entre sí y maten el cuadro.

Los hechos mencionados hacen de ésta área clínica una de las más interesantes y llenas de controversia en la Psiquiatría Infantil.

HISTORIA

La primera descripción clínica de estos niños fue de hallarse en las Conferencias Goullionion presentadas por el médico inglés G.F. Still en el Real Colegio de Médicos de Londres en 1902. Otro autor, F.G. Ebaugh en el año de 1923 describió las secuelas neuropsiquiátricas de enfermedades tales como la encefalitis, que producen cambios estructurales. En 1925 S. Stryker describió 27 síntomas que señalaban las secuelas de esta enfermedad, que hoy en día se considerarían como parte del Síndrome de - Disfunción Cerebral.

Ya en 1934 Kahn E. y L.H. Cohen denominaron a la entidad como "impulsividad orgánica", encontrando a la - hipercinesia como elemento esencial del síndrome y considerando un trastorno de tallo cerebral como el causante de dicha conducta.

Después, otros autores como C. Bradley contribuyeron a fijarlo como un concepto de daño cerebral, ubicándolo ya sea en los núcleos de la base o en la corteza cerebral.

En 1955 C. Ounsted utilizó ya el término de síndrome hiperquinético para describir este esquema de conducta en niños epilépticos, haciendo énfasis a las explicaciones organicistas.

En 1957 M.W. Laufer y Denhorff popularizaron el concepto de trastorno del impulso hipercinético, a partir de entonces se han empleado diversos términos para describir ésta entidad como son: Reacción Hipercinética de la Infancia, Síndrome Hiperquinético, Síndrome del Niño Hiperactivo, Daño Cerebral Mínimo, Disfunción Cerebral Mínimo, Disfunción Cerebral Menor.

En julio de 1964 la National Society of Crippled Childrens and Adults y el National Institutes of Health copatrocinaron un programa para definir el trastorno y sugerir una nomenclatura.

En una monografía titulada "Minimal Brain Dysfunction in Children" publicada dentro de este programa realizada en 1966 clasifica un total de 38 términos diferentes para describir el mismo síndrome y otros similares.

Sin embargo la Clasificación Internacional de En

fermedades de la Organización Mundial de la Salud (IC D 9) prefiere llamarlo Síndrome Hiperkinético de la Infancia. La Asociación Psiquiátrica Americana A.P.A. caracteriza por su parte a este mismo síndrome en su Manual - Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM III como Trastorno por Déficit de Atención, ya que las dificultades son considerables y casi siempre están presentes en los niños con este diagnóstico.

El DSM III subclasifica al cuadro clínico diciendo: Hay dos subtipos de trastorno activo: El trastorno - por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno por déficit de atención sin hiperactividad, aunque se desconoce si se trata de dos formas de un mismo trastorno o representan dos entidades distintas y finalmente el subtipo residual para los individuos diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en los que esta última desaparece mientras persisten otras manifestaciones del trastorno.

Como se puede observar la clasificación actual - del DSM III describe y clasifica dos desordenes sobre ba

ses de observación y fenomenología.

A diferencia de el DSM II, que también clasificaba - en dos grupos, pero tomando en cuenta factores causales presumibles.

El primer subgrupo fue clasificado como Reacción Hiperkinética de la Niñez y la Adolescencia, en el cual se pensaba que no presentaban una evidencia de daño cerebral orgánico claro y cuyos síntomas se describían hiperactividad, inquietud, distractibilidad y presencia de periodos cortos de atención.

Y se clasificó como dentro de los desordenes de conducta de la niñez y la adolescencia.

El segundo subgrupo cayó dentro de los síndromes orgánicos no psicóticos y a este se le atribuyó como causa un daño orgánico cerebral. El cuadro clínico era esencialmente el mismo.

Existen otros muchos autores quienes han contribuido enormemente al esclarecimiento de ésta entidad como Strauss, Lehtiner, Jhon E. O'Malley, Leon Eisenberg, Clements y Peters, Rutter, etc. y quisiera mencionar al autor mexi-

cano Dr. Rafael Velasco Fernández cuyo trabajo respecto a la Disfunción Cerebral Mínima lo considera como un -- síndrome de cuya etiología los factores orgánicos son es enciales, su patogenia es multifactorial y existe en gra dos, tomando también en cuenta los factores ambientales y sociales caracterizando a la entidad alteraciones de - conducta, de la subjetividad, del organismo y sus funciones, además a venido a dar una síntesis adecuada respecto al marco teórico y manejo terapéutico en México, adicionando además una sistematización de signos y síntomas como criterios para llegar al diagnóstico de la mencionada entidad como lo especifica en sus trabajos de 1980 y 1981 ; criterios que se mencionaran detalladamente en - hojas posteriores.

