



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
"DR. IGNACIO CHAVEZ"
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80

YURIXHI CANCINO ESTRADA
MEDICO CIRUJANO Y PARTERO

TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**"DETECCION DE TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION MEDIANTE LA
ESCALA DE CONNERS EN NIÑOS 6 A 9 AÑOS DE EDAD"**

ASESOR
JAVIER RUIZ GARCIA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

COASESOR
ALVARO CASTILLO NAVARRO
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

CO-ASESOR ESTADISTICO
MAT. CARLOS GOMEZ ALONSO
Analista Coordinador "A"

MORELIA, MICHOACÁN., MÉXICO, MARZO DE 2010

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**DR. EDUARDO C. PASTRANA HUANACO
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD**

**DR. BENIGNO FIGUEROA NUÑEZ
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD**

**DR. JAVIER RUIZ GARCIA
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA
U.M.F. No 80**

**DRA. OLIVA MEJIA RODRIGUEZ
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
U.M.F. No 80**

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

**DR. VICTOR MANUEL FARIAS RODRIGUEZ
JEFE DE LA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHAVEZ”**

**DR. RAFAEL VILLA BARAJAS
COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHAVEZ”**

Este trabajo se realizó en La escuela primaria “Adolfo López Mateos”, Morelia, Michoacán, México. Avalado por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

INVESTIGADOR PRINCIPAL

YURIXHI CANCINO ESTRADA

Medico residente del curso de especialidad en Medicina Familiar.

Adscrito a la unidad de Medicina Familiar No. 80

Instituto Mexicano del Seguro Social.

ASESOR:

JAVIER RUIZ GARCIA

Especialista en Medicina Familiar

COASESOR

ALVARO CASTILLO NAVARRO

Especialista en Psiquiatría

CO-ASESOR ESTADISTICO

MAT. CARLOS GOMEZ ALONSO

Analista Coordinador “A”

COLABORADORES

DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ

Profesora titular de la especialidad de Medicina Familiar U.M.F. No 80

DRA. LETICIA DUARTE PEDRAZA

Profesora adjunta de la especialidad de Medicina Familiar U.M.F. No 80

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar hasta aquí.

A mi asesor por su paciencia, sus consejos y sus atinadas observaciones durante toda mi formación como médico familiar.

A mis amigos por su compañía y comprensión.

A mis maestros por sus enseñanzas y sus opiniones.

Dedico este trabajo a mis padres por su apoyo incondicional y su confianza, sin ellos no hubiera sido posible lograr mis metas.

ÍNDICE

	Páginas.
I. Resumen.....	2
II. Abstract.....	3
III. Abreviaturas.....	4
IV. Glosario.....	5
V. Relación de cuadros y figuras.....	6
VI. Introducción.....	7
VII. Antecedentes.....	9
VIII. Planteamiento del problema.....	20
IX. Justificación.....	21
X. Objetivos.....	22
XI. Material y métodos.....	23
XII. Resultados.....	26
XIII. Discusión.....	33
XIV. Conclusiones.....	36
XV. Recomendaciones y Sugerencias.....	37
XVI. Referencias bibliográficas.....	38
XVII. Relación de anexos.....	43
Total de páginas.....	46

I. RESUMEN

Antecedentes: el TDAH es la enfermedad psiquiátrica crónica más frecuente en la edad pediátrica. Su prevalencia es del 3 al 5%. No existe una encuesta única para sospechar TDAH, una de ellas es la escala de Conners, al detectar oportunamente a estos niños e iniciar tratamiento, se disminuye fracaso escolar y rechazo social.

Objetivo: detectar TDAH mediante la escala de Conners en niños de 6 a 9 años de edad.

Material y métodos: estudio descriptivo mediante aplicación de la escala de Conners a padres y profesores de 281 escolares de 6 a 9 años, los que reunieron puntaje de sospecha se derivaron al neurólogo y/o psiquiatra para confirmar el diagnóstico en base a los criterios del DSM IV e iniciar tratamiento.

Resultados: el índice de sospecha fue 5.7% por profesores y 4.6% por padres, predominó en varones; respecto a la edad fue mayor en niños de 9 años, se confirmó diagnóstico en 4.27% de la población total.

Conclusiones: la escala de Conners fue útil, sencilla y rápida para sospechar TDAH, existió concordancia entre la opinión de padres y profesores, conforme a mayor edad existió más predisposición a TDAH.

Palabras clave: escala de Conners, trastorno de déficit de atención.

II. ABSTRACT

Antecedents: ADHD is the most common chronic psychiatric illness during childhood. Its prevalence is 3-5%. There is not a unique survey to suspect ADHD, one of them is the Conners scale, to identify opportunities to these children and initiate treatment, reduces school failure and social rejection.

Objective: to detect ADHD through Conners' scale rating among 6 to 9 years old children.

Material and methods: descriptive study application of the Conners parent and teachers of 281 school children from 6 to 9 years, score that met the suspect and were derived from a neurologist or psychiatrist to confirm the diagnosis based on DSM IV criteria and to initiate treatment.

Results: the index of suspicion for teachers was 5.7% and 4.6% by parents, was predominant in males, with respect to age was higher in children of 9 years, diagnosis was confirmed in 4.27% of the total population.

Conclusions: Conners' scale was useful, easy and quick to suspect ADHD, there was consistency between the views of parents and teachers, existed with older more predisposed to ADHD.

Key words: Conners' scale, attention deficit disorder.

III. ABREVIATURAS

CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades

DSM IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales

OMS: Organización Mundial de la Salud

TDA: Trastorno de déficit de atención

TDAH: Trastorno de déficit de atención con hiperactividad

IV. GLOSARIO

Atención: es la capacidad de aplicar voluntariamente el entendimiento a un objetivo.

Déficit: es la falta o escasez de algo que se juzga necesario.

Escala de Conners: instrumento utilizado en la evaluación del trastorno de déficit de atención, donde se valora la conducta de los niños en el hogar y en la escuela, contestando a cada una de las aseveraciones nada, poco, bastante y mucho, posteriormente se suma la puntuación y depende del resultado se sospecha o no de dicho trastorno.

Hiperactividad: es una manifestación clínica en la que la persona presenta un estado de gran inquietud motora. Pueden ser constantes movimientos de las extremidades, caminar, correr, trepar, arrastrarse, etc.

Metilfenidato: sustancia estimulante del sistema nervioso central que actúa básicamente liberando catecolaminas, sobre todo dopamina de las terminales presinápticas.

Trastorno: es una manifestación individual de una disfunción de comportamiento psicológica o biológica, cualquiera que sea su causa.

