



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

**TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN
ESCOLARES. E.B.N. “ELSA MONTES DE RIVAS”. CIUDAD BOLÍVAR.
ESTADO BOLÍVAR. AÑO ESCOLAR 2011-2012**

Asesora:

Dra. Lismar J., Vera F.

Trabajo de Grado presentado por:

Anni Alejandra, Rengel Herrera

C.I. N° V- 17.838.084

Como requisito parcial para optar al título de Médico Cirujano.

Ciudad Bolívar, Febrero 2012

INDICE

AGRADECIMIENTOS	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	22
Objetivo General	22
Objetivos Específicos.....	22
METODOLOGÍA	23
Tipo de estudio.....	23
Ubicación geográfica	23
Universo.....	23
Muestra	24
Criterios de Inclusión.....	24
Criterios de Exclusión.....	24
Criterios clínicos para aplicar la escala de Conners.....	24
Métodos e Instrumentos	25
Procedimientos.....	26
Presentación y Análisis de Resultados.....	27
RESULTADOS.....	28
DISCUSIÓN	46
CONCLUSIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
APÉNDICES.....	64
ANEXOS	68

AGRADECIMIENTOS

El éxito más que constituir un fin, es el resultado natural de un compromiso personal, que nace y se construye desde nosotros mismos, es algo incuantificable e incluso indescriptible, es una meta que debe repetirse tantas veces sea necesario. No hay límites para experimentarlo. La persistencia conquista a todos los críticos y aniquila los obstáculos. El éxito constituye la fuerza, ejemplo, apoyo y motivación. Cuando un sueño se hace realidad no solo se atribuye al empeño que pongamos en realizarlo, detrás de cada sueño hay artistas que pintan contigo el paisaje.

A Dios, Mi familia y a todas las grandes personas que consolidaron la lucha para el alcance de este triunfo, a ustedes mi más sincero agradecimiento.

A la Universidad de Oriente, por ser mi casa de estudio, la casa más alta, quien sustentó de conocimientos valiosos toda mi carrera y así a su vez a todos los profesores que forman parte de esta casa de estudio, a mi Tutora Dra. Lismar Vera por su valiosa orientación, apoyo infinito y por brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica, fundamentales en la realización de este trabajo y a la Dra. Rita Pérez por sus valiosas sugerencias, permanente disposición y desinteresada ayuda.

Al Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, por ser el centro principal de la realización de la práctica profesional, en la búsqueda de la excelencia académica y facilitar el camino hacia el éxito de mi carrera.

A la Escuela Básica Nacional “Elsa Montes de Rivas”, por prestarme toda la colaboración posible, la cual permitió la recolección de los datos para realizar este estudio.

Y a todas las personas que con sus pequeños detalles hicieron posible la realización de este trabajo de investigación.

DEDICATORIA

A Dios creador del universo y dueño de mi vida, por darme la salud, iluminar mi sendero, brindarme protección y fuerza constante para que este reto fuese logrado.

A mis padres, Carmen Herrera y EddelRengel, por ese invaluable ejemplo de lucha y perseverancia, sin ustedes esto no hubiese podido ser realidad. Por confiar en mi, ayudarme a brillar con luz propia, representar en mí el esfuerzo y sacrificio, impulsándome para seguir luchando y me enseñaron todo el valor y toda la fuerza en un solo abrazo.

A mis hermanos, Astrid y Eddel, por acompañarme en este viaje “mi carrera universitaria”, compartir mi pasión por ella, han sido mi fortaleza para continuar este camino, diciéndome a diario lo orgullosos que están de mí.

A mi Tía Ismenia por brindarme su apoyo incondicional, sin medida, le agradezco que siempre estuvo a mi lado, por enseñarme que no hay límites, que lo que me proponga lo puedo lograr y que solo depende de mí, por eso muchísimas gracias. A mi Tía Josefina por darme las fuerzas para seguir luchando día a día.

A mis abuelos: Alejandra, Alejandro, Pablo que desde el cielo me acompañan y Esther por su amor y apoyo en cada etapa del camino recorrido, los quiero.

A mis primas, Cristina, María Alejandra y María Milagros por su ayuda y por hacerme saber siempre que puedo contar con ustedes, muchísimas gracias. A mis Primitas Gloria y Diana, por permitirme soñar y crecer con su imaginación.

A mi tutora y profesora, Dra. Lismar Vera por sus conocimientos transmitidos a lo largo de todo este tiempo y facilitar el logro de esta nueva meta.

A todos mis amigos, Javier, Edenys, Enrico, Jenny, Santos, Marianella, Tairo, Lida, Judith, Ysbelice y Roberto por sus innumerables consejos, gratos momentos y apoyarnos en conjunto en la ardua tarea de caminar hacia la perspectiva de un nuevo día, siempre los recordaré.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO BOLIVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco BattistiniCasalta”
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

**TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN
ESCOLARES. E.B.N. “ELSA MONTES DE RIVAS”. CIUDAD BOLÍVAR.
ESTADO BOLÍVAR. AÑO ESCOLAR 2011-2012**

Asesora: Dra. LismarJosefina, Vera Freites
Herrera.

