

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

“EL NIÑO CON DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD”

(Estudio descriptivo en niños que en 1997 cursaron primer grado en la Escuela Nacional Rural Mixta Santo Tomás Milpas Altas, Departamento de Sacatepéquez; realizado durante los meses de Septiembre-Diciembre 1997 y Enero 1998.)

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de San Carlos de Guatemala
por:

Maria Maria Anleu Hernandez

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, marzo de 1998.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

05
T(7793)
C.4

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE:

El(la) Bachiller MARIA MARIA ANLEU HERNANDEZ

Carnet Universitario No. 92-10816

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al título de Médico y Cirujano,
el trabajo de tesis titulado

EL NIÑO CON DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD

trabajo asesorado por:


Doctor: RICARDO PELAEZ TURTON

y revisado por:


Doctor: ALLAN JACOBO RUANO FERNANDEZ

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la presente
ORDEN DE IMPRESION.

Guatemala, 16 de febrero de 1998


Dr. Antonio Palacios López
Coordinador Unidad de Tesis

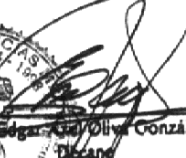



Director Centro de Investigaciones de las Ciencias de Salud



IMPRIMASE:




Dr. Edgar Gal Oliva González
Decano



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 16 de febrero de 1998.

Doctor:
Antonio Palacios López
Coordinador Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas

Se le informa que el BACHILLER

MARIA MARIA ANLEU HERNANDEZ

Nombres y apellidos completos

Carnet No.: 92-10816 ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

EL NIÑO CON DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD

Del cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenidos, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

Maria Maria Anleu Hernandez
Firma del estudiante

Dr. Ricardo Pelaez Turton

F. Asesor
Nombre completo y sello

DR. RICARDO PELAEZ TURTON
MEDICO Y CIRUJANO
C.C.L. 9078

Dr. Allan Jacobo Ruano

F. Revisor
Nombre completo y sello 18521
Reg. Personal

Dr. Allan Jacobo Ruano Fernández
MEDICO Y CIRUJANO
F. PERSONAL 18521
BOLETADE 7048

Dr. Allan Jacobo Ruano Fernández

F. PERSONAL 18521
BOLETADE 7048



APROBACION INFORME FINAL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

OF. No. 185-97

Guatemala, 16 de febrero de 1998.

BACHILLER:
MARIA MARIA ANLEU HERNANDEZ
CARNET No. 92-10816
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos

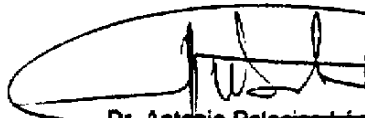
Por este medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis, titulado:
EL NIÑO CON DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD

ha sido RECIBIDO, y luego de REVISADO se ha establecido que cumple con los requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por lo que es autorizado para completar los trámites previos a su graduación.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

"DID Y ENSEÑAR A TODOS"


Dr. Antonio Palacios López
Coordinador Unidad de Tesis

NOTA: La información y conceptos contenidos en el presente trabajo es responsabilidad única del autor.

APL/jvv.

TABLA DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCION.....	3
II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA.....	4
III. JUSTIFICACION.....	6
IV. OBJETIVOS.....	7
V. MARCO TEORICO.....	8
A. DEFINICION.....	8
B. EPIDEMIOLOGIA.....	9
C. ETIOLOGIA.....	9
D. CARACTERISTICAS CLINICAS.....	11
E. DIAGNOSTICO.....	12
F. REPERCUSIONES.....	15
G. MANEJO.....	16
H. PRONOSTICO Y EVOLUCION.....	19
VI. METODOLOGIA.....	20
VII. PRESENTACION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	23
VIII. CONCLUSIONES.....	29
IX. RECOMENDACIONES.....	30
X. RESUMEN.....	31
XI. BIBLIOGRAFIA.....	32
XII. ANEXOS.....	34

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 Biblioteca Central

I. INTRODUCCION

El Niño con Déficit de Atención e Hiperactividad es aquel niño que se caracteriza por una capacidad de atención inapropiada o características no apropiadas para la edad de hiperactividad e impulsividad o ambas. La prevalencia varía entre 1-20% y se reporta mayor en grupos socioeconómicos bajos, sin embargo no hay mayores estudios de esta índole en Guatemala. Generalmente el diagnóstico se realiza hasta que el niño entra a la escuela, en donde la situación requiere de patrones de conducta estructurados.

Para realizar el diagnóstico se utiliza la información proporcionada por los padres y los maestros quienes son los que comparten más tiempo con el niño y debido a que falta el autoreporte de los niños. Existen diversos instrumentos de evaluación, uno de ellos es el creado por Jonah Taylor Ph.D., en donde tanto el padre como el maestro evalúa el comportamiento de el niño. Instrumento utilizado en este estudio importante es el diagnóstico temprano ya que esta patología incide en el rendimiento de el niño tanto en la escuela como en el hogar trayendo consecuencias a largo y corto plazo. Dentro de estas se pueden mencionar los problemas emocionales como resultado de fracasos y frustraciones, disfunciones familiares y mal rendimiento escolar.

El presente estudio se realizó en 119 niños de primer grado de la Escuela Nacional Rural Mixta de Santo Tomás Milpas Altas, departamento de Sacatepéquez para determinar la frecuencia de la patología en mención. Se encontraron 14 casos, lo que representa un 11.7%, siendo más afectado el sexo masculino. De estos 14 niños, 9 presentaron un grado de hiperactividad moderado a severo y 9 eran repitentes. Se pudo observar que podría existir cierta relación entre el grado de hiperactividad, el promedio académico matemático y la frecuencia de repitencia. En 12 de los 14 casos los padres reportaron ciertas conductas de hiperactividad e impulsividad desde que eran muy pequeños sus hijos. Esto indica que brindándoles conocimientos de esta patología podrían ayudar a detectar desde muy temprana edad para darles el manejo adecuado.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Se define a un niño con Déficit de Atención e Hiperactividad a aquel que se caracteriza por una capacidad de atención inapropiada o características no apropiadas para la edad de hiperactividad e impulsividad o ambas. (13,8,12,25) Este trastorno se clasifica según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV, entre los desórdenes de déficit de atención y de conducta perturbadora. Este a su vez se subdivide en tres: tipo con predominio de falta de atención, con predominio de hiperactividad/impulsividad y combinado. (13,11,12,8)

Las causas de este trastorno no están bien establecidas, (8,11,13,7,25) se han propuesto entre ellos: herencia, prematuridad, daño al SNC fetal, factores en la dieta, trauma, factores neuroquímicos y neurofisiológicos y psicosociales. (7,8,13,11) Es más común en niños de clase socioeconómica baja. (8,12,11,7,13)

Es más evidente en la escuela y en el hogar. A pesar que el inicio de ella es generalmente a los 3 años de edad, el diagnóstico se hace hasta que el niño entra a la escuela primaria en donde la situación de aprendizaje formal requiere patrones de conducta estructurados, incluyendo una capacidad de atención adecuada, concentración y capacidad para autoregulación de la actividad motora. (5,12,13,11,8,15)

El diagnóstico es difícil ya que en los niños hace falta el elemento de autoreporte. Este refleja quejas de adultos acerca de conductas y progresos no satisfactorios (11,7,8,14,17,24,26). Por lo que este se hará basado en información brindada por los maestros y los padres. (14,17,24,26)