V. RELACION DE CUADROS

	CONTENIDO	Pág.
CUADRO	I Características de la población, de acuerdo a género, edad y grado escolar.....	26
CUADRO	II Contraste por género de acuerdo a Escala de Conners para cada grupo de edad. Encuesta en profesores.....	27
CUADRO	III Contraste por género de acuerdo a Escala de Conners para cada grupo de edad. Encuesta en padres.....	28
CUADRO	IV Puntajes promedios con su respectivo error estándar para establecer las múltiples comparaciones entre los diferentes grupos de edad. Encuesta a padres sobre los varones.....	29
CUADRO	V Puntajes promedios con su respectivo error estándar para establecer las múltiples comparaciones entre los diferentes grupos de edad. Encuesta a padres sobre las mujeres.....	30
CUADRO	VI Puntajes promedios con su respectivo error estándar para establecer las múltiples comparaciones entre los diferentes grupos de edad. Encuesta a profesores sobre los varones.....	31
CUADRO	VII Puntajes promedios con su respectivo error estándar para establecer las múltiples comparaciones entre los diferentes grupos de edad. Encuesta a profesores sobre las mujeres.....	32

VI. INTRODUCCIÓN

El trastorno de déficit de atención (TDA) con o sin hiperactividad es la enfermedad psiquiátrica crónica más frecuente en la edad pediátrica. Se caracteriza por un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, siendo más frecuente y serio que el que se observa en sujetos con un nivel de desarrollo similar. Se estima que las cifras de prevalencia actuales oscilan entre 3 y 5%, destacando que en países con culturas similares a la mexicana como Colombia, reportan cifras hasta del 14%. Esta diferencia de resultados puede deberse a las diferentes razas, características socioeconómicas o cultura de cada país, así mismo, la edad, el sexo y las estrategias utilizadas para su diagnóstico.

El niño con trastorno de déficit de atención tiene gran dificultad o incapacidad para prestar atención y concentrarse, presenta un nivel alto de actividad inadecuada para su edad, se distrae muy fácilmente y es muy impulsivo, esto repercute en dos o más ambientes y causan un deterioro en la actividad social, académica o laboral.

Generalmente son los padres y profesores los primeros en sospechar este trastorno, seguidos del médico de primer contacto, pediatras y psicólogos escolares.

El problema de niños no diagnosticados y por tanto, sin tratamiento, es su repercusión a mediano y largo plazo, con disminución en el rendimiento escolar, repercusiones en la esfera social y emocional, problemas de relación por impulsividad, frecuente rechazo social, conductas desafiantes y abuso de drogas. Sin tratamiento correcto suele alcanzar profesiones o trabajos por debajo de su capacidad. Entre un 11 y 68% seguirán con trastorno de déficit de atención en la etapa adulta, lo que conlleva a persistir las dificultades en el ámbito personal, familiar y laboral.

Un diagnóstico correcto y oportuno es el primer paso para un buen manejo de este trastorno y para la prevención de sus complicaciones, así, aunado a una intervención terapéutica multidisciplinaria adecuada va a permitir el desarrollo normal de estos niños.

El diagnóstico es clínico y se basa en los criterios de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM IV), de la Asociación Americana de psiquiatría, las escalas y cuestionarios son un instrumento más dentro del proceso diagnóstico, es necesaria la realización de una exploración física completa para detectar enfermedades neurológicas y/o descartar problemas de visión y audición que pueden interferir con la capacidad de atención del niño.

Uno de los objetivos de sospechar y diagnosticar a estos niños, es mejorar su calidad de vida, así como, la de sus familias, por eso es importante la utilización de escalas específicas, sencillas y rápidas de responder para identificar a los niños que pueden tener este trastorno, confirmar el diagnóstico e iniciar el tratamiento que se basa en tres aspectos importantes farmacológico, medidas en la familia con intervenciones psicopedagógicas y terapias conductuales en los dos ámbitos más importantes en los que se desenvuelve.

El pronóstico del trastorno de déficit de atención dependerá de la inteligencia, del nivel sociocultural, comorbilidad y apoyos escolares y sociales recibidos.

VII. ANTECEDENTES

El síndrome de inquietud, falta de atención y comportamiento infantil impulsivo, conocido como trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en Norteamérica y como trastorno hiperkinético en Europa, es un problema de salud mental común.¹

Es difícil aportar la primera referencia científica, algunos señalan a Hoffman como el primer autor que describe claramente a un niño con déficit de atención e hiperactividad a mediados del siglo XIX.

Still describió y agrupó de forma precisa esta patología, señala niños violentos, revoltosos, destructivos, dispersos, añade la repercusión escolar como característica asociada.

El doctor Tredgold en 1914, argumentó que podría ser causado por una disfunción cerebral mínima, una encefalitis letárgica en la cual queda afectada el área del comportamiento, de ahí la consecuente hipercinesia compensatoria, explosividad en la actividad voluntaria, impulsividad orgánica e incapacidad de quedarse quieto.²

Schilder en 1931 realizó una observación clara que se mantiene hasta nuestros tiempos. Refirió la presencia de la hipercinesia en pacientes con antecedente de sufrimiento perinatal, señalando de nuevo la base “orgánica” de esta patología.

En 1934, Kahn y Cohen proponen el término “Síndrome de impulsividad Orgánica” para explicar el origen orgánico del TDAH. Ellos proponen la difusión troncoencefálica como origen de la labilidad psíquica de estos niños y otras patologías conductuales.

Este término es sustituido por el de “Disfunción Cerebral Mínima” por Clements y Peters, apoyando la posibilidad de un origen funcional, con teorías neuroquímicas o neurofisiológicas como base añadida de este trastorno.

El Grupo de Estudio Internacional de Oxford en Neurología Infantil recoge el término “síndrome de disfunción cerebral mínima” para clasificar pacientes con hiperactividad, deterioro perceptivo motor, labilidad emocional, dispraxia, trastorno de atención, impulsividad, déficit de memoria, alteración del aprendizaje, trastorno del lenguaje y audición, signos neurológicos menores y/o electroencefalograma disfuncional.^{1,2}

A partir de 1970, la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-IV), así como la Organización Mundial de La Salud (OMS), en su décima revisión, sustituyeron el término disfunción cerebral mínima por el de “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” (TDAH).

Posteriormente en 1987, Bourneville describió “niños inestables” caracterizados por una inquietud física y psíquica exagerada, una actitud destructiva, a la que se suma un leve retraso mental.

En 1990, Barkley lo definió como “un trastorno del desarrollo caracterizado por niveles de falta de atención sobreactividad e impulsividad inapropiados” desde el punto de vista evolutivo.

Actualmente, de acuerdo con la cuarta edición del DSM-IV, el TDAH es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad, con una duración mínima de seis meses, más frecuente o grave que el observado habitualmente en niños con un grado de desarrollo similar. Algunos de los síntomas deben de haberse presentado antes de los siete años de edad, aunque la mayoría de los niños son diagnosticados cuando tales síntomas son obvios durante años. Debe existir

deterioro en dos ámbitos y debe interferir con el funcionamiento apropiado de la actividad social, académica y laboral.³

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se conoce como trastorno hiperactivo. Los síntomas más frecuentes que se describen son: incapacidad de los pacientes para permanecer quietos, están en movimiento continuo, no pueden esperar a los demás y tienen dificultades para concentrarse.

Los trabajos clínicos realizados por diferentes grupos muestran que el TDAH presenta un elevado grado de agregación familiar los estudios de gemelos ofrecen valores de concordancia entre el 50% y el 80% en gemelos monocigóticos y alrededor del 30% en gemelos dicigóticos, lo que permiten calcular valores de heredabilidad en torno al 60-70%. El TDAH es un trastorno con una etiología compleja causado por la contribución aditiva de varios genes de efecto menor y factores ambientales.⁴

Uno de los aspectos que ha generado entre los clínicos mayor interés y controversia, es la persistencia o no del trastorno más allá de la adolescencia. En la actualidad este aspecto está suficientemente contrastado, ya que los estudios de seguimiento hasta la edad adulta muestran una persistencia del TDAH superior al 50%.

Por otra parte los estudios clínicos han evidenciado que el 15% de los niños con TDAH tiene algún padre con dicho trastorno, mientras que en los hijos de padres con TDAH la prevalencia es de 57%.