EPIDEMIOLOGIA

A travez de la opinión de ciertos autores como - Stewart y col. (1966) el síndrome de disfunción cerebral tiene un alto grado de incidencia. Los reportes en EUA - varían del 4 al 20% en los niños de edad escolar.

La Asociación Psiquiátrica Americana en su DSM III cita una cifra conservadora del 3% que es la más aceptada, reportes británicos sugieren cifras más bajas, seguramente porque los criterios utilizados en el diagnóstico sean mas estrictos.

Rutter reporta una incidencia de 1 por 1000 niños en la Isla de Wigth (1970) y solo el 1.5 por ciento citado por Sandberg en 1973 en niños no retardados atendidos en las clínicas psiquiátricas británicas.

Lo más probable es que el 1 al 1.5% de los niños que acuden a la escuela primaria presenten dicho cuadro con los suficientes datos para realizar el Dx con facilidad. Se han publicado cifras en México de 940 000 niños considerando que el 43% de la población son menores de - 15 años.

Quizá este amplio rango en la incidencia sea debido al gran número de variables que deban de ser tomadas en cuenta para el diagnóstico certero.

La observación clínica y epidemiológica permiten concluir con respecto a la incidencia por sexos, que es más frecuente en niños que en niñas. Maurice W. Laufer y Taranath Shethy explicitan cifras desde 3-I hasta 10-I. Para autores mexicanos como Velasco Fdez. la cifra más aceptada denota una diferencia de 3 y 4 -I de los varones con respecto a las niñas.

Por otro lado, la DCM ha sido observada en niños de diferentes estratos socioeconómicos, diversos grupos raciales en donde ningún grupo étnico de salva a la condición.

Desde el punto de vista de la historia familiar en estos menores, Morrison y Stevart han encontrado datos en los que se encuentra en los padres biológicos mayor frecuencia significativa de hiperactividad, alcoholismo, histeria y sociopatía. Cantwell (1972) reitera los hallazgos anteriores.

La frecuencia con que el síndrome ha ocurrido en los padres fué del 16%, para las madres del 4%.

La experiencia de los autores incluyó una segunda revisión clínica de los parientes de estos niños, encontrando que los abuelos o los parientes muestran el síndrome o un problema específico del aprendizaje o ambas situaciones.

CAUSAS

Factores Orgánicos:

Se describen dentro de los factores genético-constitucionales que pueden haber bases de este tipo, por lo menos en algunos niños afectados por este trastorno; D.P. Cantwell en un estudio citado anteriormente realizado en 1972 mostró que en los padres de niños hiperactivos había un exceso estadísticamente significativo de alcoholismo, sociopatía, histeria e hiperactividad como ya se mencionó. R.F. López (1965) efectúa un estudio en gemelos monocigóticos hiperactivos encontrando en ellos un 100% de concordancia.

Los factores neurológicos congénitos, como trastornos estructurales, malformaciones congénitas pueden tener como resultado la hipercinesia entre otros. Kaspar y col. (1971) encontraron una asociación significativa entre evidencia de daño cerebral, neurologicamente caracterizado y distractibilidad en algunos niños e hipercinesia o falta en la inhibición de la actividad en otros.

Se ha especulado mucho acerca de los factores bioquímicos implicados en el trastorno, pero no hay en la actualidad unificación sobre el tema, pero mencionaremos algunos hechos: Coleman (1971) encontró niveles bajos de serotonina en plaquetas de niños hipercinéticos y sus niveles retornaron a la normalidad durante el tratamiento intrahospitalario.

Otros autores Canton y Greer (1969) encontraron que había alteración en la excreción de metabolitos de catecolaminas e indolaminas en orina.

Shekim (1973) relaciona una significativa diferencia en una baja de MHPG con una alta cantidad de normetanefrina.

