



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES  
DEL ESTADO.**

**TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD EN PACIENTES  
ESCOLARES Y ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS  
PEDIATRIA DEL HOSPITAL ADOLFO LOPEZ MATEOS.**

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA:  
DRA. MARÍA ENGRACIA AGUILAR PÉREZ.

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE:  
PEDIATRIA

ASESOR DE LA TESIS:  
DRA. ELIZABETH HERNANDEZ TRUJILLO  
NUMERO DE REGISTRO DEL PROTOCOLO:  
287.2011

2011

DR. FELIX OCTAVIO MARTÍNEZ ALCALÁ  
COORDINADOR DE CAPADESI

DR. GUILIBALDO PATIÑO CARRANZA  
JEFE DE ENSEÑANZA

DRA. MARTHA EUNICE RODRÍGUEZ ARELLANO  
JEFE DE INVESTIGACION



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

DR. BALTAZAR BARRAGAN HERNANDEZ  
PROFESOR TITULAR DE PEDIATRIA

DRA. ELIZABETH HERNANDEZ TRUJILLO  
ASESOR DE TESIS

**DEDICATORIAS:**

**A DIOS:** POR ACOMPAÑARME TODOS LOS DIAS Y CUIDAR DE MIS ABUELITOS.

A MIS **PADRES Y HERMANOS** PORQUE CREYERON EN MI Y PORQUE ME SACARON ADELANTE, DÁNDOME EJEMPLOS DIGNOS DE SUPERACIÓN Y ENTREGA, PORQUE EN GRAN PARTE GRACIAS A USTEDES, HOY PUEDO VER ALCANZADA MI META, YA QUE SIEMPRE ESTUVIERON IMPULSÁNDOME EN LOS MOMENTOS MÁS DIFÍCILES DE MI CARRERA, Y PORQUE EL

ORGULLO QUE SIENTEN POR MI, FUE LO QUE ME HIZO IR HASTA EL FINAL.

**CRISTIAN** MI AMADO ESPOSO, AMIGO Y COMPAÑERO DE VIDA, GRACIAS POR TU INFINITA PACIENCIA, TU TIERNA COMPAÑÍA Y TU INAGOTABLE APOYO, GRACIAS POR COMPARTIR MI VIDA Y MIS LOGROS.

A MIS **TIAS, TIOS Y PRIMOS:** POR ENSEÑARME EL VALOR DE LA FAMILIA Y APOYARME SIEMPRE.

A MIS **MAESTROS** POR LA PACIENCIA QUE ME TUVIERON Y LA ENSEÑANZA TAN VALIOSA QUE ME DIERON.

## INDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRAC.....	7
INTRODUCCION.....	8
DEFINICION DEL PROBLEMA.....	12
OBJETIVOS.....	12
HIPOTESIS.....	13
JUSTIFICACION.....	13
MATERIAL Y METODOS.....	14
DISEÑO.....	14
GRUPOS.....	14
RESULTADOS.....	15
DISCUCIONES.....	16
CONCLUSIONES.....	17
GRAFICAS.....	18
ANEXOS.....	22
BIBLIOGRAFIA .....	27

## RESUMEN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es la entidad más frecuente en la consulta pediátrica neuropsiquiatría. Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, aplicado y de salud pública que se llevó a cabo en el hospital Adolfo López Mateos del ISSSTE, de mayo a agosto 2011, donde se evaluó el desempeño de la escala de clasificación de dificultades en el funcionamiento de Weiss vs Conner, parte de una investigación de corte transversal y prospectivo (tipo encuesta para padres), en una población pediátrica de 6 a 17 años de edad que acudieron a esta unidad. De un total de 599 encuestados.

**Análisis estadístico:** se realizó con el programa Statistic 7 con una  $\chi^2$  de Pearson y una  $\chi^2$  cuadrada con correlación de variables.

**Resultados:** la prevalencia es de un 5% más frecuente en hombres en edad escolar 58%, valorando las dos escalas se encuentra una especificidad de 65.11% y una sensibilidad de 83.96%, con una  $p < 0.001$  que es estadísticamente significativa.

**Conclusiones:** El síndrome de TDAH es una condición crónica más común en la infancia que conlleva complicaciones no solamente para el individuo afectado y a la sociedad, por lo que es conveniente el desarrollo de medidas que faciliten el conocimiento del trastorno para su diagnóstico y tratamiento oportuno. También deberá iniciarse estudios de investigación en la atención primaria que permita un acceso oportuno y apropiado a los servidores del servicio de salud como son las dos escalas aquí utilizadas como instrumentos diagnósticos que permitan integrarse y un desarrollo adecuado nuestra población infantil.

## ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder it is one of the most frequent causes of pediatric neuropsychiatric consultation. We made an observational, prospective and transversal study applied to the population in the Adolfo Lopez Mateos Hospital, ISSSTE, from may to august 2011, where we evaluated the functional performance score of Weiss versus Conner, from a prospective and transversal study in a

pediatric population from 6 to 17 years old that went to this hospital, being a total of 599 interviewed parents.

Statistical analysis. It was made with a statistic 7 program, with a p of person a Chi square with correlates variability.

Results: the prevalence is 5% In males of school age with 58%, evaluating both scores there is a specificity of 65.11% and a sensibility of 83.96%, with a  $p < 0.001$ , which is statistically significance.

Conclusions: the TDHA is chronic condition common in the infancy that carries complications not only to the patient but for the society as well, that's why it's convenient the development of measures that facilitate the diagnosis and treatment of this disease. We also recommend begin investigational studies in the primary attention, and for the health personal to have access to these scores that we evaluated as a diagnostic instrument leading to an adequate integration and development of our pediatric population.

## **INTRODUCCION**

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes en la infancia. Es además, la alteración del comportamiento (neuroconductual) más diagnosticada en niños en edad escolar.

En función de distintos estudios epidemiológicos, tiene una prevalencia mundial de un 3- 5 por ciento de los niños mayores de 6 años, en México se estima que es de un 5 por ciento de población infanto-juvenil. Se asocia con retraso y dificultades en el funcionamiento académico y social.

De forma no infrecuente, evoluciona hacia trastorno negativista-desafiante y disocial en la infancia, siendo elevada su comorbilidad con otros trastornos; se complica con consumo de sustancias, alta tasa de accidentes en la adolescencia; y puede, en el adulto abocar a diversa psicopatología y trastornos, como Tr. del control de los impulsos,

Tr. hiperquinético y Tr. antisocial de la personalidad . Todo ello hace muy importante su rápido y correcto diagnóstico, así como su adecuado tratamiento en la infancia.

Debido a las características de este problema, constituido por un núcleo central que es la condición biológica, de naturaleza cada vez mejor conocida, que denominamos “Déficit de Atención con Hiperactividad”, es una cuestión que implica a los servicios sanitarios, ya que debe procederse a un diagnóstico precoz y diferencial con otros posibles problemas neurológicos y psiquiátricos, así como a un tratamiento multimodal.

Ahora bien, ya que no es un estado físico alterado de manera transitoria, sino permanente, que afecta al desarrollo escolar, social y personal de los individuos, corresponde también a los servicios educativos la detección en el ámbito escolar y la atención especializada a los niños que, a causa de la interacción entre esta condición biológica y otros factores aptitudinales y ambientales, pudieran estar en riesgo de fracasar escolarmente o sufrir problemas de exclusión social en las escuelas.

Es de destacar la situación actual, en la cual las familias, los profesores y orientadores psicopedagógicos, desconocedores de la naturaleza de este problema, de sus características y de las alternativas de tratamiento preventivo y sintomático-etiológico, se sienten incapaces de ofrecer ayuda adecuada a estos niños e incluso les malinterpretan en su conducta, procediendo a una cierta marginación y a la consideración de niños malos, revoltosos, rebeldes, etc. En la actualidad estos escolares reciben la calificación de niños desmotivados, sin interés por el aprendizaje, indisciplinados, transgresores de normas, resultado de una mala educación familiar y, su tratamiento educativo se suele centrar en dos medidas: aislamiento en el aula o expulsiones durante la Educación Primaria y expedientes disciplinarios orientados a la expulsión de los Centros de Educación Secundaria.