Los estudios sobre genética molecular del TDAH incluyen algunos análisis de ligamiento a escala genómica en familias, pero sobre todo estudios de asociación con genes candidatos. Estos últimos se han centrado en los sistemas de neurotransmisión relacionados con la fisiopatología del trastorno con la respuesta favorable a psicofármacos. El sistema de la dopamina es uno de los más

estudiados, y el gen más consistentemente asociado al TDAH es el gen del receptor dopaminérgico D4.

El factor genético más estudiado en el desarrollo de TDAH ha sido el tabaquismo materno en el embarazo, la reciente información sugiere que los niños de las madres que fuman durante el embarazo tienen más probabilidades de desarrollar este trastorno que los niños de madres que no fuman.⁵

Estudios muestran que los miembros de las familias de personas con este trastorno tienen mayor riesgo de desarrollarlo, es decir, los hermanos de estos pacientes tienen de tres a cinco veces mayor posibilidad de presentarlo.⁶

Actualmente el DSM IV distingue tres subtipos de TDAH, combinado, predominio de inatención y de predominio hiperactivo/impulsivo, además exige que la sintomatología se dé en dos o más ambientes diferentes.⁷

La tasa de prevalencia del TDAH es un tema controvertido. Aunque en el DSM IV se establece un intervalo del 3 al 5%, que probablemente sea el valor más aceptado por la comunidad científica, la realidad es que la variabilidad resulta muy elevada, en función de la estrategia utilizada, los criterios clínicos, la edad, el sexo, las características sociodemográficas, los subtipos de TDAH y la comorbilidad.

En lo que se refiere a las diferencias por sexo, se observa claramente predominio del trastorno en los varones de 4:1 en la población normal.

No existe ningún marcador biológico que permita efectuar con certeza el diagnóstico de TDAH. A este se llega por medio del cumplimiento de unos criterios clínicos específicos en aquellos niños en los que existan algunos síntomas de sospecha de la enfermedad.⁸

El diagnóstico de los niños con TDAH depende básicamente de la observación de conductas específicas evaluadas a través de las escalas conductuales y las listas de chequeo con base en los criterios establecidos para el síndrome en el DSM IV ⁹

Se han utilizado escalas de valoración en la evaluación de los síntomas y conductas asociadas al TDAH, entre ellas se encuentran las Escalas de Conners (1989), utilizadas en la evaluación de este trastorno, útil para recoger información de padres y profesores. Dichas escalas constan de un listado de síntomas, existen cuatro versiones, dos extensas y dos abreviadas, son claras y rápidas de responder, además de útiles en primer nivel de atención para que el médico sospeche este padecimiento.¹⁰

Esta escala esta dirigida a padres de familia y profesores, ya que son los encargados de identificar las conductas que presenta el niño en los dos principales ambientes principales en los que se desenvuelve el hogar y la escuela.^{9,10}

Los padres y los profesores son fuentes fiables para identificar conductas que coinciden con los síntomas del TDAH, se ha visto que concuerdan en las observaciones de conductas tales como negativismo, agresión e hiperactividad.

Para corroborar, existen criterios diagnósticos según el DSM-IV y son:¹¹

Déficit de atención:

1. No pone atención a los detalles y comete errores frecuentes por descuido
2. Tiene dificultad para mantener la atención en las tareas y los juegos
3. No parece escuchar lo que se le dice cuando se le habla directamente
4. No sigue las instrucciones, no termina las tareas en la escuela, no termina los recados, a pesar de entenderlos
5. Dificultades para organizar sus tareas y actividades
6. Evita o rechaza realizar tareas que le demanden esfuerzo
7. Pierde sus útiles o cosas necesarias para hacer sus actividades obligatorias

8. Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes
9. Olvidadizo en las actividades de la vida diaria

Hiperactividad-impulsividad:

1. Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado
2. Se levanta del puesto en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado
3. Corretea, trepa... en situaciones inadecuadas
4. Dificultad para relajarse o practicar juegos donde debe permanecer quieto
5. Está continuamente en marcha como si tuviera un motor por dentro
6. Habla excesivamente
7. Contesta o actúa antes de que se terminen de formular las preguntas
8. Tiene dificultad para esperar turnos en los juegos
9. Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás

Interpretación

- 1.- Inatención: 6 o más de los 9 ítems, por más de seis meses
- 2.- Hiperactividad/impulsividad: 6 o más de los 9 ítems, por más de seis meses
- 3.- Algunos de los ítems de 1 o 2 estaban presentes antes de los 7 años
- 4.- Los síntomas crean dificultades en 2 o más lugares (hogar, escuela, etc.)
- 5.- Afectan significativamente la dinámica escolar, familiar y social
- 6.- Los síntomas no son debidos a otros trastornos del desarrollo o de la personalidad.

El TDAH debe ser sospechado por el médico de primer contacto siempre que a través de la familia o el colegio le llegue a la consulta la preocupación por el rendimiento escolar o la conducta. Los controles pediátricos regulares deberían incluir preguntas sobre estos dos aspectos.¹²

Una vez establecida la sospecha, se pueden dedicar diez minutos para revisar, a través de la entrevista, los criterios del DSM IV.

El tratamiento del TDA con o sin hiperactividad debe comenzar con el adecuado diagnóstico o evaluación, en el contexto de una información amplia y comprensible tanto para los padres como para el paciente, según su edad.¹³

Por la variabilidad y diversidad clínica del TDAH las opciones terapéuticas van desde la no intervención hasta la necesidad de intervenciones múltiples. No todos los pacientes inician tratamiento farmacológico, pero en algún momento pueden llegar a necesitarlo. Es importante considerar que nos enfrentamos a un problema crónico de salud y que la dinámica familiar estará afectada en cierto grado, por lo que el tratamiento debe contemplar los ámbitos principales en los que se desenvuelve el paciente.

El tratamiento farmacológico, es la primera opción para el manejo del TDAH. Los psicoestimulantes, son eficaces tanto en la hiperactividad como en la mejoría de los aspectos cognitivos implicados en este trastorno.¹⁴

El mecanismo de acción de los fármacos eficaces para el TDAH actúan incrementando la disponibilidad de dopamina y/o noradrenalina en el espacio intersináptico.

Solo los estimulantes están autorizados actualmente para su empleo en el TDAH y dentro de este grupo terapéutico únicamente el metilfenidato.^{13,14}

Las indicaciones establecidas para estos fármacos incluyen síntomas de TDAH en niños de 6 años o más. Debe considerarse su empleo cuando el paciente cumple los criterios del DSM-IV y el tratamiento psicológico simple es insuficiente.

El empleo de estos fármacos estimulantes tiene algunas limitaciones, algunas familias creen que el problema de su hijo tiene su origen en el contexto de las interrelaciones o en la escuela. La falta de adherencia limita la efectividad del fármaco. A pesar de ser seguro su empleo el fármaco tiene efectos secundarios en algunos pacientes que, en algunos casos, puede ser la causa de que abandone el tratamiento.

El metilfenidato desarrolla su acción inhibiendo la recaptación de las catecolaminas en la neurona presináptica, de esta forma, se incrementa su concentración en el espacio extraneuronal y, por consiguiente, mejora la neurotransmisión postsináptica en el SNC.