Dentro de las consecuencias a corto plazo se encuentran problemas emocionales como resultado de frustraciones y fracasos que experimentan en la escuela y en el hogar (11,26) tienen manifestaciones de maladaptación y baja autoestima (11), disfunciones familiares que crean estrés, malas relaciones con los compañeros, depresión, mal rendimiento escolar que les impide avanzar de grado, por lo que repiten o abandonan

la escuela. Por esto es común encontrar un gran porcentaje de éstos niños en los primeros grados escolares. (7) El manejo incluye el uso de estimulantes y psicoterapia tanto para el niño como para los padres. (7,13,11,12,8,2,10,19,24,3,21,26)

El pronóstico se ha reportado que es benigno en la mayoría de los casos, ya que generalmente en la adolescencia este trastorno desaparece, aunque en un 20% persiste en esta etapa y se ha descrito psicopatología severa y conducta antisocial (11)

En países industrializados un número significativo de niños que asisten a la escuela son llevados con profesionales de la salud mental debido a estos problemas en la casa y el hogar (11,24); más sin embargo esto no se da en países como el nuestro y principalmente en las poblaciones rurales por falta de recursos y conocimientos. Esta problemática se debe estudiar haciendo uso de un instrumento práctico, sencillo y que pueda ser aplicado por las maestras y personas involucradas, ya que los niños pueden demostrar pocos síntomas en sus contactos con el profesional (11). Dentro de los instrumentos más utilizados se encuentra el elaborado por John Taylor Ph.D. Este consiste en 21 incisos que describen conductas reflejas de la sintomatología de este trastorno y sus conductas opuestas. Se debe marcar una de ellas y si en caso el niño no mostrara predominio de alguna se marcará otra casilla. Se realiza la sumatoria y en base a ella se determina si se hace el diagnóstico y lo clasifica en grados. (7,27)

Debido a lo expuesto, se escogió a la población de una escuela del área rural donde la mayoría de problemas de este tipo no han sido estudiados por lo que escapan al diagnóstico. Para establecer el diagnóstico se requiere la valoración de los síntomas en dos situaciones (13,8,26,12,7,11) : por las maestras y los padres que son las personas más allegadas al niño.(14,17,24,26), por lo que se trabajará con ambos grupos. Se escogió a la población de primer grado ya que es más común encontrar este problema en ellos debido al mal rendimiento académico que ocasiona, ya que otros no continúan la escuela. El presente trabajo se realizará en 136 niños de ambos sexos que asisten a la escuela Nacional Rural Mixta de Santo Tomás Milpas Altas, departamento de Sacatepéquez.

III. JUSTIFICACION

Estudios de prevalencia de Déficit de Atención e Hiperactividad en Estados Unidos han demostrado una alta incidencia de hasta 20% incluso se ha descrito como el desorden de Psiquiatría Infantil más común. La incidencia ha sido mayor en los grupos socioeconómicos bajos. Esto trae consigo grandes repercusiones a nivel individual y a nivel social ya que habrá una alta incidencia de bajo rendimiento académico y por ende un nivel educativo bajo.

Un gran porcentaje de niños que presentan esta patología se encuentran en los primeros años escolares debido a este rendimiento académico bajo y así en grados superiores es menor el porcentaje debido a que muchos de ellos abandonan la escuela. Es por esto importante identificar a los niños en edades tempranas para tomar las medidas necesarias y evitar las repercusiones. En base a todo esto se realizará el trabajo en niños de primer grado de la Escuela Nacional Rural Mixta Santo Tomás Milpas Altas, departamento de Sacatepéquez.

Ya que el diagnóstico se hace por historia principalmente de las personas adultas que se encuentran con los niños en la escuela y el hogar, es decir los padres y las maestras, que son las personas más involucradas, se realizará una capacitación a ambos grupos acerca de la patología para concientizarlos acerca de la importancia de identificar a esta población. Así también se les capacitará para la aplicación de el instrumento que será aplicado con supervisión.

No existen estudios de frecuencia en Guatemala. Por lo que consideramos que este estudio podría beneficiar no solo a los maestros y niños, sino también a otros centros escolares y al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

IV. OBJETIVOS

GENERAL

1. Determinar la frecuencia del Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad en niños de primer grado de la Escuela Nacional Rural Mixta Santo Tomás Milpas Altas, departamento de Sacatepequez.

ESPECIFICOS

1. Identificar la edad más frecuente de los niños que presentan Déficit de Atención e Hiperactividad.
 2. Identificar el sexo más frecuente de los niños que presentan Déficit de Atención e Hiperactividad.
 3. Identificar el grado de hiperactividad.
 4. Identificar el rendimiento académico que presentan los niños con Déficit de Atención e Hiperactividad.
 5. Identificar a los niños con Déficit de Atención e Hiperactividad que son repitentes.
 6. Identificar las conductas antecedentes de déficit de atención e hiperactividad que presentaron los niños a quienes se les haga el diagnóstico de Déficit de Atención e Hiperactividad.
-

V. MARCO TEORICO

A. DEFINICION

Han habido una serie de esfuerzos para describir la psicopatología y definición de un grupo de niños cuyo estado disfuncional se caracteriza por una incapacidad para permanecer atentos en ciertas situaciones especialmente en el hogar y en la escuela, en donde es socialmente necesario. (11,12,8,7) Inicialmente se referían a una reacción hiperquinética de la niñez, posteriormente se adoptó el término "desorden de déficit de atención" el cual no implica que la excesiva actividad motora sea parte esencial de esta. Por esto se subdividió en dos categorías: déficit de atención con/sin hiperactividad. Evidencia clínica posterior indicó que puede existir hiperactividad sin distractibilidad. Por esto en los últimos años el concepto se cambió a "déficit de atención con hiperactividad" y el niño puede presentar uno o ambos componentes. El diagnóstico en niños es siempre más difícil debido a que falta el auto-reporte. Los desordenes en la infancia comúnmente reflejan quejas por parte de adultos de conductas o progresos no satisfactorios. (11,14,17,24,26)

Actualmente según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV, el Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad se define como aquel que se caracteriza por una capacidad de atención pobre e inapropiada o por características no apropiadas para la edad de hiperactividad e impulsividad o ambas. (13,8,12,25)

B. EPIDEMIOLOGIA

Se ha dicho que el Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad es el desorden psiquiátrico infantil más común (26) Es difícil encontrar dentro de la literatura consenso en cuanto a la prevalencia de este. En estudios se ha encontrado una prevalencia que varía de índices bajos de 1-5% hasta porcentajes altos de 10-20%. (11) Reportes de Estados Unidos indican una incidencia que varía de 2-20% de los niños que asisten a la

escuela. (13,11,12) Estos porcentajes son mayores en grupos socioeconómicos bajos. (11,13,8,12,7) No se ha encontrado un patrón étnico. Los niños son 6-8 veces más propensos que las niñas. (11,13,8,12,25)

Si se ha encontrado un patrón familiar. Estudios han demostrado que en un 20-30% de estos niños hay historia de un desorden similar en alguno de los padres o hermano. (11,7,13) A pesar de que su inicio es a la edad de 3 años aproximadamente, el diagnóstico no se establece hasta que el niño está en la primaria y la situación de aprendizaje requiere normas estructuradas de conducta, incluyendo capacidad de atención apropiada y concentración. (13,8,12,5,15) Se ha demostrado también cierta relación potencial entre el trastorno bipolar y la patología en mención. (28)