La principal explicación a esta forma inadecuada de actuar la constituye el hecho de un gran desconocimiento sobre este problema, lo que impide seleccionar formas alternativas de actuación por parte de las familias y del sistema educativo.

Se trata de un trastorno infradiagnosticado en México, por distintas razones como:

1. Escasez de equipos y de profesionales adecuadamente formados y actualizados.
2. Inexistencia de la especialidad o subespecialidad médica a cuyo campo de conocimientos la OMS atribuye el diagnóstico y tratamiento integrales del TDAH.
3. Excesiva influencia de doctrinas que atribuyen al TDAH a causas dispares Además es inadecuadamente derivado:

1. Se detecta sobre todo en la escuela pero no siempre se deriva a los servicios de salud
2. Se interpreta como un trastorno exclusivamente neurológico, cuando en el enfoque diagnóstico y terapéutico deben intervenir otros profesionales, coordinados por el psiquiatra, dado el riesgo evolutivo y la comorbilidad.

El TDAH en México es inadecuadamente tratado por diversas razones como:

1. Abundancia de “soluciones alternativas” (desde gafas de colores, hasta dietas especiales, fármacos inadecuados o terapias de total ineficacia)
2. -Resistencia familiar a tratamientos psicofarmacológicos de los niños.

En su etiología está comprobada la causalidad biológica y genética, tiene una herencia poligenética con alteraciones anatómicas y de la neurotransmisión Dopaminérgica y Noradrenérgica. El tratamiento debe ser multimodal, y debe hacerse en el ámbito sanitario a cargo del Equipo Psiquiátrico, con la adecuada formación actualizada, intervención de distintos especialistas y profesionales, en estrecha relación con el colegio y las familias .

Todos los subtipos de TDAH responden bien al tratamiento farmacológico con psicoestimulantes : En el Estudio MTA (*Jensen y cols, 2001*), se comprobó la superior eficacia del Metilfenidato, en prescripción adecuada, sobre cualquier otra medida terapéutica, excepto en el subgrupo comórbido con trastornos emocionales (igual eficacia que terapia cognitivo-conductual) por lo que es muy importante su diagnóstico temprano así como derivación oportuna ya que existe tratamiento para esta patología y el impacto del mismo en la vida futura del paciente es determinante para su adecuado funcionamiento.

Según el DSM-IV-TR dentro de los criterios diagnósticos para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad lo clasifican dentro de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia y nos dice que seis o más de 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.

Desatención:

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

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

2) seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el desarrollo:

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

Impulsividad.

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

B) Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los siete años de edad.

c) Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o mas ambientes. (escuela, trabajo y casa).

D) deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E) Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno mental ( trastorno del estado de animo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad.).

Códigos basados en el tipo:

F90.0: trastorno de déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01) si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.

F90.8 trastorno de déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00) si se satisfacen el criterio A1, pero no el criterio A2 durante los últimos 6 meses.

F90.0 trastorno de déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01) si se satisfacen el criterio A2, pero no el criterio A1 durante los últimos 6 meses.

### **DEFINICION DEL PROBLEMA**

Determinar la epidemiología del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en pacientes escolares (6 a 11 años y meses) y adolescentes (12 a 18 años) que acuden al servicio de urgencias pediatría del hospital Adolfo López Mateos.

### **OBJETIVO PRINCIPAL**

Detectar la presencia de déficit de atención y hiperactividad en escolares (de 6 años a 11 años y 11 meses) y adolescentes (de 12 años a 18 años) que acuden al servicio de urgencias pediatría del hospital Lic. Adolfo López Mateos.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Evaluar el desempeño de la escala de Weis para el diagnostico de THDA.
2. Evaluar el desempeño de la escala de Conner en el tamizaje diagnóstico del THDA.
3. Conocer la correlación ambas escalas.
4. Conocer la correlación diagnostica de ambas escalas con las variables demográficas: Edad, genero y escolaridad

## **HIPOTESIS**

La escala de clasificación de dificultades de weiss para los padres y el cuestionario de conner nos ayudan a detectar oportuna de pacientes con síndrome de déficit de atención e hiperactividad

## **JUSTIFICACION**

Es el problema de comportamiento más común durante la infancia; constituye la condición crónica de mayor presencia en el período escolar y representa un problema complejo debido a que aparece en edades tempranas, repercute en la vida diaria del niño y tiene la probabilidad de persistir a lo largo de su vida. Por lo cual es necesario se detección temprana para iniciar tratamiento oportuno y brindar mejor calidad de vida a nuestros niños.

La prevalencia de TDAH en la población oscila entre 1.7% al 20% en diferentes estudios. El objetivo de la evaluación clínica es determinar si se reúnen los criterios del TDHA y descartar otras condiciones que puedan simularla. Numerosas escalas y pruebas psicológicas se utilizan en la evaluación del individuo como por ejemplo: la escala de Conners, y la de Weiss son necesarias para el diagnóstico.

Debido a que actualmente se presentan como uno de los cuadros diagnosticados con mayor frecuencia en niños y adolescentes, según lo expuesto en el congreso nacional de TDAH celebrado en Madrid y organizado por la federación española de asociaciones de ayuda al déficit de atención e hiperactividad (FDAADAH) en enero del 2008, para la organización mundial de la salud, es la primera causa de fracaso escolar del siglo XXI lo que nos lleva a reflexionar sobre el alcance de sus consecuencias.

Los objetivos buscados son:

- Detectar la presencia de déficit de atención e hiperactividad en escolares y adolescentes que acuden al servicio de urgencias pediatría del Hospital Lic. Adolfo López Mateos.

- Validación de la escala de clasificación de funcionamiento de weiss.
- Conocer la epidemiología del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en pacientes escolares y adolescentes que acuden al servicio de urgencias pediatra en el hospital Lic. Adolfo López Mateos.

## **MATERIAL Y METODOS**

**DISEÑO:** Es un estudio observacional, prospectivo, transversal, aplicada y de salud pública. que se llevo acabo en el hospital Adolfo López Mateos del ISSSTE en periodo comprendido de mayo a agosto 20011 donde se evaluó el desempeño de la escala de clasificación de dificultades en el funcionamiento de weiss parte de una investigación de corte transversal y prospectivo (tipo encuesta), la cual consta de 6 aspectos funcionales que evaluar( familia, aprendizaje en la escuela, habilidades vitales, concepto propio del niño, actividades sociales y actividades arriesgadas. con total de 50 items que valorar en total, con 5 respuestas diferentes en cada uno que va de nunca a no corresponde, .la cual se realizó a los padres o tutores de escolares de 6 a 11 años y 11 meses de edad y adolescentes de 12 a 18 años de edad que acudieron a urgencias pediatría. independientemente de su patología por la cual acudieron, se aplico también la escala de Cornnes la cual consta de 10 items, a los mismos pacientes, **Criterios de inclusion:** Todo escolar de 6 a 11 años y 11 meses y adolescente con edad comprendida entre los 12 y los 18 años, de uno u otro sexo. **Criterios de exclusión:** aquellos niños con edades superiores o inferiores a las citadas. que acudieron a urgencias en periodos de tiempo fuera del estudio. Y aquellos pacientes con otras enfermedades mentales como retraso mental o que sus padres o tutores no quisieron cooperar con el estudio.

Los recursos materiales utilizados: papel, lápices, computadora, humano, encuestadores y padres o tutores del niño.