Los estimulantes reducen notoria y rápidamente las manifestaciones clínicas más evidentes de inquietud, inatención e impulsividad, mejoran la calidad de las relaciones sociales, disminuyen la agresión y aumentan la obediencia.¹³

Los efectos secundarios más frecuentes son: cefalea, anorexia, trastornos del sueño, irritabilidad, disforia, tristeza o apatía, gastralgia, taquicardia-palpitaciones y leves incrementos de la tensión arterial, son habitualmente leves y reversibles o transitorios, preferentemente al inicio del tratamiento. Cuando persisten, puede ser necesario realizar ajustes, especialmente cuando la respuesta clínica esta siendo favorable.

Los efectos secundarios a mediano y largo plazo son más infrecuentes, pero el médico debe conocerlos, entre ellos se encuentran disminución del crecimiento, el potencial riesgo de drogadicción y los efectos cardiovasculares.

Entre los efectos cardiovasculares se encuentran incremento en la tensión arterial 3 mm Hg y la frecuencia cardíaca alrededor de 5 latidos por minuto, sin que tenga habitualmente repercusión clínica, por lo que se recomienda monitoreo regular de

la tensión arterial y la frecuencia cardiaca cuando se inicia tratamiento con este fármaco.

De considerarse, que los estimulantes están contraindicados en la esquizofrenia, hipertiroidismo, arritmias cardiacas, angina de pecho y glaucoma, así como, cuando ha causado hipersensibilidad.

El metilfenidato se prescribió por primera vez en 1957, produciéndose un gran avance no solo en el tratamiento farmacológico del TDAH, sino en la psicofarmacología pediátrica en general.^{14,15}

Los ensayos clínicos controlados ponen en evidencia que los psicoestimulantes producen mejorías conductuales y cognitivas en el 65-75% de los pacientes.¹⁵

También es evidente la efectividad de la terapia conductual para reducir los síntomas del TDAH, el hecho de no intervenir de forma precoz para la mejoría de algunas conductas, hace que estas no solo no desaparezcan sino que probablemente aumenten. Además de sus ventajas es útil cuando la familia no quiere usar estimulantes o ayudar a disminuir la dosis. Ayuda también a los padres a tener una percepción más positiva de su hijo, pero se aconseja usar las dos alternativas para el tratamiento inicial.¹⁶

El tratamiento conductual tiene como objetivos: reducir algunas conductas del TDAH, ayudando al niño a controlar su movimiento, mejorar la conducta relacionada con la atención (conseguir mayor obediencia o mayor atención ante las tareas escolares), aumentar el autocontrol consiguiendo un pensamiento más reflexivo (reducir la conducta agresiva y las conductas de riesgo).

La terapia conductual tiene una eficacia menor que el tratamiento farmacológico, pero combinada con este se obtienen mayores beneficios que con la medicación sola. Cabe hacer mención, que con la terapia combinada los padres y maestros se

sienten más satisfechos de los resultados obtenidos. Cuando algunos padres rechazan el tratamiento farmacológico, debemos tener presente que siempre será preferible realizar una terapia conductual que no realizar ninguna clase de intervención.¹⁷

Aproximadamente la mitad de los pacientes diagnosticados de TDAH presenta al menos un trastorno psiquiátrico comorbido, entre los que destacan la ansiedad y depresión hasta en 20-45% de niños con TDAH, representa un riesgo mayor que la población infantil sin dicho trastorno.¹⁸

La mayoría de los niños con TDAH presenta algunos síntomas de ansiedad como miedo a dormir solos o separarse de los padres, preocupación excesiva por la salud y el bienestar de su familia, molestias físicas cuando van al colegio, etc., que suelen estar relacionadas con el fracaso escolar y las críticas recibidas de sus padres, amigos y profesores.

Los problemas a largo plazo para los niños con TDAH se relacionan con conductas antisociales, alcoholismo y abuso de otras sustancias. El adolescente y el adulto con TDAH tienen mayor riesgo de desarrollar adicciones y trastornos crónicos como estrés, depresión y agresión.

Ciertas características aumentan la probabilidad de que aparezca comorbilidad y éstas tienen que ver con el paciente (adolescente, edad avanzada al diagnóstico, bajo cociente intelectual, escaso nivel cultural y educativo, trastornos específicos del aprendizaje como trastorno de la lectoescritura y matemáticas).¹⁹

La comorbilidad suele ser una complicación del TDAH no detectada precozmente o no tratada de manera adecuada, por lo que es importante resaltar que el diagnóstico precoz y el inicio de un tratamiento disminuyen el riesgo de comorbilidad.

En un estudio acerca de la prevalencia de enuresis con TDA se encontró un porcentaje de 4.45%, teniendo predominio en los niños en comparación con las niñas.²⁰

También se ha visto que los adolescentes obesos con bulimia tienen alta probabilidad de presentar TDA independientemente que se asocie con síntomas de ansiedad o depresión por lo que se sugiere que en estos pacientes se busque intencionadamente este trastorno.²¹

Es importante mencionar que numerosas investigaciones señalan que el contexto familiar tiene un papel fundamental en el curso del TDAH. La disfunción familiar puede constituir un factor de riesgo que interactúa con la predisposición del niño, y exacerbar la presentación de los síntomas y su continuidad.²²

En un trabajo reciente realizado en nuestro país con 36 familias, han analizado el impacto que producen en el ambiente familiar los niños con TDAH. Los resultados muestran claramente que tener un hijo con este trastorno genera en los padres, sentimientos de ineficacia personal, estrés, frustración, enojo y rechazo, que afectan negativamente a la interacción que mantienen con sus hijos. Por otra parte, el estudio realizado por Kendall con 11 familias de niños hiperactivos destaca que los hermanos manifiestan sentirse influidos por la conducta de su hermano hiperactivo sintiéndose como víctimas, porque se ven obligados por sus padres a ejercer de “cuidadores” o “guardianes” de su hermano y por los sentimientos de tristeza que experimentan.

VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha demostrado que los niños con TDAH, tienen gran problemática en el aprendizaje escolar, no tienen el rendimiento académico exigido para su edad, aunque tenga capacidad y coeficiente intelectual normal, siendo un niño con fracaso escolar.²³

El diagnóstico de TDAH en niños, depende básicamente de la observación de la conducta y rendimiento evaluados a través de las escalas y las listas de cotejo con base en los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.^{9,23}

Se han utilizado varias escalas para detectar las conductas asociadas al TDAH, entre ellas se encuentra la escala de Conners, con la que se recoge información de padres y profesores en primer nivel de atención ya que de una manera rápida el médico de primer contacto puede sospechar este padecimiento.¹⁰

El problema de niños no diagnosticados y no tratados, tiene repercusión a mediano y largo plazo, con disminución en el rendimiento escolar y repercusiones en la esfera social y emocional, con rechazo social, alteraciones de la conducta y abuso de drogas.

Por lo que se plantea la siguiente pregunta:

¿Se puede detectar TDAH mediante la escala de Conners en niños de 6 a 9 años de edad?

IX. JUSTIFICACIÓN

El TDAH es la enfermedad psiquiátrica crónica más frecuente en la edad pediátrica.²⁵ El DSM IV estima que la prevalencia de TDAH en niños en edad escolar oscila del 3 al 5%.²³

El diagnóstico oportuno y una intervención terapéutica multidisciplinaria adecuada van a permitir el desarrollo normal de estos niños. Existen varios instrumentos utilizados para sospechar el TDAH, la escala de Conners se dirige a los padres de familia y a los profesores, para que sean ellos los encargados de identificar las conductas que pueden presentar los niños en el hogar y en la escuela, es sencilla y rápida de contestar.⁹

Es un problema clínico y de salud pública importante en términos de morbilidad y disfuncionalidad, que se extiende desde la infancia a la adolescencia y en ocasiones hasta la vida adulta.