C. ETIOLOGIA

Se considera que es multifactorial, que distintos procesos etiológicos pueden producirlo. (8,11,13,7,25) La mayoría de los niños no muestran evidencia de daño estructural importante a nivel del SNC. Muchos niños con desordenes neurológicos conocidos causados por daño cerebral no muestran déficits de atención ni hiperactividad. (13) A pesar de la falta de bases específicas neurofisiológicas y neuroquímicas, está asociado a una variedad de desordenes que afectan al funcionamiento cerebral. (13) Actualmente su etiología se considera desde dos perspectivas. Se ha sugerido que resulta de:

-Herencia

-Factores ambientales pre y post-natales incluyendo exposiciones tóxicas prenatales, prematuridad e insulto mecánico prenatal al SNC fetal (7,13)

Causas comunes que se han incluido como probables son: toxinas, problemas de desarrollo, dieta y trauma. (7,13,8,11) Estas afectan el funcionamiento cerebral por lo que el Déficit de Atención puede ser considerado como un desorden de la función cerebral. (7)

1. Daño Cerebral y Neurotransmisores: daño a nivel circulatorio, toxico, metabolico u otras formas de daño al sistema nervioso fetal durante un periodo critico de el desarrollo prenatal: insultos perinatales al cerebro; (11,13,8) o factores estresantes al sistema nervioso durante los primeros años criticos de la vida causado por trauma, fiebre o inflamación (11,13), efectos adversos circulatorios, toxicos, metabólicos y mecánicos (13,8) pueden resultar en cambios sutiles al SNC.

Existen varias teorias que proponen disfunciones en varios sistemas de neurotransmisores.(7,13,11,8) Esto se ha debido al hecho de que el uso de ciertas medicinas tienen efectos positivos. Las drogas más estudiadas han sido las anfetaminas, que afectan tanto los sistemas adrenérgicos y dopaminérgicos. (13,8,5,2) Dentro de las disfunciones neuroanatomicas se pueden mencionar: disfuncion diencefálica, del locus cerebri, del septum medio y corteza orbito frontal; sobrefuncionamiento cortical y anomalias en el lóbulo frontal. (29)

2. Genética: Se cree que puede existir un subgrupo de niños que han heredado cierto tipo de sistema nervioso . Este sistema puede estar programado para una maduración retardada o bien puede tener un patron diferente de organización o funcionamiento .(11,8)

3. Factores Neurofisiologicos: el cerebro humano presenta periodos de crecimiento acelerado a distintas edades: 3-10 meses, 2-4 años, 6-8 años, 10-12 años y 14-16 años. Algunos niños tienen un retraso en la maduración y manifiestan ciertos sintomas que pueden ser temporales. (13,11) Una correlacion fisiologica es la presencia de una variedad de patrones electroencefalográficos que son desorganizados y característicos de niños pequeños. En algunos casos el EEG se normaliza con el tiempo. (13)

4. Factores Psicosociales: niños en instituciones son frecuentemente hiperactivos, y tienen capacidades de atencion pobres. Esto resulta de la deprivacion emocional prolongada y desaparecen cuando esto se modifica. Eventos psicicos estresantes, el rompimiento de el equilibrio familiar y otros factores que provocan ansiedad contribuyen a la iniciación y

perpetuación de este.(13) Factores predisponentes pueden incluir el temperamento del niño, factores genético-familiares y las demandas de la sociedad de apegarse a una forma rutinaria de comportamiento. (13)

D. CARACTERISTICAS CLINICAS

Niños que presentan este trastorno son especialmente vulnerables a los estímulos como por ejemplo ruidos, luces, temperatura y otros cambios ambientales. (13,8,7,25). En ocasiones ocurre lo contrario, los niños duermen mucho y su desarrollo es muy lento en las primeras etapas de la infancia.

Estos niños son menos propensos a reducir su actividad locomotora cuando el ambiente está estructurado con límites sociales. En la escuela pueden iniciar una prueba rápidamente, pero sólo contestar las primeras dos preguntas. Pueden no ser capaces de esperar el ser llamados en la escuela y responden en vez de todos. (11,12,13) En el hogar no son capaces de estarse quietos. (11,12,8,13,15)

El déficit de atención se manifiesta con distractibilidad, con una capacidad de atención corta y tienen dificultad para permanecer haciendo algo. (13,8,11,7)

Son frecuentemente impulsivos e irritables. La irritabilidad se desencadena con el menor estímulo. Son lábiles emocionalmente, fácilmente rompen en llanto o risa, su estado de humor y desenvolvimiento son aptos a variar e impredecibles. Son característicos una inhabilidad para postergar gratificaciones e impulsividad (8,12,11,7,13,15,23) Tienen dificultad en trabajar hacia una meta establecida. (7) La impulsividad se manifiesta en el actuar antes de pensar, no aprender de las experiencias. (11,7,23)

La hiperactividad es lo más fácil de observar, no se pueden estar quietos en la casa ni en la escuela, constantemente están moviendo alguna parte de su cuerpo, caminando y

sin viendo televisión pueden estar inquietos o haciendo otras actividades al mismo tiempo. (11,7,8,12)

Dificultades emocionales son frecuentes. El hecho de que otros niños superen este tipo de comportamiento, y ellos no, conlleva insatisfacción por parte de los adultos y presiones. (13)

E. DIAGNOSTICO

El diagnóstico es bastante difícil ya que en la infancia se carece de el auto-reporte y la condición puede no estar completamente desarrollada. Este desorden refleja quejas de los adultos de conductas o progresos no satisfactorios. (11) El diagnóstico se basa en información brindada por maestras y padres. (14,17,24,26)

Esta patología es mas evidente en la escuela y en el hogar. A pesar de que el inicio de ella es generalmente a los tres años de edad, el diagnóstico se hace hasta que el niño entra a la escuela primaria en donde la situación de aprendizaje requiere patrones de conducta estructurados, incluyendo una capacidad de atención adecuada y capacidad de autoregulación de la actividad motora. (13,11,8)

Este se establece al confirmar síntomas de falta de atención o de hiperactividad/impulsividad o ambos. Así un niño puede calificar para el Dx con síntomas sólo de falta de atención o con síntomas de hiperactividad e impulsividad pero no de falta de atención. Algunos muestran síntomas de las dos dimensiones. De acuerdo al DSM-IV hay tres subtipos: tipo con predominio de falta de atención, tipo con predominio de impulsividad/hiperactividad y tipo combinado. (13, 8)

El principal signo de hiperactividad debe alertar al clínico de la posibilidad de este. Una historia prenatal detallada de el desarrollo temprano del niño y observación directa usualmente revelara actividad motora excesiva. La hiperactividad se puede

observar en algunas situaciones (por ejemplo la escuela) pero no en otras (por ejemplo entrevistas 1:1 y viendo television), y puede ser menos obvio en situaciones estructuradas que en situaciones no estructuradas. Más sin embargo la hiperactividad no debe ser una manifestación de conducta transitoria, breve y aislada, pero debe estar presente por un periodo largo de tiempo. (13,8)

Otras características distintivas de este trastorno son una capacidad de atención corta y fácil distractibilidad. En la escuela estos niños no pueden seguir instrucciones y a menudo demandan atención extra de sus maestras. En casa, a menudo no obedecen las peticiones de sus padres. Actúan impulsivamente, muestran labilidad emocional y son explosivos e irritables. (13,8,25)

Existen ciertos trastornos que se relacionan con este que generalmente son reflejo de frustraciones y fracasos experimentados: desordenes afectivos, desorden bipolar (28), desordenes de ansiedad, desordenes de personalidad, desordenes de ajuste y depresión.(11) A continuación se citan los criterios diagnósticos según el DSM-IV.