Autora:Rengel, Anni Alejandra

Año 2012

RESUMEN

El Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH) es un importante problema de salud pública debido a su alta prevalencia; inicia en etapas precoces de la infancia; puede llegar a ser un proceso incapacitante persistiendo a lo largo del tiempo afectando así las diferentes esferas comportamentales; familiar, escolar y social, y a su alta comorbilidad, por lo que siempre deben investigarse otras patologías asociadas que conllevan un gran riesgo para el futuro del niño. **Objetivo:** Conocer la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 1º a 3º grado de educación básica de la E.B.N “Elsa Montes de Rivas”, Ciudad Bolívar, estado Bolívar, en el año escolar 2011-2012. **Metodología:** Estudio descriptivo, de campo, corte transversal, cuantitativo, no experimental, universo representado por 157 niños de 1º a 3º grado y la muestra conformada por 25 alumnos que presentaron criterios clínicos para TDAH. Se utilizó la entrevista estructurada “Escala Conners Revisada para Profesores” (versión larga) y se aplicó un cuestionario a los padres de los 25 niños que presentaron diagnóstico clínico de TDAH. Los datos fueron codificados, y organizados en una base de datos computarizada tabulada en Microsoft Office Excel 2010, presentados en cuadros. Se aplicó estadística descriptiva y distribución de frecuencias relativas y porcentajes. La evaluación de los resultados se realizó con el programa SPSS versión 15.0. Se evaluó la asociación mediante el método estadístico Chi Cuadrado (χ^2), prueba de significancia estadística. El método de resolución fue de tipo analítico sintético. **Resultados:** Estadísticamente significativos con un nivel de significancia de un 5% ($p < 0,05$) y un complemento de probabilidad empleado (nivel de confianza) de un 95% (0,95), la mayor frecuencia de TDAH fue observada en el grupo etéreo de 7 años con 44% ($n=11$), en segundo grado con 52% ($n=13$), el sexo predominante el masculino con 64% ($n=16$), de los cuales el 36% ($n=9$) se encontraron en segundo grado. Se observó que en segundo grado hubo predominio de todos los subtipo de TDAH, con mayor influjo en el subtipo combinado en 28% ($n=7$). La edad más frecuente de 7 años en 44% ($n=11$), de los cuales 20% eran del subtipo combinado 20% ($n=5$). El sexo predominante masculino con 64% ($n=16$), de los cuales 36% ($n=9$) eran del subtipo combinado o mixto 20% ($n=5$). El 80% ($n=20$) presentó antecedentes familiares para TDAH. En cuanto a los antecedentes prenatales 56% ($n=14$) la mayoría fueron embarazos no controlados, con predominio en las hemorragias del 1er, 2do y 3er trimestre con 60% ($n=15$), siendo 68% ($n=17$) pretérmino/bajo peso con 68% ($n=17$), forma del parto fue cesárea/instrumental con 64% ($n=16$). Hubo antecedentes de infecciones neonatales en 56% ($n=14$). Mientras que 72% ($n=18$) no ha recibido intervención psiquiátrica ni tratamiento farmacológico respectivamente. **Conclusiones:** En la muestra estudiada se encontró una clara presencia de síntomas de TDAH, con resultados de las variables estudiadas que se asemejan a lo reportado en la literatura internacional. **Recomendaciones:** Implementar programas de salud mental en las escuelas para la capacitación de docentes, buscando ayuda multidisciplinaria: docentes, médicos, psiquiatras, psicólogos y psicopedagogos, para identificar el TDAH en los estudiantes y referir a los escolares en caso de requerir intervención psiquiátrica y tratamiento farmacológico.

Palabras claves: trastorno en niños, déficit de atención, hiperactividad, TDAH, Ciudad Bolívar.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDAH) es un cuadro sintomático heterogéneo desde el punto de vista clínico y pronóstico, caracterizado básicamente por una atención lábil y dispersa, impulsividad e inquietud motriz exagerada para la edad del niño y sin carácter propositivo que son impropias para el grado de desarrollo del mismo. Es la alteración comportamental más común durante la infancia y la más frecuente del período escolar, debido a que aparece en edades tempranas, repercute en la vida cotidiana del niño y existe la probabilidad de que persista a lo largo de la vida ^{1,2}.