A pesar de su importante divulgación, la atención al niño con TDAH sigue dispersa entre disciplinas médicas y psicológicas.²⁴

En nuestra unidad de 17,014 niños de 6 a 9 años de edad registrados en el 2008 solo 18 de ellos tiene diagnóstico de TDA. (Base de datos del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Michoacán, Unidad de Medicina Familiar No. 80)

Un niño de 6 a 9 años de edad que presenta síntomas compatibles con inatención, hiperactividad, impulsividad, bajo rendimiento académico o problemas conductuales, el médico de primer nivel de atención debe iniciar una evaluación para el diagnóstico de TDAH, o bien, debe sospecharse siempre que la familia o el profesor exprese la preocupación por el rendimiento escolar o la conducta de un niño.⁹

X. OBJETIVOS

Objetivo general:

Detectar TDAH mediante la escala de Conners en niños de 6 a 9 años de edad.

Objetivos específicos:

Conocer el índice de hiperactividad y desatención valorado por los padres para sospechar TDAH en niños de 6 a 9 años de edad.

Determinar el índice de hiperactividad y desatención valorado por los profesores para sospechar TDAH en niños de 6 a 9 años de edad.

Conocer la frecuencia de niños de TDAH.

XI. MATERIAL Y METODOS

Estudio: observacional, transversal, descriptivo.

Tipo: encuesta.

Población de estudio: se tomaron el total de niños de 6 a 9 años inscritos en la escuela primaria “Adolfo López Mateos”, siendo elegida esta escuela por su fácil acceso, por el apoyo de las autoridades, por la participación de los profesores y padres de familia al contestar las encuestas y se consideró como representativa de la sociedad de Morelia.

Tamaño de muestra: muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- 1) Niños de 6 a 9 años de edad, ambos sexos, inscritos en la escuela primaria “Adolfo López Mateos”.
- 2) Padres y profesores de niños de 6 a 9 años de edad, que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de no inclusión:

- 1) Niños con diagnóstico de patología neurológica o psiquiátrica.

Criterios de exclusión:

- 1) Padres y profesores que no desearon continuar con la encuesta.
- 2) Encuestas incompletas.

Definición de variables:

Variable dependiente:

Escala de Conners: instrumento utilizado en la evaluación del trastorno de déficit de atención, donde se valora la conducta de los niños en el hogar y en la escuela, contestando a cada una de las aseveraciones nada, poco, bastante y mucho, posteriormente se suma la puntuación y dependiente de esta se sospecha o no de dicho trastorno.

Variable independiente:

Trastorno de déficit de atención: es una enfermedad psiquiátrica crónica, que tiene un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad, con una duración mínima de seis meses, más frecuente o grave que el observado habitualmente en niños con un grado de desarrollo similar.

Metodología:

Se seleccionó la escuela primaria “Adolfo López Mateos” debido a la accesibilidad y las facilidades prestadas por las autoridades, se identificaron a todos los niños inscritos de 6 a 9 años de edad, se solicitó autorización con las autoridades de la escuela para realizar las encuestas (anexo I), posteriormente se entrevistó a los profesores para solicitar su consentimiento informado por escrito (anexo II), una vez que los profesores aceptaron, se citaron a los padres de familia a una reunión por grupo, en la que se les informó ampliamente del estudio, se aclararon dudas y se les solicitó el consentimiento informado, posteriormente se les entregó la escala de Conners (anexo III), la cual contestaron en ese momento, al término de la reunión se les explicó a los padres que una vez analizadas las encuestas se les informaría el resultado. A los profesores por su parte, se les hizo entrega de la escala de Conners para profesores (anexo IV), la cual se llevaron para contestar detenidamente de acuerdo a la conducta de los alumnos en este ámbito, se recabaron una semana después.

El instrumento utilizado fue la escala de Conners abreviada que consta de 10 reactivos en escala tipo Likert, para las opciones de respuesta nada = 0, poco = 1, bastante = 2 y mucho = 3, una vez recolectadas las encuestas de profesores y padres, se obtuvo un puntaje total con la suma de las respuestas de cada reactivo, interpretándose que a mayor puntaje mayor sospecha. El punto de corte para sospecha de TDA en niños fue arriba de 16 puntos y para niñas arriba de 12 puntos, siendo las categorías por debajo de estas los niños sin sospecha.

Una vez obtenido las puntuaciones e identificado los niños que resultaron con índice de sospecha, se realizó una reunión con los padres de estos alumnos y se les explicó que debían ser evaluados por un neurólogo o psiquiatra para confirmar el diagnóstico.

Análisis estadístico:

Se utilizó estadística descriptiva en términos de media más menos error estándar para las variables continuas, para las variables discretas se utilizaron frecuencias y porcentajes.

Para asociar las variables de características discretas se utilizó el estadístico de prueba no paramétrica χ^2 cuadrada además del estadístico Kappa para analizar la concordancia entre los profesores y padres.

Para contrastar la opinión tanto de profesores como de los padres en cuanto al género se utilizó el modelo t de student para modelo independiente.

Con la finalidad de analizar el puntaje del instrumento TDA para los profesores y padres se llevo a cabo un análisis de varianza mediante un modelo general lineal de dos vías con la finalidad de buscar la interacción entre el género y la edad, para ello se armaron las múltiples comparaciones mediante el comando L matrix. Los valores estadísticamente significativos fueron aquellos para los cuales el p valor asocio a un valor de probabilidad menor a 0.05.

Los resultados se presentaron en tablas de contingencia.

El proceso de datos se realizo con el software estadístico SPSS versión 15.0.

Consideraciones éticas:

El protocolo cumplió con los Lineamientos Internacionales en materia de Investigación estipulados en la Declaración de Helsinki y en la Norma Oficial Mexicana en Materia de Investigación Clínica, considerando como principio básico el respeto al individuo, así como su derecho de autonomía al tomar decisiones informadas, buscando siempre el beneficio del paciente respetando su derecho de retirarse del estudio, en este caso de no contestar o continuar contestando la encuesta que se les dio ya que todo fue de manera voluntaria y los datos obtenidos siempre se manejaron de manera confidencial.

Fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación N° 1602, del HGR N° 1 del IMSS en Morelia, Michoacán, se pidió autorización a las autoridades de la escuela para la entrevista con los profesores y padres (Anexo I), se solicitó consentimiento informado por escrito a padres y profesores que contestaron la encuesta.(Anexo II)

XI. RESULTADOS

Se incluyeron un total de 281 niños, de los cuales 138 (49.1%) fueron masculinos y 143 (50.9%) femeninos, cuyo promedio de edad fue de 7.23 ± 0.09 y 7.05 ± 0.08 respectivamente, dicha edad fue homogénea en la muestra ($t=1.451$, $gl=279$, $sig=.148$), el rango de edad fue de 6 a 9 años y se entrevistaron de primero a cuarto año de primaria. (Cuadro I)

Cuadro I.- Características de la población, de acuerdo a género, edad y grado escolar.

Variable	n	Porcentaje (%)
Género		
Masculino	138	49.1
Femenino	143	50.9
Edad		
6 años	101	35.9
7 años	79	28.1
8 años	62	22.1
9 años	39	13.9
Grado		
Primero	101	35.9
Segundo	79	28.1
Tercero	67	23.8
Cuarto	34	12.1

Se encontró un índice de sospecha de acuerdo a las encuestas realizadas por los profesores de 16 niños (5.7%), de los cuales fueron 9 (3.2%) niños y 7 (2.5%) niñas, en lo que respecta a los padres se encontraron 8 (2.8%) niños y 5 (1.8%) niñas para un total de 13 (4.6%), los 13 detectados por los padres se incluyen en los 16 de los profesores, de estos 16 niños, se confirmó el diagnóstico por un neurólogo o psiquiatra en 12 (4.27%).