Criterios Diagnósticos para Desorden de Déficit de Atención/Hiperactividad

A. (1) o (2)

(1) Falta de atención: seis o más de los siguientes síntomas de falta de atención han persistido por lo menos por seis meses a un grado que es maladaptativo e incongruente con el nivel de desarrollo:

- (a) a menudo no presta atención a detalles o comete errores por descuido en la escuela, trabajo u otras actividades
- (b) a menudo presenta dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego
- (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- (d) a menudo no sigue instrucciones y no termina trabajo de la escuela, oficios o trabajos (no debido a conducta oposicional o falta de comprensión de las instrucciones)
- (e) a menudo presenta dificultad en la organización de tareas y actividades
- (f) a menudo evita, no le gustan o es reactivo a participar en tareas que requieren esfuerzo mental sostenido (como trabajo de la escuela o deberes para el hogar)

- (g) a menudo pierde cosas necesarias para una tarea o actividad (por ejemplo asignaciones escolares, lapiceros, cuadernos y juguetes)
- (h) a menudo es fácilmente distraído por estímulos ajenos a la situación
- (i) a menudo es olvidadizo en las actividades diarias

(2) Hiperactividad/impulsividad: seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad/impulsividad han persistido por lo menos por seis meses a un grado tal que es maladaptativo e incongruente con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) inquietud frecuente, que se aprecia por movimientos de manos o pies o por moverse en el asiento
- (b) dificultad para permanecer sentado en el salón de clases o en otra situación en donde se espera que se permanezca sentado
- (c) a menudo corre excesivamente en situaciones en que es inapropiado (en adolescentes y adultos puede estar limitado a sensaciones subjetivas de inquietud)
- (d) a menudo tiene dificultad para jugar o involucrarse en actividades de placer tranquilamente
- (e) a menudo actúa como si fuera "guiado por un motor"
- (f) a menudo habla excesivamente

Impulsividad

- (g) frecuencia de respuestas precipitadas antes de que se acaben de formular las preguntas
- (h) a menudo tiene dificultad en esperar su turno
- (i) a menudo interrumpe o se implica en actividades de otros (por ejemplo interrumpe conversaciones o juegos)

B. Algunos de los síntomas de falta de atención o de hiperactividad/impulsividad se presentaron antes de los 7 años

C. Afectación de los síntomas presentes en dos o más ambientes (por ejemplo en el colegio, trabajo o en casa)

D. Debe existir evidencia de impedimento clínico en el funcionamiento social, académico u ocupacional

E. Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno del desarrollo esquizofrenia, u otro trastorno psicótico, y no son mejor explicadas por otro trastorno mental (por ejemplo trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad o trastornos del estado de ánimo).

Desorden de Déficit de Atención/Hiperactividad, tipo combinado: si se cumplen ambos criterios A1 y A2 por los últimos seis meses.

Desorden de Déficit de Atención, tipo con predominio de falta de atención: si se cumple el criterio A1 pero no el A2 por los últimos seis meses.

Desorden de Déficit de Atención, tipo con predominio de hiperactividad/impulsividad: si se cumple el criterio A2 pero no el A1 por los últimos seis meses (8)

Se han desarrollado diversas escalas para realizar de forma practica el diagnóstico. Estas escalas se basan en informes que son dados por parte de las maestras y por parte de los padres, ya que se requiere informacion de dos ambientes.(26). El diagnostico siempre se hace por historia. Dentro de estas escalas se encuentran Escala de Comers para Padres y Maestros (6) y Escala desarrollada por Taylor. (27) Estas dos son las más comumente utilizadas y aplicadas para evaluar este problema (déficit de atención e hiperactividad). (7) El instrumento desarrollado por Taylor consiste en 21 ítems que describen conductas características de falta de atención, hiperactividad e impulsividad y su conducta opuesta. Se debe marcar alguno de ellas dos y si en caso no hubiera predominio de alguna de ellas, se marcará una casilla adicional. Posteriormente se realiza la sumatoria en base a una escala. Dependiendo de el total de puntos obtenidos se clasifica en: desorden ausente, fronterizo, leve, moderado y severo.(27)

F. REPERCUSIONES

Como repercusiones a corto plazo se encuentran que tienen problemas emocionales como resultado de frustraciones y fracasos que experimentan en la escuela y en el hogar (11,26) tiene manifestaciones de maladaptacion y baja autoestima (11), depresion, disfunciones familiares, y algo muy importante bajo rendimiento académico y desercion escolar. (11,13,8,12,7) No es sorprendente que el mayor porcentaje de niños hiperactivos se identifiquen en los grados más bajos. (7) Problemas sociales son comunes con conducta impulsiva que conlleva malas relaciones con otros. (11) A causa de este bajo rendimiento

académico los niños generalmente no avanzan en la escuela, permanecen repitiendo varios años y en el peor de los casos la abandonan.

G. MANEJO

Es importante diferenciar la causa de las conductas clínicas observadas antes de establecer un plan terapéutico. Hiperactividad y distractibilidad con un periodo de atención corto pueden ser un reflejo clínico de ansiedad, depresión, o ambos u otro desorden emocional. La historia es útil para establecer la diferencia. El Déficit de Atención e Hiperactividad es un desorden observado desde el nacimiento o infancia temprana.

El tratamiento de elección es el uso de medicamentos estimulantes. Los principales y más usados son: dextroanfetamina (Dexedrine), metilfenidato y pemolina (Cylert). Esto debe ir complementado con psicoterapia, enseñanza a los padres sobre como lidiar con el niño y entrenamiento social con el niño, ya que la medicina raramente satisface las necesidades terapéuticas. (7,13,11,12,8,2,10,19,24,3,21,26)

Estas medicinas mejoran la hiperactividad, la distractibilidad o ambas aumentando de este modo el grado de atención. No mejoran estas conductas si son resultado de bien ansiedad o depresión, más que una disfunción del SNC. Los medicamentos no corrigen problemas de aprendizaje, si están presentes, aunque pueden mejorar algunas habilidades motoras finas y organizacionales. Estos tampoco curan problemas emocionales, sociales o familiares. Aparentemente asisten al cerebro compensando lo que parece ser una disfunción neurofisiológica. (2,5,10) Una vez se suspenden los medicamentos la sintomatología reaparece. Estudios a largo plazo han demostrado que un 80% de los niños con ADHD, no presentan dichas conductas después de la pubertad. Por lo menos 20%, sin embargo, continúan necesitando la medicina durante la adolescencia y probablemente en la edad adulta.