**GRUPO PROBLEMA:** Todos los pacientes escolares de 6 a 11 años y 11 meses de edad y adolescentes de 12 a 18 años que acudieron a urgencias pediatría del Hospital Lic. Adolfo López Mateos durante los meses de mayo-agosto del 2011, cuyo padres o tutor aceptó participar y contestaron la escala de clasificación de dificultades en el funcionamiento de Weiss y de cornnes.

**TAMAÑO DE LA MUESTRA:** Se tomaron una población de 599 pacientes que corresponde al 2.7% de los ingresos anuales al servicio de urgencias pediatría.

## RESULTADOS

- De nuestra población de estudio que consta de 599 pacientes encontramos:

De nuestra población de estudio encontramos que corresponde al 2.7 % de los ingresos anuales al servicio de urgencias pediátrica, encontrando una prevalencia de TDAH de un 5% y de esta muestra el 54% de nuestra población corresponde al sexo masculino en relación al femenino. (ver grafica 1)

La distribución de acuerdo a la edad encontramos que la edad mínima es de 6 años con una máxima de 17 años, con una media de 11.4 años, con una desviación estándar de 3.4 observando que es mas frecuente a los 13 años con un 61%. (Ver grafica 2)

De acuerdo a la escolaridad el síndrome de TDAH tiene mayor prevalencia en escolares en la primaria con un 58%, siendo los adolescentes es de 17%. (Ver gráfica 3).

En la evaluación de las dos escalas observamos que en la escala de Weiss que tiene 50 items tenemos una media de 29.2 %, y una desviación estándar de 22.8%. Del total de los 599 pacientes 493 pacientes que representan el 83% fueron negativos, 28 pacientes que representan el 5% de toda nuestra muestra fueron positivos para síndrome de TDAH. en comparación para la escala de Conners que de los 599 pacientes tenemos una media de 20.7% con una desviación estándar de 19.2% para Conners 338 pacientes no tienen TDAH, que es el 56%, y que el 23% tienen TDAH que representan 136 pacientes. (ver graficas 4,5,6 y 7).

Comparando las dos escalas observamos que para Conners hay mas pacientes positivos para TDAH en relación a Weiss, también en pacientes que nos salieron negativos en la escala de Weiss para Conners son positivos. Por lo cual se realiza un análisis estadístico con el programa Statistic 7 haciendo una P de person y una chi cuadrada, el cual como resultado que del total de toda la muestra de 599 pacientes comparando las dos escalas para diagnostico de TDAH nos da de resultado una  $p < 0.001$  que es estadísticamente significativo. Con una especificidad de un 65.11% para escala de Weiss en relación a Conners, y una sensibilidad de 83.96% con una  $p < 0.0001$  que es estadísticamente significativo. (Ver grafica 8).

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

El síndrome de TDAH es la afección psiquiátrica mas frecuente con una prevalencia mundial de un 3 a un 5% en la edad escolar y en México es del 5% aproximadamente en adolescentes y en la vida adulta se reporta de un 6 a un 10%; encontramos una prevalencia de un 5% que es muy similar a lo reportado. (18).

En un estudio Europeo (4), se estima que es mas frecuente en el género masculino con una relación de 4:3 en la población general y en la población clínica de 9:1 y que predomina en la edad escolar, a pesar de que es un estudio europeo tiene el mismo comportamiento en nuestra población.

La importancia del diagnostico oportuno y el tratamiento permite disminuir el riesgo que conlleva al padecimiento a una mayor vulnerabilidad a maltrato infantil, rechazo escolar y aislamiento social, consumo de drogas o sustancias, conductas impulsivas y antisociales (18). Las escalas de Conners y Weiss son instrumentos útiles para el diagnostico de este síndrome las cuales no son superiores una de la otra sino que ambas se complementan para realizar el diagnostico, como se puede comprobar en los resultados. (ver grafica 9).

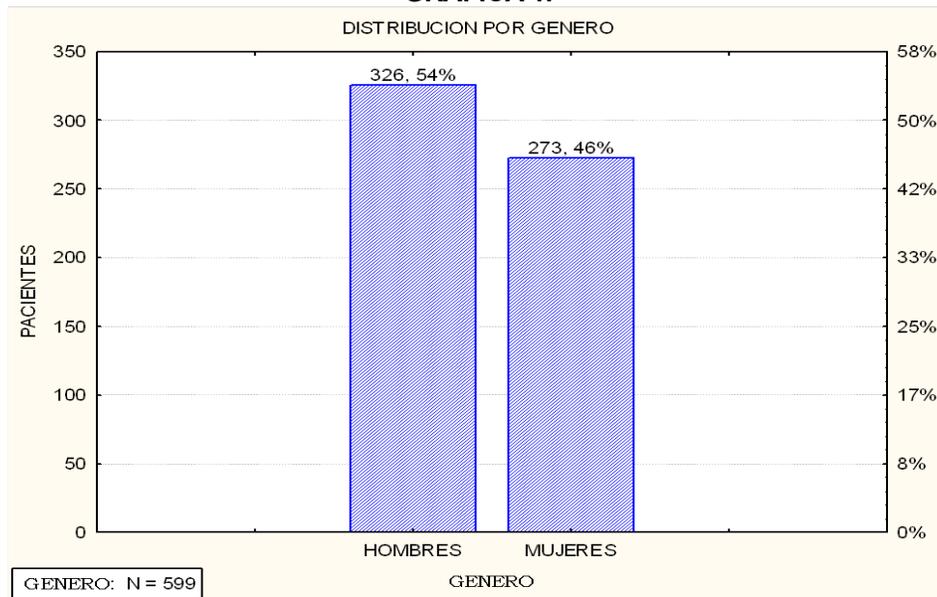
William Cornejo (1) evaluó el tamizaje por una encuesta para padres y profesores de acuerdo al DSM-IV encontrando una sensibilidad de un 57.4% y una especificidad de un 93.6% para padres. Con una eficacia de 78% en comparación con los resultados obtenidos por Mulhern y colaboradores al evaluar la percepción de los padres, de uno o más síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad para detectar TDAH, determinando una sensibilidad de 87% y una especificidad de 41%, la prueba aplicada por los padres mostró un índice de probabilidad (LR positivo) de 8,9 y una exactitud diagnóstica del 78,1%, Por otra parte, el alto valor predictivo positivo (87,8%) de este instrumento de tamización en manos de los padres sugiere que en aquellos casos particulares en los cuales la prueba es positiva hay alta probabilidad de presentar el trastorno. Los altos valores de especificidad indicarían que cuando el niño no tiene el trastorno el cuestionario tiene gran capacidad para su identificación correcta. Nuestros resultados mostraron una sensibilidad de 83.96% y una especificidad de 65.11%, con falsos negativos de 16.04% para Conners y un 34.89% para Weiss por lo cual es muy similar a lo reportado en la literatura, por lo tanto podemos considerar que las dos escalas de valoración son complementarias.

## CONCLUSIONES

- El síndrome de TDAH es una condición crónica mas común en la infancia que conlleva complicaciones no solamente para el individuo afectado y a la sociedad, por lo que es conveniente el desarrollo de medidas que faciliten el conocimiento del trastorno para su diagnostico y tratamiento oportuno.