Arnold en 1973 apoya la hipótesis de que los efectos psicomotores de la anfetamina son mediados primariamente por vías dopaminérgicas en lugar de las de norepinefrina, aunque en otros estudios le dan el rol primario a la norepinefrina. Shety y Chase hipotetizan que hay un estado anormal en el intercambio central de monoaminas o en los receptores monoaminérgicos y esto puede ser parte del síndrome.

Factores fisiológicos:

No se ha producido hasta ahora un modelo experimental satisfactorio pero algunos estudios proveen hallazgos sugestivos: lesiones prefrontales y estriales en monos dan como resultado un comportamiento hiperkinético.

Los lobulos frontales juegan un rol importante en la programación del comportamiento, así también la desautomatización de los actos motores complejos frecuentemente resultan de lesiones frontales.

Otra vision es que la porción frontal del Sistema Activador Reticular le concierne la habilidad de responder, diferenciando, a estímulos, para inhibirlos, es-

Factores Exógenos:

La producción del síndrome hiperquinético puede producirse a partir de factores que puedan parecer de poca importancia, los cuales ocurren desde el inicio de la gestación hasta muchos meses después del nacimiento.

Aunque algunos autores mencionan toxinas como el plomo, penicilamina, aditivos en la comida, como colorantes, saborizantes artificiales.

A mí me gustaría considerar a los factores exógenos tal y como los maneja el Dr. Velasco Fernández; dividiendo a estos en los que afectan al producto mientras está en el claustro materno (preparto); los que lo hacen durante el parto (Parénatales); y los que lo afectan después del nacimiento, principalmente durante los primeros meses de vida.

Se hace notar que hay aceptación de manera general que son las causas del segundo grupo las más frecuentes e importantes; 70 al 80% de los casos y el porcentaje restante para las otras causas.

Factores Prenatales:

Mencionaremos estos factores como responsables -
de producir el trastorno que nos interesa:

- 1.- Padecimientos infecciosos de la madre; rubeola, toxo-
plasmosis.
- 2.- Hipoxia del producto in utero, producida principal -
mente por anemia grave, aspiración de monóxido de carbo-
no por la madre, hipotensión severa, infartos placentarios.
- 3.- Hemorragia cerebral del producto (generalmente mi -
crohemorragias), producidas por eclampsia, trauma direc-
to, diátesis hemorrágica.
- 4.- Exposición excesiva a los Rayos X.
- 5.- Disturbios metabólicos, especialmente diabetes melli-
tus, etc.
- 6.- Incompatibilidad al Factor Rh produciendo kernicterus.

Factores Paranatales:

- 1.- Hipoxia neonatorum por obstrucción mecánica respira-
toria, atelectasia, mal uso de sedantes y analgésicos u-
tilizados en la madre, placenta previa, hipotensión seve

ra, etc.

2.- Distocias capaces de producir sufrimiento fetal agudo: aplicación de forceps, maniobras de extracción, expulsión demasiado rápida, parto prolongado, cesárea, inducción con ocitócicos.

Factores Postnatales:

1.- Enfermedades infecciosas durante los primeros meses especialmente tosferina, sarampión, escarlatina, neumonias, así también encefalitis y meningitis.

2.- Traumas craneanos.

3.- Secuelas debidas a incompatibilidad del factor Rh.

4.- Neoplasias cerebrales.

5.- Hipoxias accidentales pasajeras.

HIPOTESIS DE TRABAJO.

En el estudio presente se trata de evaluar comparativamente las ventajas y desventajas que tiene la utilización de los criterios propuestos por la Asociación Psiquiátrica Americana en su DSMIII y los del Dr. Rafael Velazco Fernández en su trabajo editorial " El Niño Hipercinético", Los Síndromes de Disfunción Cerebral, 1983 para el diagnóstico de el Trastorno por Déficit de Atención.

MATERIALES Y METODOS.

Materiales:

En la realización de este estudio se tomaron como material básico los expedientes abiertos y consecutivos en la Unidad Terapéutica para Niños y Adolescentes - (UTNA) del Hospital Psiquiátrico Infantil " Dr Juan N. - Navarro, dependiente de la Secretaría de Salud.

Se consideraron para este trabajo los expedientes clínicos abiertos para la atención en dicha Unidad - en el período correspondiente a los meses de marzo a agosto de 1985. De un total de 192 expedientes con el diagnóstico de Trastorno de Atención, fueron seleccionados - finalmente 49 que cubrían adecuadamente los requisitos - de inclusión en el estudio.