1. Tratamiento Farmacológico.

Los estimulantes se encuentran disponibles en preparaciones de corta duración (4 horas) y de larga duración (8-12 horas). Si a un niño se le inician estimulantes es necesario que el médico trabaje de manera cercana con los padres y el personal de la escuela. Esto es esencial para el manejo de la dosis. (5,10,2,8) Se debe pensar en la vida de el niño en unidades de 4 horas y se debe seleccionar una dosis que llene las necesidades de este periodo. Al usar preparados de larga duración se agregan compuestos de corta duración.

a Efectos Adversos

1a. Anorexia: Esta pérdida de apetito generalmente desaparece después de varias semanas. La primera dosis puede ser administrada antes del desayuno y la dosis de la tarde puede demorar hasta casi la cena para que se tenga apetito para ella. Si esto no es efectivo y hay pérdida de peso, un estimulante diferente debe de ser tratado. (11,18,5,10,8,15)

2a. Insomnio: algunos niños pueden tener dificultad para dormir y pueden permanecer inquietos en la cama por horas. Esto generalmente desaparece en el primer mes. En algunos niños, esto puede ser un efecto rebote de la suspensión de el medicamento. Una dosis adicional de corta duración a las 8:00pm puede eliminar esta dificultad. (18,11,5,10,8,15)

3a. Inestabilidad Emocional: algunos niños pueden hablar constantemente o ser frágiles emocionalmente, llorar o explotar con la más mínima frustración. Ya que la medicina disminuye la actividad muscular, el niño es capaz de interactuar y es forzado a enfrentarse con problemas de aprendizaje que lo frustraran y haran mas ansioso. (18,11,5)

4a. Cansancio: algunos estaran cansados y somnolientos y presentan falta de emociones. Esto sugiere que la dosis es muy alta por lo que la dosis debe ser disminuida. (11)

b. Preparados

1b. Dextroanfetamina: es una amina simpaticomimética no-catecolamina con actividad de estimulación a nivel del SNC. Tiene una eficacia de aproximadamente 70-75%. (15) Su vida media es de 10-12 horas. Como reacciones adversas se encuentran palpitaciones, taquicardia, aumento de la PA, episodios psicóticos, insomnio, euforia, disquinesia, disforia, temblores, cefalea, exacerbación de tics motores y fónicos y Síndrome Tourette, anorexia, impotencia y cambios en la libido. No se recomienda en menores de 3 años. (18)

2b. Metilfenidato (Ritalina): ha sido la droga más estudiada y la más utilizada actualmente. (15) Se puede administrar sin afectar adversamente el crecimiento (11,18,2) Aprobado para niños de 6 años o mayores. (12) Es eficaz en un 75-80% de los pacientes. (15) Su efecto dura aproximadamente 2-4 horas. (15)

3b. Pemolina (Cylert): es efectiva en un 65-70% de los casos. Sus efectos son más lentos y se necesita entre 2-3 semanas para evaluar su eficacia completamente. (15) Un 1-2% de los niños tratados con esta droga presentan cambios en la función hepática. (15)

2. Psicoterapia

El tratamiento farmacológico raramente satisface las necesidades terapéuticas de un niño con Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad y es una faceta de un régimen multimodal. Psicoterapia individual, modificación de la conducta, psicoterapia a los padres y el tratamiento de algún otro desorden relacionado como depresión o problemas de aprendizaje es necesario. (13,19,4,24,21,26)

Cuando se le ayuda a los niños a estructurar su ambiente, la ansiedad disminuye. Por esto los padres y maestros deben construir una estructura predecible de recompensa y castigo, usando un modelo de conducta terapéutico. Un requerimiento casi universal de la

terapia es ayudar a los padres a reconocer que el ser permisivo no es de ayuda para los niños. Así pues, los niños no se beneficiarán de ser exentos de requisitos, expectativas y planificaciones aplicables a otros niños. (15)

H. PRONOSTICO Y EVOLUCION

Los estudios de evolución y pronostico proveen respuestas a importantes preguntas clinicas, la necesidad de los padres de conocer que pasara con sus hijos y los factores que influenciarán la probabilidad de una conclusión satisfactoria o no. Desafortunadamente estudios longitudinales al respecto no existen. Existen varios problemas metodologicos. Generalmente no se da seguimiento a las personas de niños hasta la edad adulta. Los investigadores tienden a estudiar un grupo estareo de población y los estudios longitudinales son complejos e implican altos costos. (11)

Se ha mencionado que el niño hiperactivo crecera y su problema desaparecerá durante la adolescencia. Cerca del 15-20% de los casos no presentan esta remisión y los sintomas persisten en la edad adulta. (11) Más sin embargo las evidencias son insuficientes para determinar que este desorden en la edad adulta es una entidad independiente. (22)

En investigaciones se han encontrado resultados opuestos en cuanto al resultado final de sujetos hiperquinéticos. Esto implica la importancia de otras variables, como los factores psicosociales, como determinantes de el pronostico. (11,19) Se ha observado que con el tiempo la hiperactividad constituye un problema menor, pero la impulsividad y dificultades educativas persisten. Así parece reflejarse que el resultado más pobre refleja la influencia de un ambiente antisocial o un adolescente disfuncional y vulnerable. (11)

VI. METODOLOGIA

1. Tipo de estudio: estudio transversal, descriptivo y no experimental.
2. Sujetos de estudio: niños que cursan primer grado que asisten a la Escuela Nacional Rural Mixta Santo Tomás Milpas Altas, de ambos sexos.
3. Poblacion y Muestra: la aldea Santo Tomás Milpas Altas pertenece al municipio de Santa Lucía Milpas Altas, Departamento de Sacatepéquez. Está ubicada al noreste del departamento. Se encuentra a 35km de la ciudad capital y a 8 km de la cabecera departamental. Cuenta con una población de 3491 habitantes. La población menor de 14 años es de 1534. La Escuela Nacional Rural Mixta Santo Tomás Milpas Altas cuenta con una población total de 577 alumnos entre 1o y 6o primaria. Primer grado se encuentra distribuido en 4 secciones.

Se tomarán como muestra a los niños de primer grado que constituyen un total de 136 niños incluyendo ambos sexos.

4. Criterios de inclusión:

- niños que cursan 1 grado
- niños que asisten regularmente a clases
- niños cuyos padres y maestras estén dispuestos a colaborar

5. Criterios de exclusión:

- niños con retraso mental
- niños con enfermedades crónicas o secuelas neurológicas
- niños con esquizofrenia o problemas psicóticos
- niños que tomen algún tipo de medicamento
- niños que cursan 2o a 6o grado primaria

6. Variables:

- a. Edad
- b. Sexo
- c. Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad
- d. Rendimiento académico
- e. Reptente

Operacionalización

a. Edad

Definición conceptual: tiempo que ha vivido una persona

Definición Operacional: tiempo de vida de los niños desde el nacimiento hasta el estudio

Tipo de variable: cuantitativa

Escala de medición: edad en años

b. Sexo

Definición conceptual: condición organica que distingue a un macho de una hembra

Definición operacional: femenino y masculino

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: masculino y femenino

c. Desorden Déficit de Atención e Hiperactividad

Definición conceptual: Es un desorden caracterizado por una capacidad de atención pobre e inapropiadamente descontrolada o características inapropiadas para la edad de hiperactividad e impulsividad o ambas. La sintomatología debe de estar presente por lo menos seis meses y haber iniciado antes de los 7 años de vida

Definición operacional: clasificación de las características de los niños por medio del instrumento de Taylor

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición:

- 0-24 puntos: no Desorden de Déficit de Atención/Hiperactividad
- 25-27 puntos: frontizo
- 28-32 puntos: hiperactividad leve
- 33-37 puntos: hiperactividad moderada
- 38-42 puntos: hiperactividad severa

d. Rendimiento académico

Definición Conceptual: grado de aprendizaje alcanzado por un alumno

Definición Operacional: promedio matematico academico

Tipo de Variable: cuantitativa

Escala de Medicion: 0-100 puntos

e. Repitente

Definición Conceptual: que vuelve al mismo curso de estudios por no haber aprobado