Se efectuó análisis de fiabilidad mediante el estadístico alfa de Cronbach al instrumento respondido por los profesores, aportó un valor de .866 y .869 el de los padres. Se empleó como un segundo método de confiabilidad el método de mitades de Spearman-Brown obteniendo un valor de .873 para profesores y .893 para padres, el método de Guttman reafirmó los valores.

Con la finalidad de observar la concordancia entre la opinión del profesor y del padre se utilizó una tabla de contingencia que ilustró ambas categorías la de con y sin sospecha bajo un planteamiento de hipótesis que la opinión del profesor era independiente de la opinión del padre, lo cual resultó ser no cierto ($\chi^2 = 225.75$, $gl=1$, $sig=.000$), pues ambas opiniones resultaron ser no independientes. Para ello utilizamos el estadístico Kappa que aportó un valor positivo de $K=.891$, lo cual nos hace ver que hay concordancia ($K \geq .75$ excelente reproducibilidad).

Cuadro II.- Contraste por género de acuerdo a Escala de Connors para cada grupo de edad. Encuesta en profesores.

Edad	n	Hombres <i>X ± E.E.</i>	n	Mujeres <i>X ± E.E.</i>	sig
6	46	7.96±0.95	55	5.71±0.61	.050
7	38	6.11±0.76	41	2.61±0.51	.000*
8	30	8.93±1.21	32	3.41±0.62	.000*
9	24	9.63±1.04	15	6.47±0.88	.042

*($p < 0.05$)

Al contrastar la encuesta por género con el uso del modelo de *t* de student tanto para la opinión de los profesores como para los padres, se observó en la opinión de los primeros la diferencia significativa asociada al género determinan que el

mayor trastorno lo tienen los varones de 7 a 9 años de edad, siendo muy similar la opinión de los padres, solo que el puntaje promedio es a favor de los varones es un poco más bajo que los otros pero con significancia estadística. (Cuadro II y III)

Cuadro III.- Contraste por género de acuerdo a Escala de Conners para cada grupo de edad. Encuesta en padres.

Edad	n	Hombres $\bar{X} \pm E.E.$	n	Mujeres $\bar{X} \pm E.E.$	sig
6	46	7.91±0.87	55	6.04±0.57	.076
7	38	5.89±0.61	41	2.90±0.44	.000*
8	30	8.73±1.05	32	4.44±0.47	.001*
9	24	9.67±0.94	15	6.13±0.94	.017

*($p < 0.05$)

En el entendido de que a mayor puntaje mayor sospecha de TDA y para una mejor interpretación de la interacción entre las variables de edad y género se efectuaron todas las comparaciones; la variabilidad por género en cada edad e independientemente para cada género las múltiples comparaciones entre las diferentes edades. El esquema de comparación de las medias fue el promedio del grupo de edad menos el promedio del grupo de edad siguiente.

En la opinión de los padres los niños de 7 años son los menos indicados para un riesgo de TDA puesto que tienen el menor promedio de puntaje que todas las demás edades (Cuadro IV), además que su contraste con el resto de las edades es significativo.

Cuadro IV.- Puntajes promedios con su respectivo error estándar para establecer las múltiples comparaciones entre los diferentes grupos de edad. Encuesta a padres sobre los varones. De acuerdo a L matrix.

	6 años n=46 <i>X ± E.E.</i>	7 años n=38 <i>X ± E.E.</i>	8 años n=30 <i>X ± E.E.</i>	9 años n=24 <i>X ± E.E.</i>
6 años	7.91±0.8	.037	.428	.115
7 años		5.89±0.6	.009	.001
8 años			8.73±1.05	.440
9 años				9.67±0.9

En la opinión respecto a las niñas de igual manera las niñas de 7 años tienen el menor valor promedio que el resto de las edades solo que aquí hay que destacar que a diferencia de los varones las niñas de 8 años tienen el segundo valor promedio más bajo (Cuadro V).

Cuadro V.- Puntajes promedios con su respectivo error estándar para establecer las múltiples comparaciones entre los diferentes grupos de edad. Encuesta a padres sobre las mujeres. De acuerdo a L matrix.

	6 años n=55 <i>X ± E.E.</i>	7 años n=41 <i>X ± E.E.</i>	8 años n=32 <i>X ± E.E.</i>	9 años n=15 <i>X ± E.E.</i>
6 años	6.04±0.6	.001	.104	.940
7 años		2.90±0.4	.141	.016
8 años			4.44±0.4	.219
9 años				6.13±0.9

En la opinión del profesor respecto a los niños, nuevamente el grupo de 7 años vuelve a obtener el valor promedio más bajo, en cambio en la opinión hacia las mujeres además de ser el mismo grupo de edad 7 años con puntaje más bajo y nuevamente el grupo de 8 años es el segundo promedio más bajo. (Cuadro VI)

Cuadro VI.- Puntajes promedios con su respectivo error estándar para establecer las múltiples comparaciones entre los diferentes grupos de edad. Encuesta a profesores sobre los varones. De acuerdo a L matrix.

	6 años n=46 <i>X ± E.E.</i>	7 años n=38 <i>X ± E.E.</i>	8 años n=30 <i>X ± E.E.</i>	9 años n=24 <i>X ± E.E.</i>
6 años	7.96±0.9	.088	.400	.181
7 años		6.11±0.7	.020	.007
8 años			8.93±1.2	.609
9 años				9.63±1.0

Para los profesores concluimos en su opinión las mujeres son las que tienen más variabilidad a pesar de que los varones son los que tienen más riesgo de TDA. (Cuadro VII).

Cuadro VII.- Puntajes promedios con su respectivo error estándar para establecer las múltiples comparaciones entre los diferentes grupos de edad. Encuesta a profesores sobre las mujeres. De acuerdo a L matrix.

	6 años n=55 <i>X ± E.E.</i>	7 años n=41 <i>X ± E.E.</i>	8 años n=32 <i>X ± E.E.</i>	9 años n=15 <i>X ± E.E.</i>
6 años	5.71±0.6	.003	.037	.599
7 años		2.61±0.5	.495	.010
8 años			3.41±0.6	.049
9 años				6.47±0.8

XII. DISCUSION

En nuestro estudio con la aplicación de la escala de Connors para sospecha de TDAH reportó un índice de 5.7%, en la encuesta por profesores, en lo que respecta a los padres fue de 4.6% del total de la muestra, nos reflejó una prevalencia de 4.27%, ya que se confirmó el diagnóstico en 12 niños de la muestra total, siendo similar al porcentaje que reporta el DSM IV del 3 al 5% que hasta ahora es la cifra más aceptada,¹¹ predominando en varones, cabe mencionar que el instrumento respondido por los profesores aportó un valor de .866 y el de los padres de .869 mediante el estadístico alfa de Cronbach. Existen varios estudios donde reportan prevalencia de TDAH, entre ellos el que se realizó en la Isla de Mallorca que resultó con una prevalencia de 4.57% sin diferencias significativas en cuanto al género,⁷ a diferencia del de Venezuela donde reportó una prevalencia estimada de 7.19% con predominio en el género femenino. Por su parte, Colombia reflejó una prevalencia del 17% en algunas poblaciones, sin embargo, en Bogotá reportan una cifra de 5.4%²⁷, quizá se deba a los criterios utilizados o a los informantes. Otro estudio realizado con adolescentes reportó una prevalencia de 8.5%, nuevamente con predominio en varones²⁸, similar a lo que se encontró en diferentes poblaciones españolas, con prevalencia de 6.66%,²⁹ en otra se encontraron 20(9%) niños de la muestra con diagnóstico de TDAH, de los cuales el 95% presentaba algún tipo de dificultad escolar.³⁰