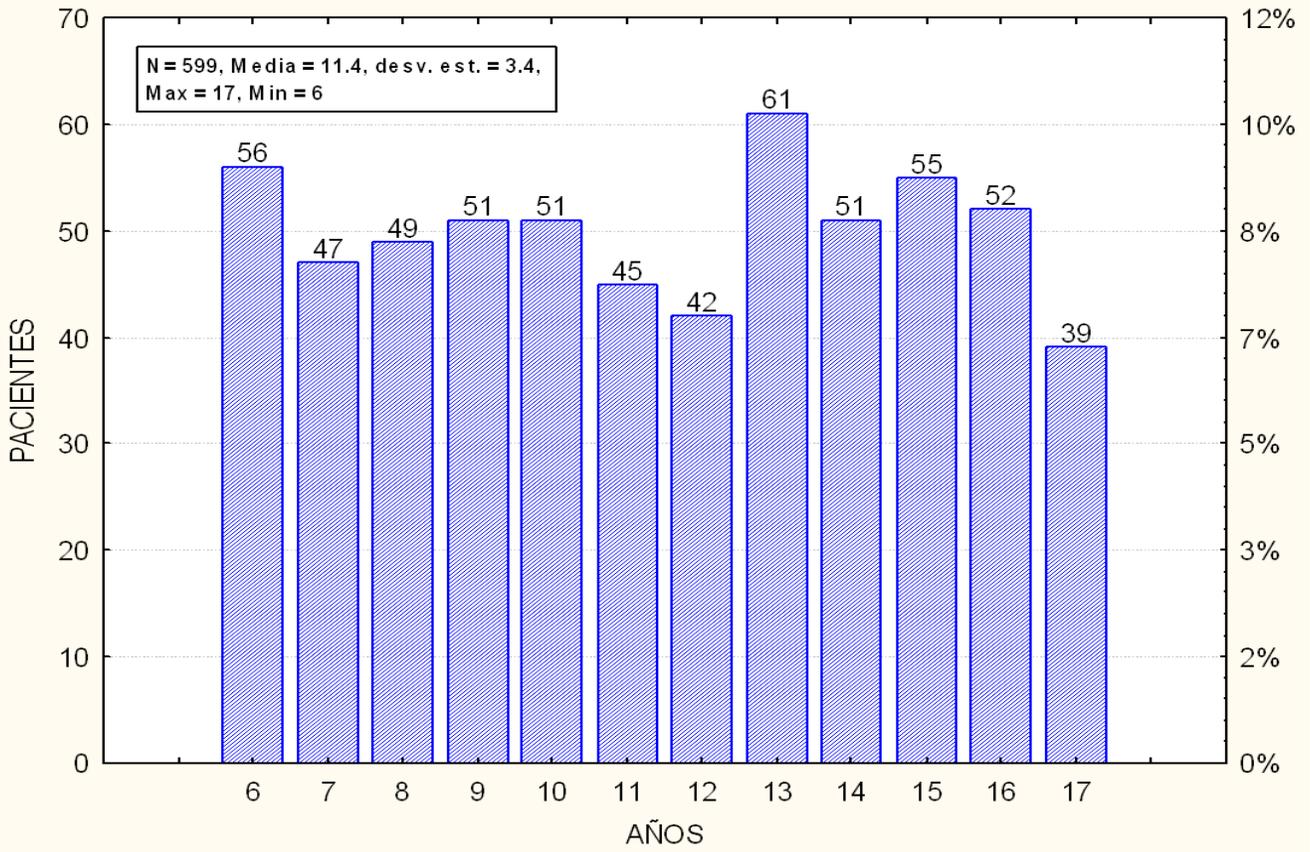
- Deberá iniciarse estudios de investigación en la atención primaria que permita un acceso oportuno y apropiado a los servidores del servicio de salud como son las dos escalas aquí utilizadas como instrumentos diagnósticos que permitan integrarse y un desarrollo adecuado nuestra población infantil.