Definición Operacional: niño que curse primer grado primaria por mas de una vez

Tipo de variable: cualitativa

Escala de Medicion: Repitente- No Repitente

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

7. Análisis estadístico: interpretación por medio de cuadros.

8. Recursos:

Materiales:

- material didáctico
- boletas de recolección de datos
- instrumento Taylor
- material bibliográfico

Físicos

- Escuela Nacional Rural Mixta Santo Tomás Milpas Altas
- Puesto de Salud Santo Tomás Milpas Altas

Humanos

- investigador
- maestras que imparten clases en primer grado
- padres de alumnos que cursan primer grado
- niños y niñas que cursan primer grado

9. Procedimiento

1. Selección de la muestra
2. Capacitación a maestras sobre definición de Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad y sobre la aplicación del instrumento como método diagnóstico
3. Capacitación a padres de familia sobre definición y detección temprana de el Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad y sobre la aplicación del instrumento como método diagnóstico.
4. Recopilación de datos de la boleta proporcionados por las maestras y aplicación del instrumento con supervisión del investigador
5. Recopilación de datos de la boleta y entrevista con los padres.
6. Aplicación de el instrumento a los padres de familia, citándoseles en grupos de 5 al Puesto de Salud. A los padres analfabetas se les leera el instrumento.
7. Identificación de casos que llenen criterios según la escala de el instrumento.
8. Se tomará como niño con Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad a aquellos que tengan más de 6 meses de presentar la sintomatología, hayan iniciado antes de los 7 años y puntúen 28 puntos o más en ambas escalas, es decir, la aplicada a la maestra y a los padres.
9. Identificación de el grado de hiperactividad.
10. Identificación de edad, sexo, promedio académico y conductas antecedentes de niños con Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad.
11. Identificación de niños con Déficit de Atención e Hiperactividad que sean repitentes.
12. Referencia de casos de los niños que llenen criterios de Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad.

VII. PRESENTACION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO NO. 1
DISTRIBUCION POR SEXO
UNIVERSO

SEXO	#	%
MASCULINO	66	55
FEMENINO	53	45
TOTAL	119	100

Fuente: Boletas de recoleccion de datos

CUADRO No. 2
DISTRIBUCION POR EDAD
UNIVERSO

EDAD	#	%
< 8 Años	49	41
8- <9 Años	43	36
9- <10 Años	15	13
>10 Años	12	10
TOTAL	119	101

Fuente: Boletas de recoleccion de datos

La población total de primer grado primaria es de 136 niños, de los cuales 119 se incluyeron en el estudio, ya que fueron los que llenaron los criterios de inclusión. Para cada niño incluido en el estudio se llenó un instrumento Taylor con los datos proporcionados por los padres y otro con los datos proporcionados por el maestro; así mismo se llenó una boleta de datos generales del niño.

Se puede observar en el cuadro No. 1 que el 55% pertenecen al sexo masculino y 45% al femenino. En el cuadro No.2 llama la atención que el 59% tienen más de 8 años, lo que en parte se puede atribuir al hecho de que los niños ingresan de 7 años y durante ese año cumplen los 8. Tomando en consideración esto habría únicamente un 23% mayores de 9 años, en donde probablemente incida el hecho de que algunos niños ingresan a mayor edad y a la frecuencia de repetencia.

CUADRO No. 3
FRECUENCIA NIÑOS CON
DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD

DEFICIT DE ATENCION	#	%
AUSENTE	105	88.3
PRESENTE	14	11.7
TOTAL	119	100

Fuente: Boletas de recolección de datos

Como podemos observar en el cuadro No. 3 la frecuencia de niños con Déficit de Atención e Hiperactividad fue de 11.7% (14 niños). Porcentaje que se encuentra dentro de los rangos que menciona la literatura, ya que se reportan prevalencias de 1-20%, siendo mayores en grupos socioeconómicos bajos. De estos niños ninguno tenía diagnóstico.

CUADRO No. 4
NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCION/HIPERACTIVIDAD
DISTRIBUCION POR SEXO

SEXO	#
MASCULINO	9
FEMENINO	5
TOTAL	14

Fuente: Boletas de recolección de datos

El cuadro No. 4 evidencia que el sexo masculino fue el más afectado ya que de los 14 niños, 9 pertenecen al sexo masculino y 5 al femenino. Esto representa un 13.6% y 9.4% respectivamente en relación a la población total masculina y femenina. Este resultado era de esperarse ya que esta patología es más común en el sexo masculino.

CUADRO No. 5
NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCION/HIPERACTIVIDAD
DISTRIBUCION POR EDAD

EDAD	#
< 8 Años	3
8- <9 Años	6
9- <10 Años	1
>10 Años	4
TOTAL	14

Fuente: Boletas de recolección de datos

Existen 4 niños mayores de 10 años entre los niños con Déficit de Atención y llama la atención que 9 niños sean menores de 9 años, según se observa en el cuadro No. 5. Vale la pena mencionar para aclaración que esta es la edad en la que se hizo el diagnóstico ya que la patología ha estado presente desde mucho antes, por lo que no se puede decir que esta es la edad más común en la que se presenta el Déficit de Atención.

CUADRO No. 6
NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCION/HIPERACTIVIDAD
DISTRIBUCION POR GRADO DE HIPERACTIVIDAD

GRADO	#
LEVE	5
MODERADO	6
SEVERO	3
TOTAL	14

Fuente: Boletas de recolección de datos

El cuadro No. 6 evidencia que 6 niños presentan grado moderado y 3 severo. Es importante mencionar aquí que los 11 niños que presentan grado leve-moderado son fácilmente educables al contrario de los que presentan grado severo. A pesar de la edad y el grado de hiperactividad no se había hecho el diagnóstico, lo contrario que indica la literatura de que el diagnóstico se hace al iniciar la escuela primaria. De esto se puede concluir que hay falta de instrucción en las maestras y padres en cuanto a estas patologías además de que en países como el nuestro y principalmente en poblaciones rurales, aun se detecten ciertos problemas los niños no son llevados con profesionales de la salud mental. De el total de 14 niños, en 3 casos se había sospechado tal patología por la maestra, quien tiene estudios en psicología. De estos 3 casos en donde se sospechó la patología, 2 presentaron hiperactividad grado severo y uno moderado.

CUADRO No. 7
NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCION/HIPERACTIVIDAD
GRADO DE HIPERACTIVIDAD
DISTRIBUCION POR SEXO

GRADO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
	#	#	#
LEVE	2	3	5
MODERADO	4	2	6
SEVERO	3	0	3
TOTAL	9	5	14

Fuente: Boletas de recolección de datos

El cuadro No. 7 evidencia que de los 3 niños con grado de hiperactividad severa los 3 pertenecen al sexo masculino y de los 6 que presentan grado moderado 4 son también de este sexo.

CUADRO No. 8
NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCION/HIPERACTIVIDAD
REPITENCIA

REPITENCIA	#
REPITENTES	9
NO REPITENTES	5
TOTAL	14

Fuente: Boletas de recolección de datos

CUADRO No. 9
NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCION/HIPERACTIVIDAD
PROMEDIO ACADEMICO

PROMEDIO	#
< 20 puntos	0
20- <40 puntos	1
40- <60 puntos	5
60- <80 puntos	6
>80 puntos	2
TOTAL	14

Fuente: Boletas de recolección de datos

En cuanto al rendimiento de los niños en la escuela se observa que de el total de 14 niños con Déficit de Atención e Hiperactividad, 9 niños son repitentes, es decir aproximadamente el doble de los no repitentes. De esto se puede concluir que el padecer esta patologia podria guardar cierta relación con la frecuencia de repitencia. Más sin embargo en el cuadro No. 9 se observa que unicamente seis niños, tienen promedio academico menor a 60 puntos, mientras que 8 niños lo tienen por arriba de 60 puntos. Esto se podria explicar por el hecho de que si es segunda vez o la tercera que el niño cursa el mismo grado se esperaria que obtuviera mejores calificaciones que la primera vez. Todo esto conlleva a pensar que es importante hacer estudios para determinar las areas en las cuales se presentan rendimientos mas bajos.