Por otra parte, en nuestro trabajo se observó concordancia entre la opinión de padres y profesores, de acuerdo a las encuestas aplicadas respectivamente, confirmado con el estadístico Kappa que nos aportó un valor de .891, estos resultados son similares a los que se encontraron en Oklahoma, donde se observó esta concordancia teniendo solo ligera discrepancia respecto a los subtipos de TDA.³ En un proyecto sobre la percepción de los maestros sobre el TDA en Bogotá, mostró que los profesores perciben que 31% del total de alumnos podrían tener problemas de atención, con predominio en varones³¹, la percepción y/o opinión de los profesores en este problema es valiosa para sospechar y derivar

oportunamente para confirmar el diagnóstico e iniciar tratamiento con la finalidad de que estos pacientes tengan mejor calidad de vida, menor fracaso escolar y mayor aceptación en la sociedad. Nuevamente en España, utilizando la escala llamada ADHD Rating Scale IV se reportó que no existen diferencias importantes entre la opinión de padres y madres respecto a la conducta de sus hijos pero sí diferencia entre esta opinión con la de los profesores, consideran que se debe a que se tomaron en cuenta la opinión de los dos padres, a los grupos de edad y la cultura de cada país, o bien que exista mayor sensibilización en los padres, en contraste con los profesores que se pueden mostrar cautelosos al opinar sobre los síntomas de TDA en los niños³², sin embargo en trabajos recientes sobre gemelos concluyeron que si existen diferencias en la opinión de padres y profesores siendo más alta la puntuación de los padres³³, otros autores también observaron mayor sensibilidad en las escalas de padres³⁴, en un estudio más, encontraron que los padres tienden a sobrediagnosticar TDAH.³⁵

Al realizar en nuestro proyecto la interacción sobre el género y la edad resultó predominio en varones, respecto a la edad existe mayor riesgo en alumnos de 9 años tanto hombres como mujeres, por lo que los médicos al tener a un escolar en el consultorio deben investigar sobre su conducta a fin de detectar tempranamente alguna alteración, en lo que respecta a los valores más bajos estos se encontraron en alumnos de 7 años, en estudios revisados la prevalencia de este trastorno aumenta con la edad para encontrar un pico entre los 6 y 11 años con un descenso en los extremos, lo que puede estar asociado con el aumento de la exigencia académica.

Por último, la escala de Conners mostró confiabilidad en ambas opiniones, aunque existen varios instrumentos para sospechar TDA lo importante es detectarlos y confirmar el diagnóstico oportunamente para evitar las repercusiones, siendo importante la valoración por neurólogo y/o psiquiatra, ya que se ha encontrado falsos positivos en diagnósticos realizados por pediatras.³⁶

CONCLUSIONES

La escala de Conners para profesores y padres fue un instrumento útil, rápido y sencillo para detectar trastorno de déficit de atención en niños de 6 a 9 años de edad.

La opinión de los profesores y padres resultó concordante sobre la conducta de sus hijos, ya que al responder las encuestas el índice de sospecha fue muy similar.

Respecto a la relación por género, predominó en varones.

Se confirmó por neurólogo o psiquiatra, TDAH en 12 niños (4.27%), de acuerdo al DSM IV.

Sobre la interacción de la edad se encontró que a mayor edad, mayor índice de sospecha de TDAH, en este caso en niños de 9 años.

Actualmente los niños en los que se confirmó el diagnóstico TDAH, están en control médico.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Realizar un estudio con rango de edad más amplio, de 6 a 12 años, para incluir hasta sexto grado.

En proyectos similares realizar relación con rendimiento escolar, antecedentes perinatales o bien, con funcionalidad familiar.

El médico familiar debe detectar de manera integral a niños con sospecha de TDAH y derivarlos al servicio de neurología o psiquiatría para confirmar el diagnóstico.

Mayor difusión y utilización de la escala de Conners a médicos familiares, grupos educativos y de autoayuda en trabajo medico social para sospechar TDAH.

Realizar derivación y diagnóstico oportuno, con el fin de evitar complicaciones o repercusiones familiares, sociales y académicas, utilizarlas cuando se detecte un niño con problemas conductuales o bajo rendimiento escolar, así como incluir la información a los padres en las acciones en escolares, a fin de que ellos lo conozcan e identifiquen.

Por todo lo anterior, es de insistir que en todas las unidades de Medicina Familiar puede utilizarse esta encuesta para sospechar TDAH, pudiéndose aplicar por el médico, enfermera, trabajadora social, en sus diferentes actividades, a fin de, detectar oportunamente a estos niños y sean derivados para su confirmación diagnóstica, con ello iniciar tratamiento y evitar complicaciones y repercusiones en su dinámica familiar, rendimiento académico y entorno social.

XVIII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Fernández-Jaén A. Trastorno de hiperactividad y déficit de atención. Definición. Aspectos históricos. En: Fernández-Jaén, A; Calleja Pérez B. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. (En línea) (Fecha de último acceso 12 de noviembre de 2008). URL disponible en:
www.educa.madrid.org/portal/planeducamadrid/pdf/maletín/anshdo.pdf
- 2.- López JA, Serrano I, Delgado J, Cañas MT, Gil-Diez C, Sánchez MI. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: evolución en dimensiones clínicas, cognitivas, académicas y relacionales. *Asoc Esp Neuropsiq* 2004;24:63-80
- 3.- Wolraich M, Lambert E, Bickman L, Simmons T, Doffing M, Worley K. Assessing the impact of parent and teacher agreement on diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder. *J Dev Behav Pediatr* 2004;1(25):41-47
- 4.- Ramos-Quiroga JA, Ribasés-Haro M, Bosch-Munsó R, Cormand-Rifa B, Casas M. Avances genéticos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol* 2007;44Supl3:51-52
- 5.- Kollins S, Garrett M, McClernon J, Lachiewicz A, Morrissey E, FitzGerald D, et al. Effects of postnatal parental smoking on parent and teacher ratings of ADHD and oppositional symptoms. *J Nerv Ment Dis* 2009;6(197):442-449
- 6.- Mulder M, Baeyens D, Davidson M, Casey BJ, Van E, Van H, et al. Familial vulnerability to ADHD affects activity in the cerebellum in addition to the prefrontal systems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47(1):68-75
- 7.- Cardo E, Servera M, Llobera J. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Rev Neurol* 2007;44(1):10-14

- 8.- Buñuel JC. Diagnóstico del trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad. Una visión desde la evidencia científica. *Pediatr Aten Primaria* 2006;8Supl4:25-37
- 9.- Ortiz-Luna JA, Acle-Tomasini G. Diferencias entre padres y maestros en la identificación de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños mexicanos. *Rev Neurol* 2006;42(1):17-21
- 10.- Amador JA, Idiázabal MA, Sangorrin J, Espadaler JM, Fornis M. Utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema* 2002;2(14):350-356
- 11.- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)* Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- 12.- Artigas J. El trastorno de déficit de atención/hiperactividad en la consulta pediátrica. Algunas sugerencias. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006;8Supl4:115-133
- 13.- Txakartegi X, Fernández M. Tratamiento del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en atención primaria: tratamiento farmacológico con metilfenidato y opciones no farmacológicas. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006;8Supl4:39-55
- 14.- Díaz J. Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Psiquiatr Psicol Niño Adolesc* 2006;6(1):20-43
- 15.- Gorman EB, Klorman R, Thatcher JE, Borgstedt AD;. Effects of methylphenidate on subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:808-816