**ANEXOS  
GRAFICA 1.**



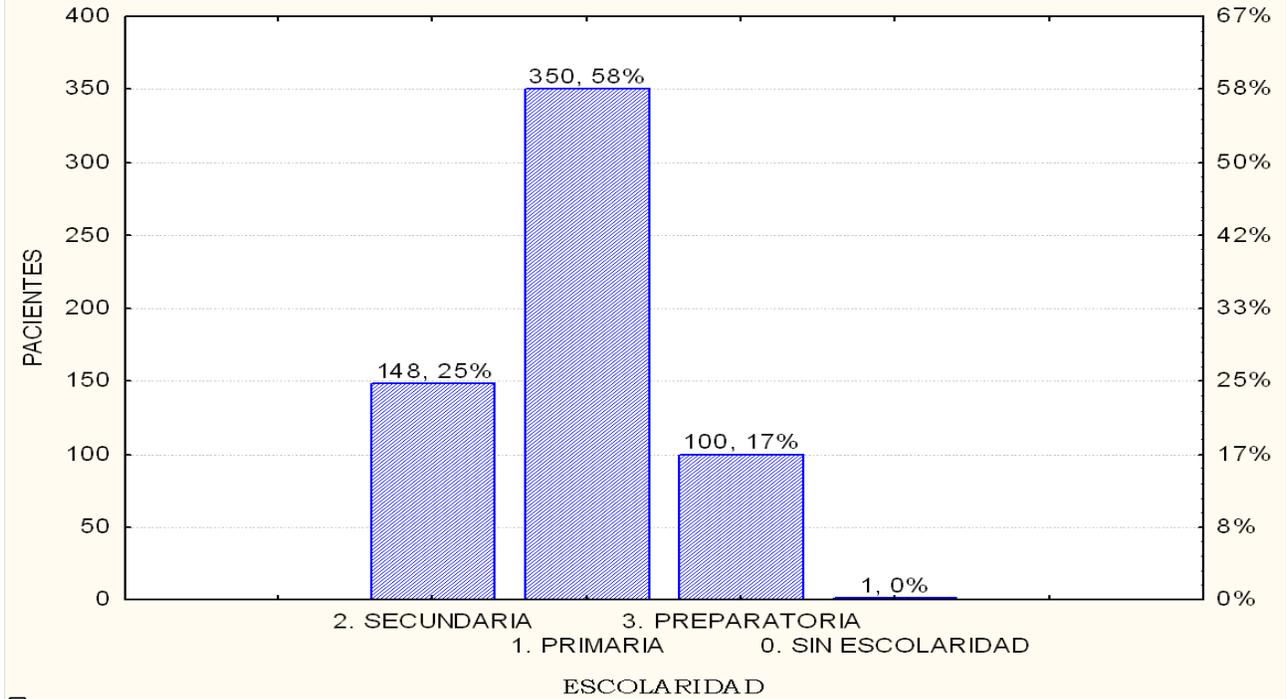
**GRAFICA 2**

**DISTRIBUCION POR EDAD (AÑOS) DE LOS PACIENTES**

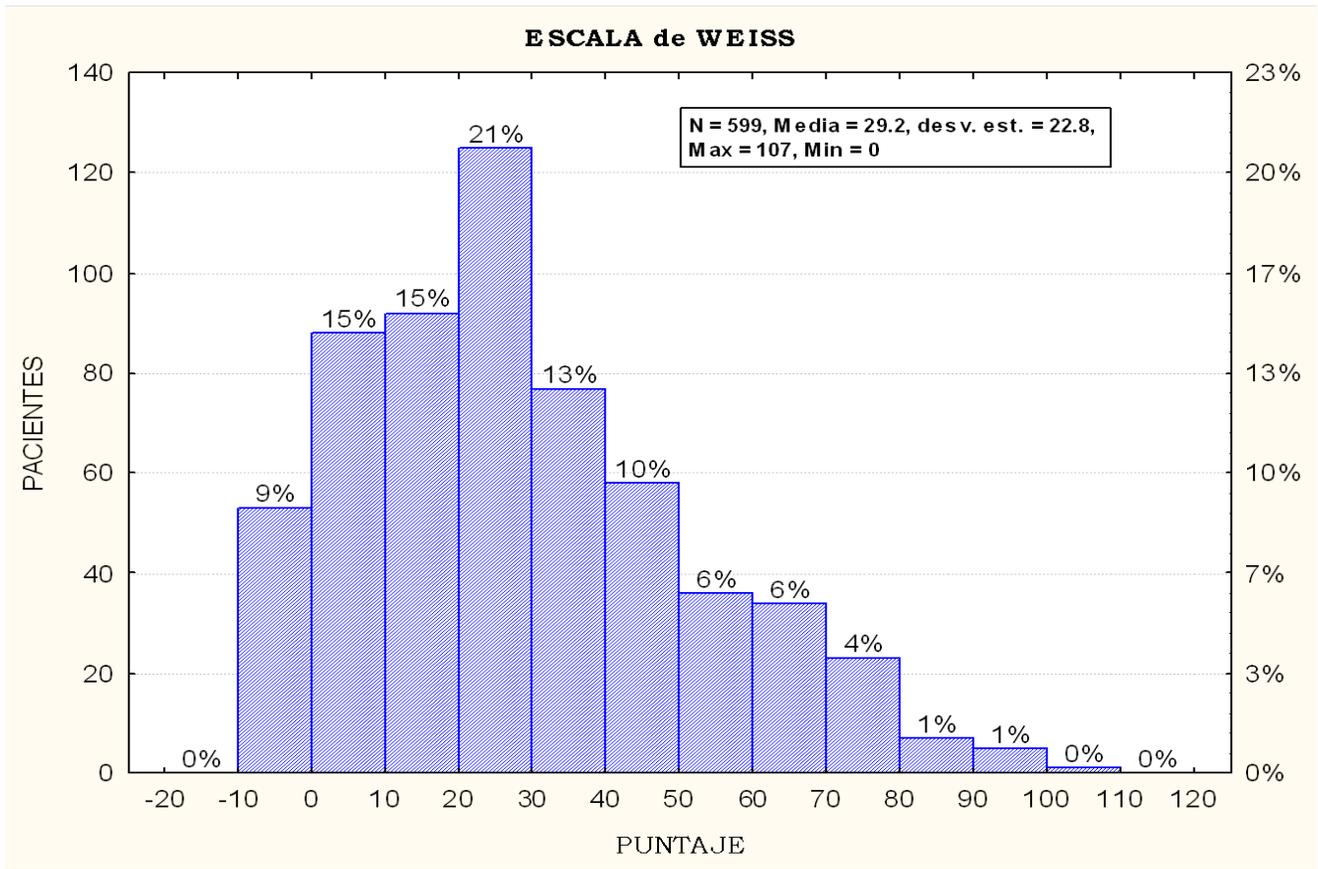


**GRAFICA 3**

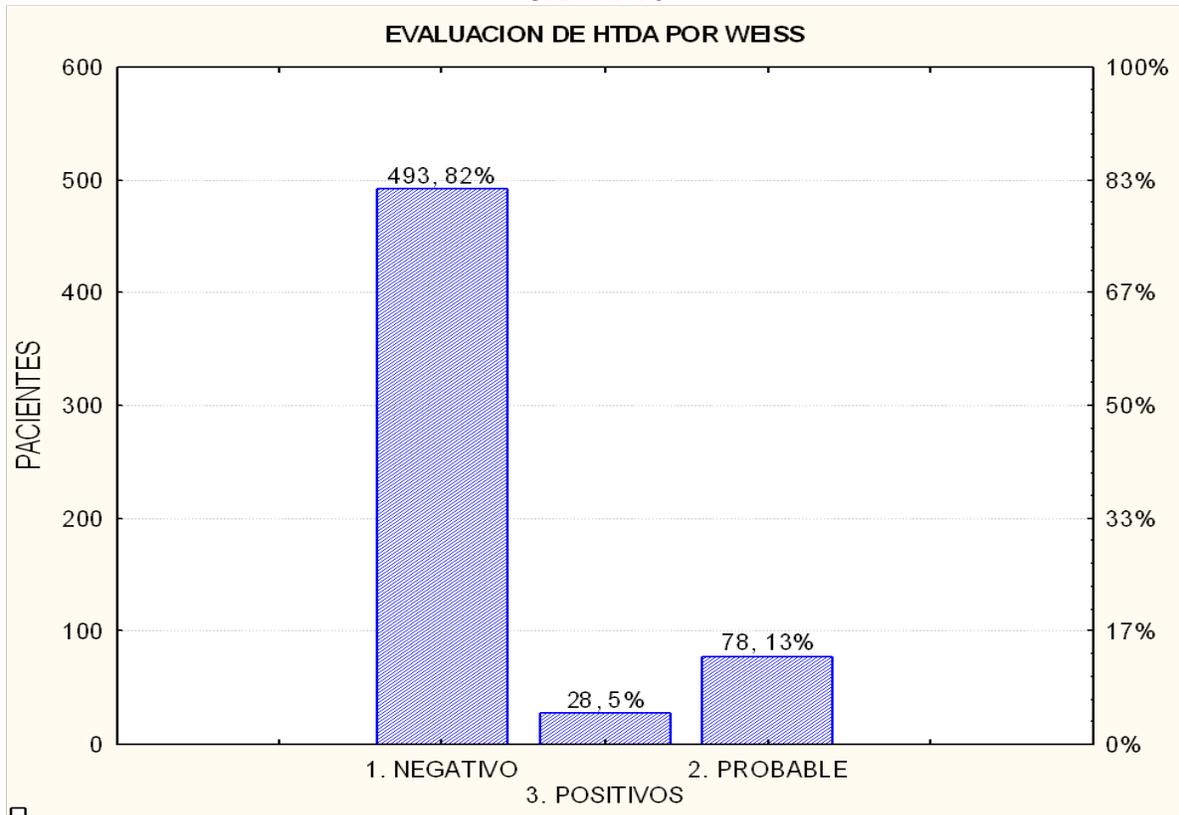
**DISTRIBUCION POR ESCOLARIDAD**



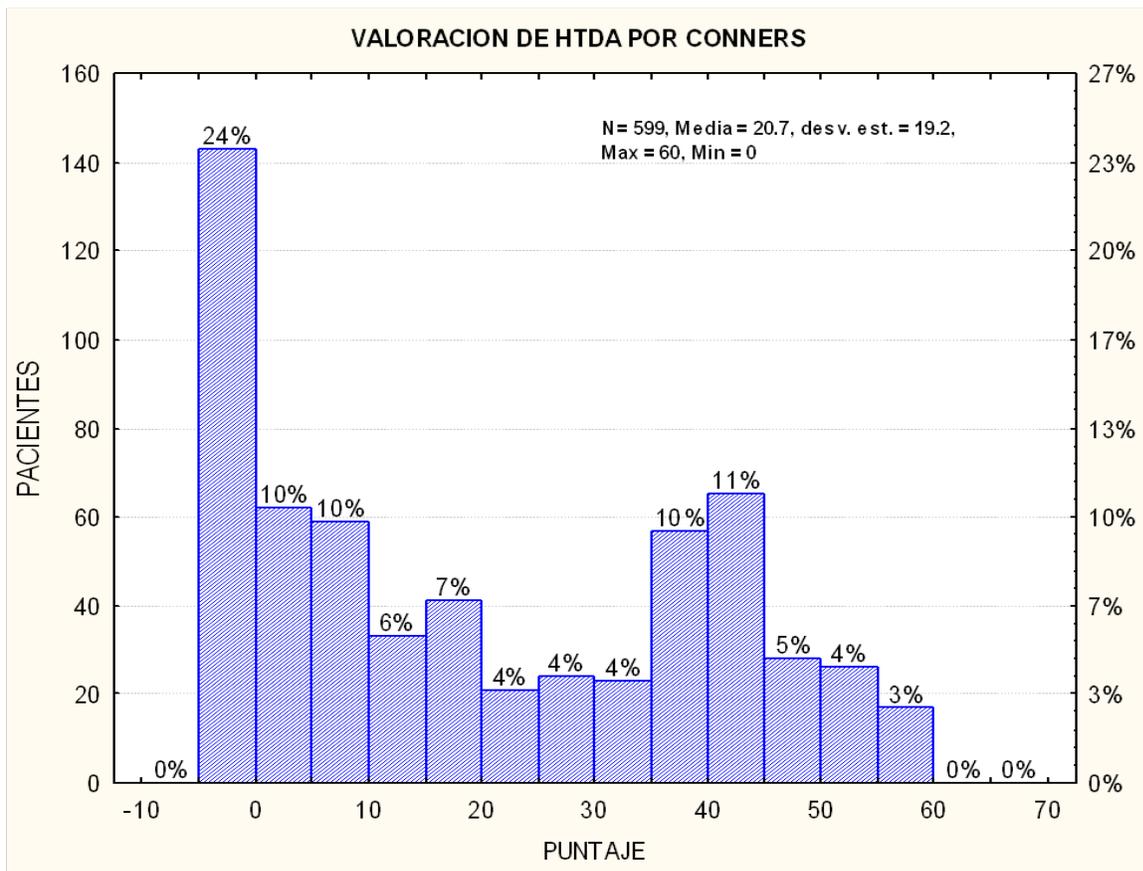
**GRAFICA 4**



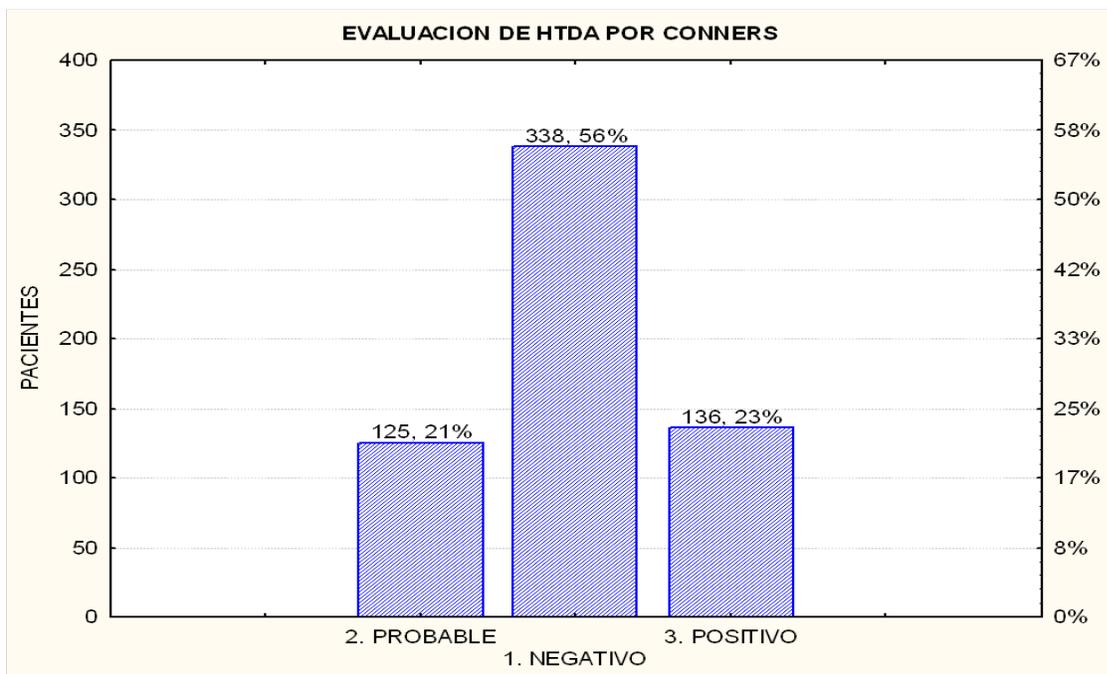
**GRAFICA 5**



**GRAFICA 6**

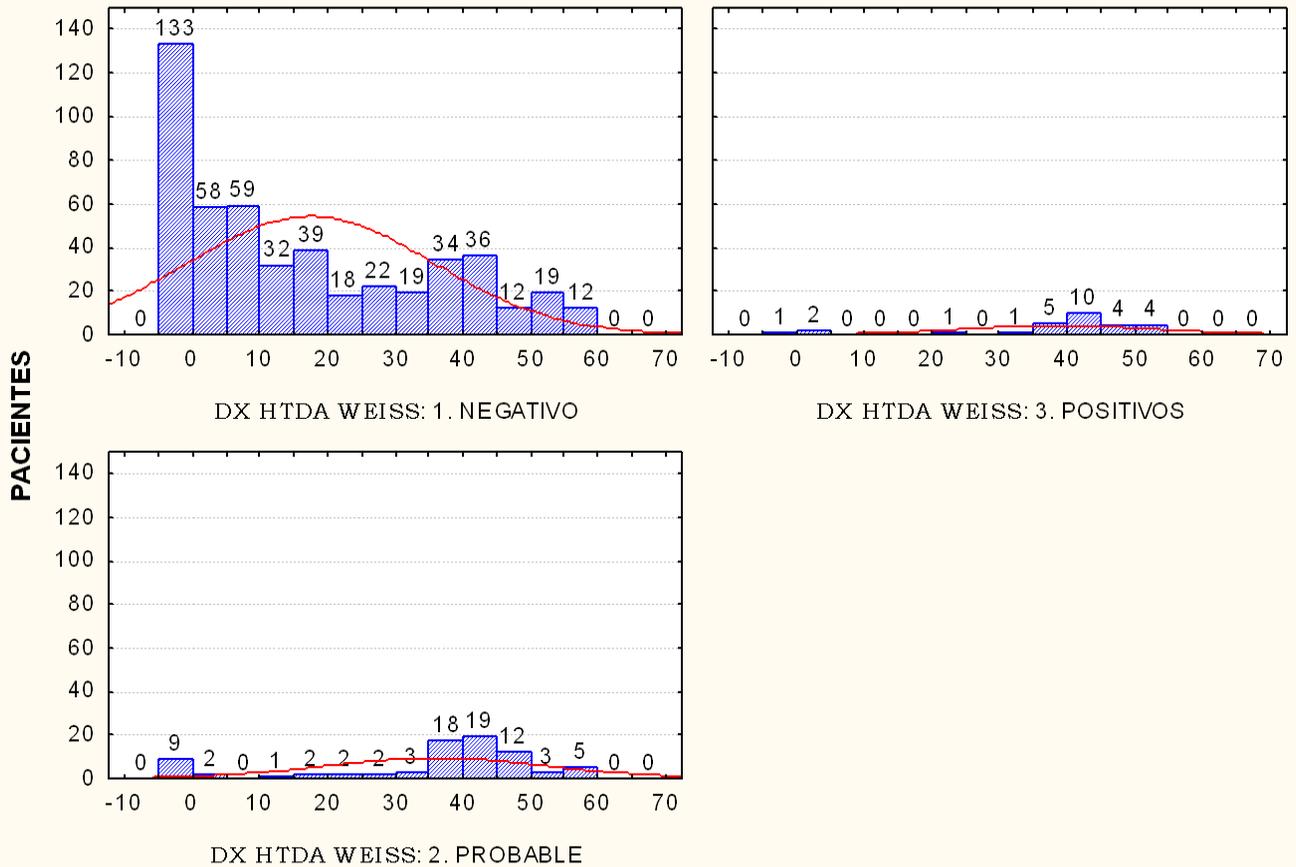


**GRAFICA 7**

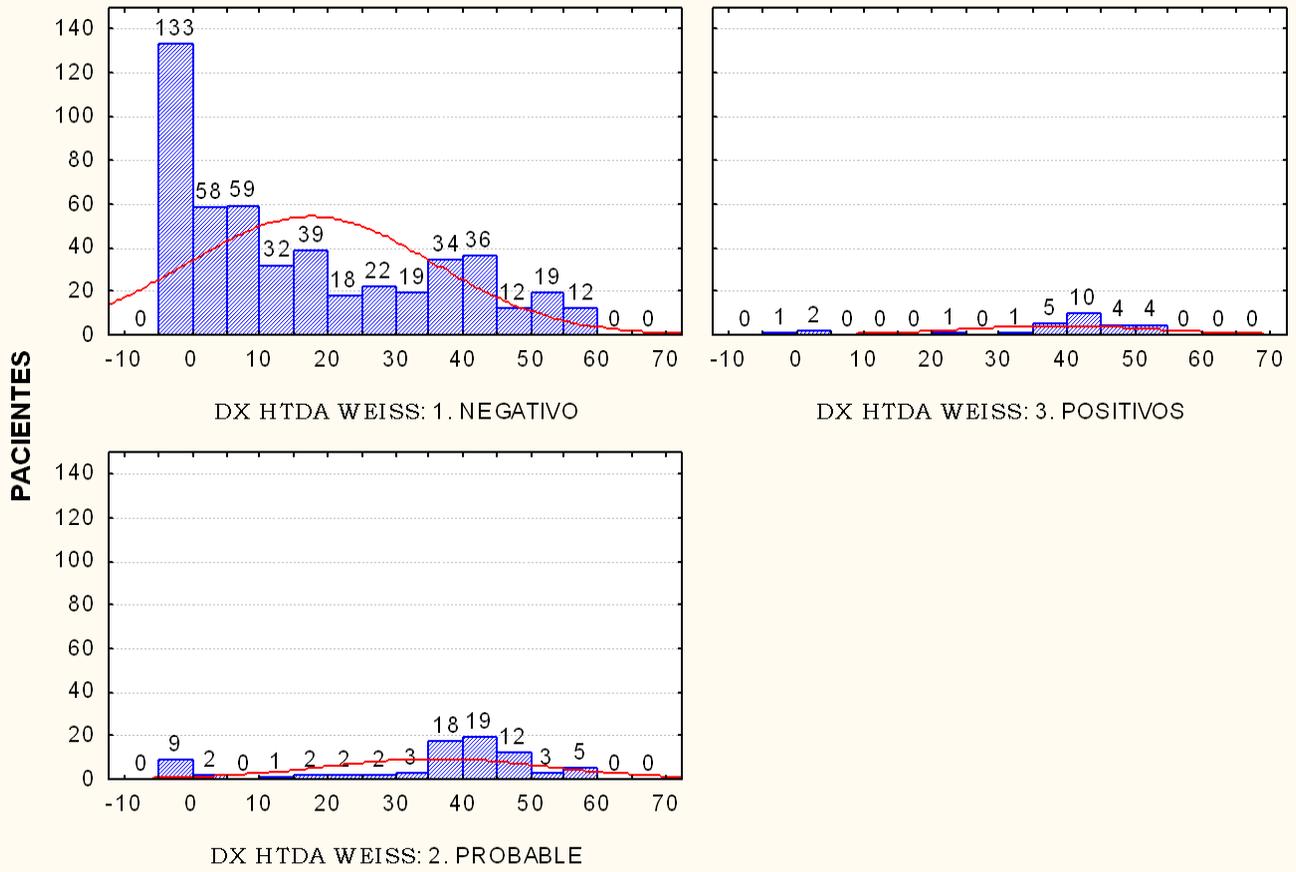


GRAFICA 8

Distribucion de Conners de acuerdo al Dx de HTDA de Weiss



### Distribucion de Conners de acuerdo al Dx de HTDA de Weiss

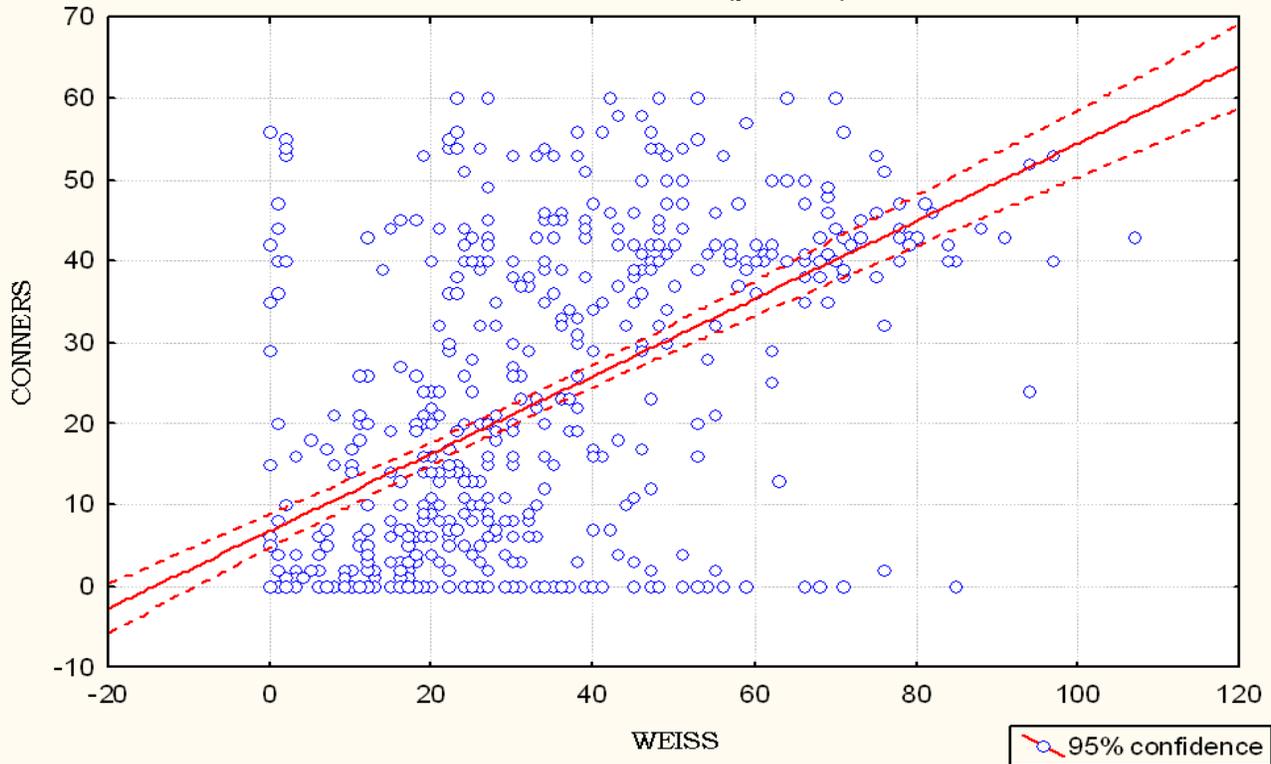