Los expedientes considerados como sujetos de estudio fueron aquellos en los que en los reportes clínicos se llegó finalmente al diagnóstico de Trastorno de Atención o sinónimos.

Se tomaron como puntos de comparación los crite-

rios diagnósticos propuestos por el DSM III y los referidos por el Dr Rafael Velasco Fernández para la identificación de dicha entidad.

Los criterios diagnósticos propuestos por el DSM III son los siguientes:

El niño presenta signos de falta de atención, impulsividad e hiperactividad, en relación a su grado de desarrollo. Los signos pueden ser referidos por los adultos que rodean al niño (padres y profesores). Debido a que los síntomas suelen ser variables, pueden no ser observables directamente por el clínico. Cuando los datos suministrados por los padres y profesores son contradictorios, hay que conceder crédito a estos últimos dada la mayor familiaridad de los profesores con las normas apropiadas para cada edad. Es típico que los síntomas empeoren en situaciones que requieren concentración, como las clases. Puede no haber ningún síntoma cuando el niño está a solas con el interlocutor o cuando la situación es nueva para él.

El conjunto de síntomas que se especifican corresponden a niños de 8 y 10 años, edad en la que pueden ob-

servarse con más facilidad. En los niños más pequeños - suele haber síntomas más graves y numerosos. Lo contrario ocurre en niños mayores.

A. Falta de Atención. Al menos tres de los síntomas sig.

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

B. Impulsividad. Al menos tres de los síntomas sig.:

- 1) a menudo actúa antes de pensar
- 2) cambia con una excesiva frecuencia de una actividad a otra.
- 3) tiene dificultades para organizarse en el trabajo - (sin que haya un déficit cognitivo)
- 4) necesita supervisión constantemente
- 5) hay que llamarle la atención en casa con frecuencia.
- 6) le cuesta guardar turno en los juegos o en la situa-

C. Hiperactividad. Al menos dos de los síntomas sig.

1) corre de un lado para otro en exceso, o se sube a los muebles.

2) le cuesta mucho quedarse quieto en un sitio o se mueve excesivamente

3) le cuesta estar sentado;

4) se mueve mucho durante el sueño;

5) está siempre "en marcha" o actúa " como si lo moviese un motor.

D. Inicio antes de los 7 años.

E. Duración de al menos seis meses.

F. Todo ello no se debe a una esquizofrenia, ni a un trastorno afectivo, ni a un retraso mental grave y profundo.

Criterios diagnósticos para los trastornos por déficit de atención sin hiperactividad.

Los criterios para este trastorno son los mismos que aquellos que rigen los trastornos por déficit de atención con hiperactividad, excepto en el caso de que el individuo nunca haya presentado signos de hiperactividad.

(criterio C).

Trastorno por déficit de atención, tipo residual.

Criterios diagnósticos:

- A. El individuo debe reunir en primer lugar los criterios para los trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Esta información puede proceder del individuo o de otras personas, como miembros de la familia.
- B. Los signos de hiperactividad ya no están presentes , pero persisten otros signos de la enfermedad, sin periodos de remisión, que reflejan la impulsividad y el déficit de atención (por ejemplo, dificultad para organizar el trabajo y acabar las tareas, dificultad de concentración, distraibilidad fácil, adopción de decisiones repentinas sin pensar en las consecuencias).
- C. Los síntomas de impulsividad y falta de atención -- dan lugar a algún tipo de deterioro en la actividad social o laboral.
- D. Todo ello no se debe a una esquizofrenia, ni a un trastorno afectivo, ni a un retraso mental grave o profundo.

Los criterios diagnósticos propuestos por el Dr. Rafael Velasco Fernández son los siguientes:

I. Hiperquinesia

1. Destructividad
2. Hiperactividad verbal
3. Trastornos del sueño
4. Agresividad

II. Inatención

1. Hiperactividad sensorial
2. Distracción

III. Irritabilidad

1. Conducta impredecible
2. Baja tolerancia a la frustración: rabietas, berrinche

IV. Impulsividad

1. Conducta "antisocial" (sociopática)
2. Enuresis, encopresis
3. Temeridad

V. Incordinación muscular (dispraxia)

1. Torpeza corporal
2. Disgrafía

3. Ineptitud deportiva
4. Disartria, dislalia.

VI. Disforia

1. Anhedonia
2. Ansiedad (¿depresión ?).
3. Deficiente autoestima

Estos son Cambios poco específicos.