- 16.- Rubio I, Mena B, Murillo B. El pediatra y la familia de un niño con TDAH. Rev Pediatr Aten Primaria 2006;8Supl4:199-216
- 17.- Eddy L. Intervenciones no farmacológicas en el entorno familiar de niños con trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad. Rev Pediatr Aten Primaria 2006;8Supl4:57-67
- 18.- Diez A, Figueroa A, Soutullo C. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. Rev Pediatr Aten Primaria 2006;8Supl 4:135-155
- 19.- Levy F, Hay DA, Bennett KS, Mc Stephen M. Gender differences in ADHA subtype comorbidity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005;44(4):368-376
- 20.- Shreeram S, Jian-Ping H, Kalaydjian A, Brothers S, Ries K. Prevalence of enuresis and its association with attention-deficit/hyperactivity disorder among U.S. children: results from a nationally representative study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009;48(1):35-41
- 21.- Cortese S, Isnard P, Frelut M, Michel G, Quantin L, Guedeney A, et al. Association between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and bulimic behaviors in a clinical sample of severely obese adolescents. Int J Obes 2007;31:340-346
- 22.- Herrero M, García-Castellar R, Miranda-Casas A, Siegenthaler-Hierro R, Jara-Jiménez P. Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. Rev Neurol 2006;42(3):137-143
- 23.- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. 2007;14(24):1-4

24.- Fernández M, López MM. El pediatra de atención primaria y el trastorno por déficit de atención o sin hiperactividad. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría Madrid 2004:123-152.

25.- Fernández M, López MM. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad: manejo pediátrico. Bol Pediatr 2006;46:249-257

26.- Montiel C, Peña JA, López M, Salas M, Zurga JR, Montiel I, et al. Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños Marabinos. Rev Neurol 2002;35(11):1019-1024

27.- Vélez A, Talero C, González R, Ibáñez M. Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de escuelas de Bogotá, Colombia. Acta Neurol Colomb 2008;1(24):6-12

28.- Smalley S, McGough J, Moilanen I, Loo S, Taanila A, Ebeling H, et al. Prevalence and psychiatric comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in an adolescent finnish population. J Am Child Adolesc Psychiatry 2007;46(12):1575-1583

29.- Rodríguez L, López JA, Garrido M, Sacristán A, Martínez M, Ruíz. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). Rev Pediatr Aten Primaria 2009;11:251-270

30.- García M, López J, Blasco M. El pediatra de atención primaria en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Planteamiento tras un estudio de población. Rev Neurol 2005;41(2):75-80

- 31.- Talero C, Espinosa A, Vélez A. Trastorno de atención en las escuelas públicas de una localidad de Bogotá: percepción de los maestros. Rev Fac Med Univ Nac Colomb 2005;4(53):212-218
- 32.- Servera M, Cardo E. ADHD rating scale IV en una muestra escolar española: datos normativos y consistencia interna para maestros, padres y madres. Rev Neurol 2007;45(7):393-399
- 33.- Hartman CA, Rhee SH, Willcutt EG, Pennington BF. Modeling rather disagreement for ADHD: are parents or teachers biased? J Abnorm Child Psychol 2007;35:536-542
- 34.- Bohnstedt BN, Kronenberger WG, Dunn DW, Giauque AL, Wood EA, Rembusch ME, et al. Investigator ratings of ADHD symptoms during a randomized, placebo-controlled trial of atomoxetine: a comparison of parents and teachers as informants. J Atten Disord 2005;8:153-159
35. Tripp G, Schaugency EA, Clarke B. Parent and teacher rating scales in the evaluation of attention-deficit hyperactivity disorder: contribution to diagnosis and differential diagnosis in clinically referred children. J Dev Behav Pediatr 2006; 27:209-218
- 36.- Morán I, Navarro F, Robles F, Salesa A. Validez del diagnóstico clínico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en las derivaciones de pediatría a la consulta de psiquiatría infantil. Aten Primaria 2008;40(1):29-33

Anexo I

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR

Morelia, Mich.; a de de 200

**DIRECTOR(A) DE LA ESC. PRIM.
"ADOLFO LOPEZ MATEOS"
PRESENTE**

Por este medio, la que suscribe Dra. Yurixhi Cancino Estrada, residente de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, me dirijo a Usted para solicitar su autorización para realizar una encuesta a padres de familia y profesores sobre la conducta de los alumnos de primer a cuarto grado, con edades entre 6 y 9 años, de la institución a su cargo, con la finalidad de realizar mi trabajo de tesis.

Sin otro particular y agradeciendo de antemano su atención, reciba un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e

DR. JAVIER RUIZ GARCIA
Coordinador en Educación e
Investigación en salud

DRA. YURIXHI CANCINO ESTRADA
Residente de Medicina Familiar



Anexo II

Carta de Consentimiento Informado

Morelia, Michoacán a ____ de _____ de 200_

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: aplicación de la Escala de Conners para sospecha de trastorno de déficit de atención en niños de 6 a 9 años de edad.

Registrado ante el Comité Local de Investigación con el número: 2008-1602-25

El objetivo del estudio es: detectar trastorno de déficit de atención mediante la escala de Conners en niños de 6 a 9 años de edad.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar una encuesta sobre la conducta de mi hijo.

Declaro que se me ha informado sobre los posibles beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son: detectar oportunamente el trastorno y derivarlo al neurólogo y/o psiquiatra para confirmar diagnóstico e iniciar tratamiento.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y Firma del paciente

Anexo III

Cuestionario de conducta de CONNERS para PADRES

INDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES				
	Nada	Poco	Bastant	Mucho
1.Es impulsivo, irritable				
2.Es llorón/a				
3.Es más movido de lo normal				
4.No puede estarse quieto/a				
5.Es destructor (ropa, juguetes, otros)				
6.No acaba las cosas que empieza				
7.Se distrae fácilmente, tiene escasa atención				
8.Cambia bruscamente de estado de ánimo				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente				
10.Suele molestar frecuentemente a otros niño				
TOTAL:				

INSTRUCCIONES:

Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS

POCO = 1 PUNTO

BASTANTE = 2 PUNTOS

MUCHO = 3 PUNTOS

Anexo IV

Cuestionario de conducta de CONNERS para PROFESORES

INDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES				
	Nada	Poco	Bastant	Mucho
1.Tiene excesiva inquietud motora				
2.Tiene explosiones impredecibles de mal genio				
3.Se distrae fácilmente, tiene escasa atención				
4.Molesta frecuentemente a otros niños				
5.Tiene aspecto enfadado, uraño				
6.Cambia bruscamente sus estados de ánimo				
7.Intranquilo, siempre en movimiento				
8.Es impulsivo, irritable				
9.No termina las tareas que empieza				
10.Sus esfuerzos se frustan fácilmente				
TOTAL:				

INSTRUCCIONES:

Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS

POCO = 1 PUNTO

BASTANTE = 2 PUNTOS

MUCHO = 3 PUNTOS