**GRAFICA 9**

**Diagrama de Dispersión: WEISS vs. CONNERS**

$CONNERS = 6.8395 + .47623 * WEISS$

Correlation:  $r = .56544$  ( $p < 0.01$ )



2-Way Summary Table: Observed Frequencies  
Marked cells have counts > 10

DX HTDA WEISS (+/-)	DX HTDA CONNERS (+/-) 0	DX HTDA CONNERS (+/-) 1	Row Totals
	0	321	
Row %	65.11%	34.89%	
1	17	89	106
Row %	16.04%	83.96%	
Totals	338	261	599

**ESCALAS UTILIZADAS:**

**WEISS DETERIORO FUNCIONAL DE EVALUACIÓN A ESCALA - INFORME DE LOS PADRES (WFIRS-P)**

Su nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Circula el número para el que mejor describe cómo o problemas de comportamiento emocional de su hijo han afectados cada artículo en el último mes

#### A FAMILIA

1.- Tiene problemas con los hermanos y hermanas	0	1	2	3	N/A
2 Causa problemas entre los padres	0	1	2	3	N/A
3 quita tiempo al trabajo o a las actividades de los miembros de la familia	0	1	2	3	N/A
4 causa peleas en la familia	0	1	2	3	N/A
5 Aisla a la familia de los amigos y de las actividades	0	1	2	3	N/A
6 dificulta que los familiares puedan divertirse juntos	0	1	2	3	N/A
7 dificulta las tareas paternales	0	1	2	3	N/A
8 Hace que sea difícil dar una atención justa a todos los miembros de la familia	0	1	2	3	N/A
9 Provoca que otros le peguen o le griten	0	1	2	3	N/A
10 Cuesta mas dinero a la familia	0	1	2	3	N/A