VII. Desobediencia patológica

1. Incomprensión de órdenes
2. Repetición de la falta
3. Incomprensión del castigo

VIII. Trastornos de aprendizaje

1. Problemas visomotores, dislexia
2. Disociación
3. Inversión del campo visual.
4. Perseveración
5. Memoria deficiente
6. Pobreza de la imagen corporal.

IX. Auscencia de esquizofrenia, depresión y retraso mental

X. Edad de inicio antes de los 7 años.

Métodos:

La información fué obtenida directamente del expediente clínico, para ello se revisaron uno a uno e íntegramente los expedientes.

Para considerar positivo el expediente fué necesario que el diagnóstico final al que se llegaba fuera el de Trastorno de Atención o sinónimos. Todos aquellos pacientes que tenían originalmente el diagnóstico mencionado y que a lo largo de su estudio sufrían modificaciones en tal diagnóstico no fueron considerados para efectos de estudio. De la información registrada en el expediente clínico se recolectaron los siguientes datos:

- 1.- Edad
- 2.- Sexo
- 3.- Escolaridad
- 4.- Nivel socioeconómico
- 5.- Calificación del IQ
- 6.- Pruebas psicológicas: Bender (trastornos visomotores)
- 7.- Electroencefalograma
- 8.- presencia de signos neurológicos.

9.- Antecedentes:

- a) Heredofamiliares
- b) Prenatales
- c) Paranatales
- d) Postnatales

10.- Edad de inicio del padecimiento

II.- Signos y síntomas clínicos del padecimiento.

La clasificación del nivel socioeconómico obtenido de los expedientes se determina por medio de la valoración de Trabajo Social. Una parte de esta valoración resulta del diagnóstico respectivo hecho por la Trabajadora Social y la otra es por la determinación del ingreso per cápita para cada miembro de la familia resultando 3 niveles: mínimo, medio y alto. Para la UTMA se determinan cuotas mensuales de 1000, 2000, y 6000 pesos respectivamente para cada nivel socio económico. Estas cuotas están determinadas por la Secretaría de Salud.

En la clasificación del IQ se tomó como patrón el propuesto por la A.P.A. en el DSM III.

En cuanto a las pruebas psicológicas adicionales se tomó únicamente como referencia la prueba de Bender, específicamente en lo relacionado a las alteraciones visomotoras, en virtud de que la información con respecto a ésta área no son datos colectados uniformemente y por lo tanto el tomar en consideración otras pruebas multiplicaría la dificultad y haría difícil el hacer correlaciones al final del estudio.

Como signos neurológicos blandos se consideraron aquellos descritos por Laufer y Shetty en el capítulo 38 del Tratado de Psiquiatría, Tercera Edición. quienes expresan: Hay dificultad en la discriminación derecha-izquierda, torpeza generalizada, disidiadococinesia, lenguaje escandido, temblor fino, nistagmus.

Con relación a los antecedentes familiares la información carece de uniformidad, los diagnósticos no están bien fundamentados.

Con respecto a los antecedentes personales se tomó como marco de referencia la subdivisión de tales antecedentes realizada por el Dr Rafael Velasco Pdez mencio

nada anteriormente. Una vez colectada en su totalidad la información clínica referente a los signos y síntomas - de el trastorno, los datos obtenidos se compararon con los criterios bien fuera de el DSM III y posteriormente con los propuestos por el Dr Rafael Velasco Fdez.

RESULTADOS.

Los resultados obtenidos con relación a los datos colectados fueron los siguientes:

CUADRO I

Distribución por edad

Edad en años	No de casos	%
1 - 3	5	10.2
4 - 6	12	24.48
7 - 9	25	51
10 - 12	7	14.28
TOTAL	49	100.00

Se desprende del cuadro anterior que el grupo etario en el que con mayor frecuencia se diagnóstica el Trastorno por déficit de atención es el comprendido entre los 7 y 9 años de edad.