CUADRO No. 10
NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCION/HIPERACTIVIDAD
GRADO DE HIPERACTIVIDAD
REPITENCIA

GRADO	REPITENTE	NO REPITENTE	TOTAL
	#	#	#
LEVE	2	3	5
MODERADO	5	1	6
SEVERO	2	1	3
TOTAL	9	5	14

Fuente: Boletas de recoleccion de datos

CUADRO No. 11
NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCION/HIPERACTIVIDAD
GRADO DE HIPERACTIVIDAD
PROMEDIO ACADEMICO

GRADO	20-<40pts	40-<60pts	60-<80pts	>80pts	TOTAL
	#	#	#	#	#
LEVE	0	2	2	1	5
MODERADO	0	1	4	1	6
SEVERO	1	2	0	0	3
TOTAL	9	5	6	2	14

Fuente: Boletas de recoleccion de datos

Se puede observar en el cuadro No. 10 que unicamente 2 de los 5 niños con grado leve son repitentes. en contraste con 5 de los 6 niños con grado moderado y 2 de los 3 con grado severo.

Asi mismo en el cuadro No. 11 se observa que de los 3 niños con hiperactividad severa, 3 tienen un promedio por debajo de los 60 puntos. Estos datos indican que podria existir cierta relacion no solo entre el padecer esta patologia sino tambien entre el grado de hiperactividad y el rendimiento de el niño en la escuela, reflejado en el promedio academico matematico y la frecuencia de repitecia

CUADRO No. 12
NIÑOS CON DEFICIT ATENCIONAL/ HIPERACTIVIDAD
ANTECEDENTES

ANTECEDENTE	#
LENGUAJE ORAL MUY RAPIDO	1
DIFICULTAD PARA LA LACTANCIA	4
AGRESIVO Y PELEONERO	5
DIFICULTAD PARA DORMIR	8
NO ANTECEDENTES	2

Fuente: Boletas de recoleccion de datos

Por ultimo el cuadro No. 12 evidencia que 4 niños tuvieron dificultad para la lactancia, 8 niños para dormir y 5 niños habian sido agresivos y peleoneros desde muy temprana edad. Esto podria significar que con la adecuada instruccion a los padres de familia ellos podrian ayudar a detectar esta patologia desde edades mas tempranas y referirlos para darles el manejo adecuado.

VIII. CONCLUSIONES

1. Existe una frecuencia de 11.7% de niños (14 casos) con Déficit de Atención e Hiperactividad en los niños de primer grado de la Escuela Nacional Rural Mixta Santo Tomas Milpas Altas; siendo de los 14 casos, 3 grado severo y 11 leve-moderado. Esta frecuencia oscila en el rango mencionado por la literatura de 1-20%
2. El sexo masculino se vio mas afectado que el femenino ya que los niños son mas propensos a padecer esta patologia. De los 14 casos, 9 pertenecieron al sexo masculino y 5 al femenino. Esto representa un 13.6% y 9.4% respectivamente, en relacion a la población total masculina y femenina.
3. De los 14 niños con Déficit de Atención e Hiperactividad 9 fueron repatentes y 6 tuvieron promedio inferior a los 60 puntos. Esto nos indica que probablemente haya cierta relación entre esta patologia y el rendimiento de el niño en la escuela.
4. En 12 de los niños con Déficit de Atención se observaron ciertas conductas por los padres desde edades tempranas, como dificultad para la lactancia, dificultad para dormir y conductas agresivas. En base a esto se concluye que con la adecuada instrucción a los padres se haria posible identificar estos casos tempranamente para darles el adecuado manejo.
5. Existe falta de instrucción por parte de las maestras y padres sobre esta patologia ya que en 3 de los 14 casos se habia sospechado tal. Esta instrucción haria que al notar que el niño es "muy activo" o que "no se concentra" se sospeche la patologia y por lo tanto se haga el diagnostico tempranamente

IX. RECOMENDACIONES

1. Es necesario brindar plan educacional a los padres y a las maestras para que conozcan este problema y ayuden a detectar a los niños tempranamente para darles el manejo adecuado.
2. Se deben crear programas de salud escolar que tengan relación directa con los servicios de salud como son los Puestos de Salud para integrar un equipo multidisciplinario donde se establezca coordinación interinstitucional y se agilice la referencia y contrareferencia de casos para un manejo transdisciplinario.
3. Es importante realizar estudios longitudinales que establezcan las consecuencias y repercusiones emocionales en los niños con Déficit de Atención para darles el manejo adecuado.
4. Se deben realizar arboles genealógicos y desarrollar estudios que relacionen los antecedentes prenatales, natales y familiares con la presencia de Déficit de Atención e Hiperactividad

X. RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo para determinar la frecuencia de niños con Déficit de Atención e Hiperactividad entre los niños de primer grado de la Escuela Nacional Rural Mixta de Santo Tomas Milpas Altas, departamento de Sacatepequez. Se incluyeron 119 niños para los cuales se llenaron dos instrumentos Taylor con los datos proporcionados por los padres y el maestro; así como una boleta de datos generales.

Se determino que existe una frecuencia de 11.7% (14 casos) de niños con Déficit de Atención e Hiperactividad, de los cuales ninguno tenia hecho el diagnostico. De los 14 niños 9 pertenecen al sexo masculino y 5 al femenino.

Seis niños presentan un grado moderado de hiperactividad y 3 un grado severo. En 3 de los casos se habia sospechado la patologia por parte de la maestra. De los 3 niños con grado de hiperactividad severa, los 3 pertenecen al sexo masculino.

Nueve de los casos son repitentes y 6 tienen promedio academico inferior a los 60 puntos. Dos de los 3 niños con hiperactividad severa son repitentes y los tres tienen promedio inferior a los 60 puntos. Esto indica que podria haber cierta relación entre esta patologia, el grado de hiperactividad y el rendimiento en la escuela.