#### B ESCUELA Aprendizaje

1 le es difícil mantenerse a la par con el trabajo escolar	0	1	2	3	N/A
2 Necesita ayuda extra en la escuela	0	1	2	3	N/A
3 necesita tutores	0	1	2	3	N/A
4 Recibe las clasificaciones que no reflejan su capacidad real	0	1	2	3	N/A

#### Comportamiento

1 Causa problemas al profesor en el aula de clases	0	1	2	3	N/A
2 se le retira de la aula de clases	0	1	2	3	N/A
3 ¿Tiene problemas en el patio de recreo	0	1	2	3	N/A
4 Recibe las detenciones (durante o después de las horas de clases)	0	1	2	3	N/A
5 Suspendido o expulsado de la escuela	0	1	2	3	N/A
6 falta a clase o llega tarde	0	1	2	3	N/A

#### C HABILIDADES PARA LA VIDA

1 uso excesivo de la televisión, computadora o video juegos	0	1	2	3	N/A
2 Mantenerse limpia, lavarse los dientes, cepillarse el pelo, baño, etc	0	1	2	3	N/A
3 Problemas para prepararse para ir a la escuela	0	1	2	3	N/A
4 Problemas al prepararse para dormir	0	1	2	3	N/A
5 Problemas con las comidas (quisquilloso con la comida, la comida chatarra)	0	1	2	3	N/A

6 Problemas para dormir	0	1	2	3	N/A
7 Se lastima o lesiona	0	1	2	3	N/A
8 Evita el ejercicio	0	1	2	3	N/A
9 Necesita mas atención médica	0	1	2	3	N/A
10 Tiene problemas para tomar la medicación, recibir inyecciones o visitar al médico o dentista	0	1	2	3	N/A

**D NIÑO AUTOCONCEPTO**

1 Mi hijo se siente mal por sí mismo	0	1	2	3	N/A
2 Mi hijo no se divierte lo suficiente	0	1	2	3	N/A
3 Mi hijo no esta feliz con su vida	0	1	2	3	N/A

**E ACTIVIDADES SOCIALES**

1 otros niños se burlan de el o lo intimidan	0	1	2	3	N/A
2 Se burla de otros niños o los intimida	0	1	2	3	N/A
3 Problemas para llevarse bien con otros niños	0	1	2	3	N/A
4 participación de las actividades después del colegio (deportes, música, clubes)	0	1	2	3	N/A
5 Problemas para hacer nuevos amigos	0	1	2	3	N/A
6 Problemas para mantener amigos	0	1	2	3	N/A
7 Dificultad con las fiestas (no invitados, los evita, se porta mal)	0	1	2	3	N/A

**F ACTIVIDADES DE RIESGO**

1 Fácil de ser influido por otros niños (presión social)	0	1	2	3	N/A
2 Rompe o daña las cosas	0	1	2	3	N/A
3 Hace cosas que son ilegales	0	1	2	3	N/A
4 tiene encuentros con la policía	0	1	2	3	N/A
5 Fuma cigarrillos	0	1	2	3	N/A
6 consume drogas	0	1	2	3	N/A
7 Hace cosas peligrosas	0	1	2	3	N/A
8 lastima a otros	0	1	2	3	N/A
9 Dice cosas odiosas o inapropiadas	0	1	2	3	N/A
10 comportamiento sexual inapropiado	0	1	2	3	N/A

PUNTUACIÓN:

**ESCALA DE CONNERS**

su nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Circula el número para el que mejor describe cómo o problemas de comportamiento emocional de su hijo han afectados cada artículo en el último

	N	P	B	M
1.- tiene excesiva inquietud motora				
2.- tiene dificultades de aprendizaje escolar				
3.- molesta frecuentemente a los niños				

4.- se distrae fácilmente, escasa atención				
5.- exige inmediatamente satisfacción a sus demandas				
6.- tiene dificultades para las actividades cooperativas				
7.- esta en las nubes, ensimismado.				
8.- deja por terminar la tarea que empieza				
9.- es mal aceptado en el grupo				
10.- niega sus errores y hecha la culpa a otros				
11.- emite sonidos de calidad y en situación inapropiada				
12.- se comporta con arrogancia es irrespetuoso				
13.- intranquilo, siempre en movimiento				
14.- discute y pelea por cualquier cosa				
15.- tiene explosiones impredecibles de mal genio				
16.- le falta el sentido de la regla de juego limpio				
17.- es impulsivo e irritable.				
18.- se lleva mal con la mayoría de sus compañeros				
19.- sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante				
20.- acepta mal las indicaciones del profesor				

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- **Desempeño diagnóstico del cuestionario lista de síntomas del DSM IV para el tamizaje del trastorno de hiperactividad con déficit de atención (TDAH) en niños y adolescentes escolares.** Acta Neurologica Colombiana Vol. 26 No. 3 Septiembre 2010
- 2.-Weiss Functional Impairment Rating Scale– Parent REPORT (WFIRS-P). Version: January 2011. Refer to [www.caddra.ca](http://www.caddra.ca) for latest updates.
- 3.- ¿Desatentos? ¿Desatendidos?: una mirada psicopedagógica del TDAH en estudiantes universitarios. Revista Chilena de Neuropsicología, 3 (2008), Pág. 4 - 13 Copyright © 2007 Sociedad Chilena de Neuropsicología ISSN 0718-0551.

- 4.- TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (T.D.A.H.).Un trastorno del comportamiento precursor de otros,. Javier San Sebastián Cabasés Proyecto Esperí. Fundación Internacional O'Belén Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Ramón y Cajal Universidad de Alcalá. Madrid.
- 5.- [Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.](#) C Soutullo Esperón - Med Clin (Barc), 2003 - elsevier.es.
- 6.- Algoritmo del tratamiento para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes . E Arroyo, JM Ávila, JA Cárdenas, E Cruz... - Salud ..., 2005 - medigraphic.com
- 7.- Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. E Colmenares-Bermúdez... - salud pública de ..., 2002 - scielo.unam.mx
- 8.- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema actual. MD García García, LM Prieto Tato... - Anales de Pediatría, 2008 – Elsevier.
- 9.- Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. CMontiel-Nava... Rev Neurol, 2001 -REV NEUROL 2001; 32: 506-11.
- 10.- Un trastorno posmoderno (psicología, sociedad y déficit de atención) HE Robledo Mejía - Athenea Digital: revista de pensamiento e, 2006.
- 11.- Déficit de atención e hiperactividad.JMSerrano-new.medigraphic.com, Serrano JM, García HA Déficit de atención e hiperactividad ; Paginas: 124-128.
- 12.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Actualidades diagnósticas y terapéuticas. M Ruiz-García, J Gutiérrez-Moctezuma... - Boletín médico del 2005 - scielo.org.mx
- 13.- Dificultades comunes en el tratamiento integral de niños con problemas de atención y aprendizaje en México. E Barragán-Pérez - Boletín médico del Hospital 2006 - scielo.org.m.
- 14.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Revisión de conocimientos actuales. RF Higuera- Act Med Gpo Ang, 2004 - new.medigraphic.com.
- 15.- Alcohol, jóvenes y accidentes de tráfico. MC Del Río - Trastornos adictivos, 2002 - elsevier.es
- 16.- DSM-IV-TR. Brevario, criterios diagnosticos. Elsevier Masson, edición 2007: pags 58-60
- 17.- Estudio Nicen 2008,
- 18.- Royal Australian collage of psiquiatric 2008.Guidelines of DTAH.

19.- Weiss M Weiss G. Attention deficiid hyperactivity disord in Lewis M. ed. Child and adolescent psychiatry a comprenhesue, textbook 3 ed. Philadelphia Lippincott. Williams. 2002 p. 645-670.