CUADRO 2
Distribución por sexo

Sexo	No de casos	%
femenino	12	24.48
masculino	37	75.51
TOTAL	49	100.00

Se encontró que el 75.5% corresponde a varones y el 24.4% a pacientes del sexo femenino guardandose una - proporción de 3:1

CUADRO 3
Distribución por escolaridad

Escolaridad	No de casos	%
Sin escolaridad	4	8.16
Kinder	6	12.24
1ro primaria	20	40.81
2do primaria	8	16.32
3ro primaria	7	14.28
4to primaria	1	2.04
5to primaria	3	6.12
TOTAL	49	100.00

Se nota claramente que el mayor porcentaje se encuentra en el grupo escolar de Primer grado. La suma de los demás porcentajes por debajo o por encima de ese nivel, considerado en grupo, no llega al alcanzado por ese grupo escolar.

CUADRO 4

Distribución por nivel socioeconómico

Nivel socioeconómico	No de casos	%
Bajo	23	46.93
Medio	19	38.77
Alto	5	10.20
No reportado	2	4.08
TOTAL	49	100.00

Con respecto al nivel socioeconómico se encontró que el 38.77% pertenecen a la clase media, 46.9% a clase baja y el 4.03% a la alta.

CUADRO 5

Distribución por calificación de IQ

IQ	No de casos	%
50-70	2	4.08
70-110	19	38.77
110- más	1	2.04
No reportados	27	55.10
TOTAL	49	100.00

Llama la atención que en el 55% de los casos no se haya reportado la calificación del IQ.

CUADRO 6

Distribución por trast. visomotores

Trast. Visomotores	No de casos	%
Si	21	42.85
No	3	6.12
No reportado	25	51.02
TOTAL	49	100.00

Se encontró que el 42.9% de los pacientes presentaron alteraciones visomotoras. De lo reportado solamente el 6.12 no presentan alteraciones; en el 51.02% de los casos no hay reportes en el expedientes.

CUADRO 7
Distribución por electroencefalograma

EEG	No de casos	%
Normal	20	40.8
Anormal	18	36.7
No reportado	11	22.4
TOTAL	49	100.00

Se encontró el electroencefalograma normal en un 40.8% de los casos. Del 36.7% reportados fueron reportados como trazos anormales. El resto no fué obtenido el dato.

CUADRO 8

Distribución por signos neurológicos blandos

Signos neurológicos blandos	No casos	%
Si	5	10.2
No	24	48.97
No reportado	20	40.81
TOTAL	49	100.00

Se encontró un 10.2% de pacientes con signos neurológicos blandos. En el 48.9% no se reportan datos y en el 40.8% no se registran como datos investigados en la evaluación de el paciente.

CUADRO 9

Distribución por antecedentes personales patológicos

Prenatales	No casos	%
Si	12	24.48
No	33	67.34
No reportados	4	8.16
TOTAL	49	100.00

Se reportó un 24.4% de antecedentes prenatales positivos, el 67.3% no los presentan. En el 8.16% de los estudios no hay reportes clínicos al respecto,

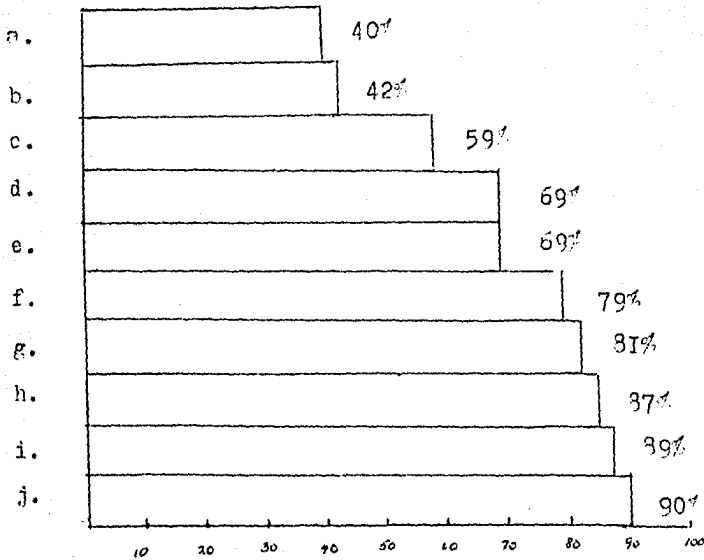
Paranatales	No casos	%
Si	28	57.14
No	20	38.77
No reportados	2	4.08
TOTAL	49	100.00

En el 57.1% de los casos se encontraron complicaciones paranatales, ya descritas previamente. El 38.7% de los pacientes de este estudio no tuvieron antecedentes en esta área específica. No había registro en el expediente en el 4.03%.