En 12 de los 14 casos se observaron por los padres ciertas conductas de hiperactividad en los niños desde edades tempranas, lo que determina que es importante brindar la educación esencial para detectar los casos en edades tempranas y brindarles el manejo adecuado.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. Base de datos Municipalidad Santa Lucia Milpas Altas, departamento de Sacatepéquez 1997.
2. Barrickman L, Perry L, Allen A, Kuperman S, Arndt S, Herrman S, Schumacher E. Bupropion versus methylphenidate in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1995: Vol 34, No. 34.
3. Botsch AS, Fuller PG, Blatt SD, Church CC, Weinberger HL. Child abuse, sudden infant death syndrome, and attention deficit hyperactivity disorder. Current Opinion Pediatric. April 1995: Vol 7, No. 2.
4. Butler SF, Arredondo DE, McCloskey V. Affective comorbidity in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. Annals of Clinical Psychiatry. June 1995: Vol 7, No. 2.
5. Clark C. Just the Facts: Dosing Stimulants. The Newsletter of the University of Wisconsin Child Psychopharmacology Information Service. 1995: Vol 2, No. 4.
6. Connors K. Connors Rating Scales. Symptom Patterns in hyperkinetic, neurotic and normal children. Child Development, 1970.
7. Don Pedro E. Understanding the Dynamics of Attention-Deficit Disorders and Related Treatments: The Role of "Learning to Learn" in the Empathopsychopharmacology Approach. 1996.
8. DSM-IV. American Psychiatric Association. USA 1994.
9. Garcia-Pelayo R. Larousse Diccionario Básico de la lengua española. México DF 1990.
10. Johnston, H.F. Stimulants and Hyperactive Children: A Guide. The Child Psychopharmacology Information Center, University of Wisconsin. 1990.
11. Kaplan H, Sadock B. Comprehensive Textbook of Psychiatry 4th edition. USA 1990.
12. Kaplan H, Sadock B. Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. Williams and Wilkins. USA 1990.
13. Kaplan H, Sadock B. Synopsis of Psychiatry. Williams and Wilkins USA 1991
14. Movement Patterns and ADHD Diagnosis. Psychiatric Times. December 1996: Vol XIII, No. 12.

15. Nelson W, Behrman R, Kliegman R. Textbook of Pediatrics. 15th edition. WB Saunders, USA 1996.
16. Nerisi I. Introducción a la Supervisión Escolar. Editorial Kapeluz.
17. Newcorn JH, Halperin JM, Schwartz S, Pascualvaca D, Wolf L, Schneider J, Sharma V. Parent and teacher ratings of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms: implications for case identification. J Dev Behav Pediatr. April 1994; Vol 15, No. 2.
18. PDR. 50th Edition 1996.
19. Phillips S, Soffer SL. Recent advances regarding attention deficit-hyperactivity disorder in adolescence. Current Opinion Pediatric. August 1996. Vol 151, No. 4.
20. Pineda E, Alvarado E, Canales F. Metodología de la Investigación. Organización Panamericana de la Salud 1994.
21. Poisen NJ, Blondis TA, Irwin M, Rubinoff A, Keiffer J, Stein MA. Psychiatric and developmental disorders in families of children with attention deficit hyperactivity disorder. Arch Pediatr Adolescent Medicine. February 1996; Vol 150, No. 2.
22. Saiz R, Ibañez A, Diaz M. Attention deficit hyperactivity disorder in an adult. Actas Luso Esp Neurología Psiquiátrica y Ciencias Afines. Mayo/Junio 1996.
23. Schacar R, Tannock R, Marriot M, Logan G. Deficient inhibitory control in attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Abnormal Child Psychology. August 1995: Volume 23, No. 4
24. Searight HR, Nahlik JE, Campbell DC. Attention-deficit/hyperactivity disorder: assessment, diagnosis and management. Journal Family Practice. March 1995; Vol 40, N 3
25. Silver L. Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. APA Press. Washington DC, 1992
26. Taylor MA. Evaluation and management of attention-deficit hyperactivity disorder. Am Fam Physician. February 1997; Vol 55, No. 3.
27. Taylor J. The Taylor Hyperactivity Screening Checklist. Helping your Hyperactive/Attention Deficit Child. Sun Media 1986.
28. West SA, McElroy SL, Strawski SM, Keck PE, McConville BJ. Attention deficit hyperactivity disorder in adolescent mania. American Jour of Psychiatry. Feb 1995; Vol 152, No.2.
29. Zametkin A, Rapoport J. Neurobiology of Attention Deficit Disorder with Hyperactivity: Where Have We come in 50 Years?. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1987

XII. ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre: _____

Sexo: _____

MAESTRAS

Nombre de la maestra: _____

Tiempo de evolución: _____

Promedio escolar durante este año: _____

PADRES DE FAMILIA

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Tiempo de evolución: _____

Toma alguna medicina: Sí ___ No ___

Padece de enfermedad crónica: Sí ___ No ___

Padece de algún problema psíquico: Sí ___ No ___

Antecedentes de importancia: _____

INSTRUMENTO TAYLOR

Para cada una de las 21 conductas, ponga una X en una de las tres casillas para demostrar lo que es típico para el niño. Evite marcar la columna B: un 51% en cualquiera de las direcciones deberá ameritar marcar A o C. Marque B cuando existe 50% para cada una de las conductas descritas.

Comparado con otros niños de aproximadamente la misma edad, este niño demuestra típicamente la conducta:

A	B	C
Se comporta así:		
	1. Callado	Bullicioso y platicador
	2. El volumen de voz es bajo y normal	La voz es generalmente muy alta para la ocasión
	3. Pocos ruidos con la boca y cuerpo	Hace muchos sonidos con la boca y cuerpo, silba, tiene tics
	4. Camina en ocasiones apropiadas	Camina, corre, necesita que se le llame la atención
	5. Mantiene las manos quietas	Toca, siente, agarra
	6. Está calmado, puede estar quieto	Siempre tiene una parte de su cuerpo moviéndose
	7. Puede estar simplemente sentado	Tiene que estar haciendo algo para ocuparse cuando está sentado, se aburre fácilmente
	8. Lento para reaccionar, deliberado, no impulsivo	Muy rápido para reaccionar, impulsivo, usa primero la boca y manos, antes que el cerebro
	9. Entiende por qué padres/maestros se disgustan después de una mala conducta	Se sorprende y confunde de el por qué otros se disgustan; no conecta sus propias acciones con las reacciones de los otros
	10. Piensa las consecuencias antes de actuar	Hace cosas sin considerar las consecuencias antes de tiempo; descuidado
	11. Evita las travesuras de otros niños	Esta metido en travesuras; airado y curioso acerca de ellas o las inicia
	12. Preocupado sobre los castigos y consecuencias, sumiso	Pretende tener una actitud de "No me importa" al ser amenazado o castigado; desafiante
	13. Obedece y sigue ordenes	Desobedece; necesita supervisión y que se le recuerden las cosas; olvidadizo

A		B	C
	14. Humor constante, con leves y lentos cambios; calmado	Malhumorado; impredecible; rápido en enojarse o llorar	
	15. Llevadero, maneja frustraciones sin mucho enojo; paciente; es chiviado	Irritable, impaciente, se frustra fácilmente	
	16. Sus emociones son controladas no extremas y no influyen relaciones con otros	Emociones son extremas y mal controladas; explosivo	
	17. Cooperar y obedece las reglas de los juegos	Alega acerca de las reglas; quiere ser la excepción; oposicional	
	18. Acepta si se le niega una petición, privilegio, cosa o actividad	Alega, presiona y no toma un no por respuesta	
	19. Se concentra y bloquea distracciones cuando trabaja en algo	Se distrae fácilmente por ruidos y gente; poco tiempo en el que pone atención	
	20. Termina proyectos, es organizado en sus actividades	Va de actividad en actividad; no termina cosas que empieza	
	21. No trata de molestar o dañar a otros con palabras	Ridiculiza: tiene que tener la última palabra.	

El puntaje total se obtiene al sumar las x en la columna B más el doble de la suma de las x en la columna C.

Puntaje total: _____

Diagnóstico: _____

Escala:

0-24 puntos No Desorden Déficit Atención

25-27 puntos Fronterizo

28-32 puntos Hiperactividad leve

33-37 puntos Hiperactividad moderada

38-42 puntos Hiperactividad severa

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central