Postnatales	No de casos	%
Si	27	55.1
No	20	40.8
No reportado	2	4.08
TOTAL	49	100.00

En el 55.1% de los pacientes son reportadas complicaciones postnatales, del tipo ya descrito. En el 40.8% de los casos no se encuentran antecedentes y en el 4% no hay reporte de haber indagado en esa específica área. .

Distribución de síntomas y signos según RVF



a. Disforia

b. Irritabilidad

c. Desobediencia patológica

d. Incoordinación muscular

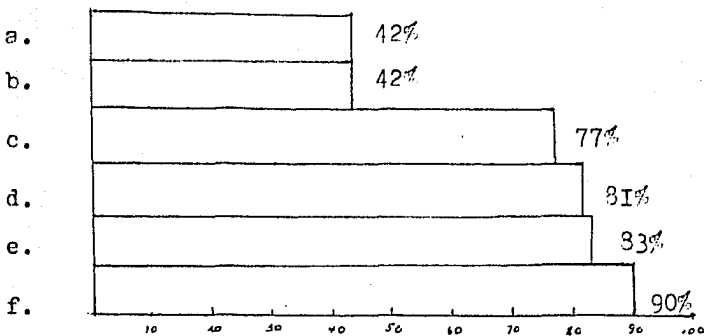
e. Impulsividad

f. Trastornos de aprendizaje

g. Descartar esquizofrenia, depresión, retraso mental

h. Inatención i. Hipercinesia

Distribución de signos y síntomas según DSM III



a. Impulsividad

b. Falta de atención

c. Hiperactividad

d. Ausencia de retraso mental, esquizofrenia, depresión

e. Duración de más de 6 meses

f. Edad de inicio antes de los 7 años.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Distribución por edades: En el estudio hay un marcado predominio de la frecuencia con que se diagnostica la enfermedad en el grupo de 7-9 años en un 51%. Esto podría no ser esperado ya que el padecimiento se inicia en edades muy tempranas de la vida, pero podría explicarse por la mayor tolerancia hacia las conductas hipercinéticas en nuestra cultura. Esto concuerda con que el grado escolar donde se presentan más niños afectados sea al iniciar la educación primaria y que quizá sean los maestros quienes al percibirse de los problemas de conducta y aprendizaje canalicen a los pacientes hacia un tratamiento.

Distribución por sexos: Hay un marcado predominio del sexo masculino 75.5% de los casos, sobre el femenino 24.4%. Estas cifras conservan una relación 3:1 que es una de las cifras mencionadas en la literatura y aceptada ampliamente.

Distribución por escolaridad: Llaman la atención que el 40% de los pacientes son diagnosticados en el primer año de primaria, lo cual hace pensar que bien el cam-

bio de ambiente dispersa las manifestaciones en virtud de un medio ambiente nuevo, en el que se establecen situaciones de prueba y competencia o bien se debe a que en casa la madre o los familiares se habitúan a la conducta del menor y sea, como mencionamos anteriormente la maestra - quien se percata rápidamente de las conductas anormales - del menor.

Distribución por nivel socioeconómico: Con relación a este nivel, los resultados están de acuerdo a lo esperado ya que este Hospital atiende a pacientes quienes no reciben atención en otras Instituciones o a nivel privado, por lo tanto, pertenece a capas socioeconómicas inferiores de nuestra sociedad.

Distribución por calificación de IQ: Con respecto al IQ cabe destacar que la información es insuficiente por el número de casos no reportados, no haciendo posible encontrar una relación entre el padecimiento estudiado y el nivel de inteligencia.

Distribución por trastornos visomotores: Los resultados obtenidos, pese al 51% de los estudios no reportados sugiere que la cifra de trastornos podría incrementarse en caso de hacerse el estudio correspondiente. En la biblio-

grafía consultada no se reporta una cifra de cual es la frecuencia de trastornos visomotores en la entidad.

Distribución por EEG: Los resultados de este estudio revelan una cifra más alta a la propuesta por Wender 1967 de sólo el 12% de anomalías electroencefalográficas en dicha entidad. En este estudio encontramos una cifra de 36% de la población. Aunque también se refiere por otro lado, que la prevalencia de anomalías electroencefalográficas en niños hiperkinéticos es muy problemática.

Distribución por signos neurológicos blandos: En el estudio sólo resultaron positivos el 10.2% de los casos, aunque creo que esta cifra podría incrementarse a partir de los casos no reportados. En estudios consultados no se refiere cifra alguna con la que puedan compararse a los datos anteriores.

En relación con los antecedentes de la madre, del niño en el periodo perinatal y postnatal se observa que la frecuencia de datos positivos en los periodos prenatal son duplicados por los periodos postnatal y paranatal. Los hallazgos de este estudio concuerdan con reportes previos

en los que se observa una mayor frecuencia de antecedentes positivos en el periodo perinatal.

Distribución de signos y síntomas: Al comparar en los rubros similares de resultados de los criterios del Dr. Velasco Fernández y los del DSM III nos percatamos que es tos últimos son inflexibles, rígid^os permiten poco la subjetividad del psiquiatra para realizar el Dx por lo que se escapan a la detección un porcentaje elevado de pacientes y que con los criterios del autor mexicano esto sucede en menor cuantía. Los porcentajes de los demás criterios reflejen la importancia y frecuencia de los mismos.

Por otro lado ambos puntos de vista coinciden en descartar otras patologías que podrían simular el cuadro y en la edad de inicio del padecimiento.

CONCLUSIONES

Una vez realizado el análisis de los resultados - podemos llegar a las siguientes consideraciones:

Que quizá el tamaño de la muestra tenga que ver con los resultados.

Se concluye que con respecto a la edad y como resultado de este estudio es más frecuente que la entidad se diagnostique en edades en las que se inicia la instrucción primaria y la escolaridad también apoya esta conclusión.

Y quizá tenga que ver con la tolerancia familiar y cultural a la conducta hiperkinética .

Así también los datos con respecto a la afectación de los sexos, estos coinciden con los publicados en la literatura.

Los resultados del nivel socioeconómico reflejan claramente la posición atendida por este Hospital.

Con respecto al IQ y los trastornos visomotores no se pueden hacer conclusiones válidas.

Con referencia al EEG, la cifra de reporte de anomalías electroencefalográficas es mayor a la repor-

tada el estudios previos aunque no hay una cifra realmente válida.

Tampoco en el reporte de los signos neurológicos blandos se pueden hacer conclusiones válidas.

Con relación a los antecedentes se concluye que - respecto a la frecuencia nuestros datos coinciden con los publicados anteriormente.

Haciendo consideraciones a la comparación de los criterios de las dos escalas propuestas podemos decir que haciendo uso de los criterios de el DSM III se detectan un menor porcentaje y que probablemente se deba a la rigidez e inflexibilidad de los criterios. Por otro lado estos - criterios dejan olvidados trastornos tan importantes como son la afectividad y el aprendizaje del paciente y que quizá sea en nuestro medio una de las causas más frecuentes de consulta cuando algo falla en este último aspecto, aunque no sea detectado primariamente en el seno familiar. Además los criterios del Dr Rafael Velasco F. son más flexibles y por lo menos en nuestro estudio con ellos se diagnostican más pacientes y permiten conocer mejor el cuadro porque toma más datos clínicos en consideración.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Manual de Psiquiatría Infantil de J. de Ajuriaguerra
Cuarta Edición. Editorial Masson.
- 2.- Conceptos básicos sobre Hipercinestia Infantil
Acta Psiquiátrica psicológica de America Latina 1983,29
169-177 por el Dr. Rafael Velasco Fernández.
- 3.- Tratado de Psiquiatría. Alfred W. Freedman y Harold
Kaplan. Tercera Edición, capítulo 33 Desordenes por Défi-
cit de Atención.
- 4.- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos
Mentales DSM III, 1983, Editorial Masson.
- 5.- El Niño Hiperquinético por el Dr Rafael Velasco F.
Segunda Edición Editorial Trillas.
- 6.- Síndrome Hiperquinético Jhon E. O'Malley Leon Eisen-
berg. Seminarios en Psiquiatría Vol 5 No I Feb 1973.
- 7.- Síndromes atribuidos a DSM en Niños Michel Rutter
A.J.P Enero de 1982.