Este trastorno se ha descrito desde la antigüedad, siendo difícil aportar la primera referencia científica al respecto. Algunos señalan a H. Hoffmann como el primer autor que describe claramente a un niño con TDAH a mediados del siglo XIX. Poco después, en 1887, Bourneville describe “niños inestables” caracterizados por una inquietud física y psíquica exagerada, una actitud destructiva, a la que se suma un leve retraso mental. En 1902 Still describe y agrupa de forma precisa esta patología, señala niños violentos, inquietos, molestos, destructivos, dispersos y añade la repercusión escolar como característica asociada, y la apunta incluso en niños sin déficit intelectual, le da el nombre de “Defectos de control moral”. En 1931 Shilder asocia asfixia perinatal, realiza una observación clara que se mantiene hasta nuestros tiempos. Refiere 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 señalan “Síndrome de impulsividad orgánica” para explicar el origen orgánico del TDAH. En 1962 Clements y Peters hablan del Síndrome de disfunción cerebral mínima, apoyando la posibilidad de un origen funcional ¹.

Desde el punto de vista etiológico, como menciona Cardo y Severa, todo parece indicar un tipo de herencia poligénica multifactorial con influencia cuantitativa y expresión variable, dependiendo de los factores ambientales diversos, entre los cuales parecen encontrarse las circunstancias perinatales y posiblemente los métodos de crianza y de educación ³.

Se han acumulado gran cantidad de evidencias que prueban que el TDAH depende en gran medida de una importante carga genética comparable a la de otros trastornos psiquiátricos. Los estudios familiares más simples indican que el riesgo de padecer un TDAH es de 2 a 5 veces mayor para los familiares de primer y segundo grado de los pacientes. Los estudios en gemelos descubren que la concordancia en monocigóticos duplica o triplica a la que se encuentra en dicigóticos e indican además que la heredabilidad del componente hiperactivo/impulsivo sería algo menor que la del síndrome de inatención. Los estudios de adopción refrendan las mismas conclusiones. Los cálculos basados en los estudios de gemelos hallan una heredabilidad global para el TDAH de un 80%².

Las complicaciones prenatales, perinatales y de la infancia podrían causar lesiones cerebrales en momentos críticos del desarrollo pudiendo contribuir a las manifestaciones psicopatológicas posteriores. Las madres de niños con TDAH presentan mayor número de complicaciones en el embarazo y parto que otras madres. Investigaciones retrospectivas han confirmado la asociación positiva entre el riesgo a padecer TDAH y las complicaciones en el embarazo, parto e infancia, destacando el hábito de fumar o consumo de alcohol durante el embarazo, bajo peso al nacer (< 2500 gr.), anoxia o hipoxia prolongada⁴.

Los niños que nacen prematuramente y, en especial, los de peso inferior a 1.500 gramos, sufren una variedad de trastornos neurológicos y del desarrollo, además de las ya conocidas complicaciones médicas de la prematurez. Estudios de seguimiento de niños nacidos con bajo peso aportan evidencia como factor de riesgo para el TDAH. Estudios revelaron que los niños con TDAH tenían tres veces más probabilidad de haber nacido con bajo peso al nacer que los del grupo control, habiendo controlado variables tales como la exposición prenatal al tabaco y al alcohol, el estatus socioeconómico, el TDAH en los padres y la comorbilidad con trastornos conductuales en padres e hijos⁴.

Se ha sugerido que el TDAH se trata, en realidad, de un conjunto de síntomas que forman parte de otras entidades psicopatológicas y no una entidad propia. Pero esta controversia ha sido resuelta por un importante grupo de autores que acreditan la asociación de TDAH con otros diagnósticos comórbidos, con independencia sindrómica⁵.

En cuanto a los problemas de funcionamiento mental subyacentes a los síntomas, las teorías han evolucionado a lo largo de la historia entre responsabilizar sobre todo a la hiperactividad, o dar más importancia a la inatención. Las primeras descripciones del trastorno consideraban que la hiperactividad y la impulsividad eran los síndromes fundamentales. Desde los años 70, fue adquiriendo cada vez más importancia el síndrome de inatención como problema primario al que podría o no añadirse la hiperactividad⁶.

En la actualidad se mencionan tres modelos teóricos que reflejan en parte esta controversia histórica, aunque el progreso del conocimiento sobre el funcionamiento cerebral les haya aportado refinamiento y detalle. Estas tres teorías son: El Modelo de déficit atencional de Mirsky, pone el acento en los problemas de atención, a la que concibe como suma de cuatro procesos: enfoque atencional, mantenimiento de la atención, procesamiento de datos con la memoria de trabajo, y capacidad para cambiar el foco de atención de modo flexible y adaptativo. Los pacientes con TDAH tendrían dificultades en uno o varios de estos procesos⁷.

Otra teoría, es el Modelo de dificultades para la inhibición conductual de Barkley, la cual hace énfasis en la hiperactividad y la impulsividad. La falta de inhibición a la que alude el autor no afectaría sólo a la conducta motora, sino también a la “conducta mental” o procesos mentales que gobiernan el comportamiento. Según esta teoría los pacientes con TDAH serían incapaces de frenar la respuesta mental (y por ende motora) a determinados estímulos. Esto impediría que entraran en juego las funciones ejecutivas que regulan el funcionamiento mental y la conducta. Y el

Modelo de alteración de las funciones ejecutivas de Brown: surge como una suerte de modelo intermedio. Considera que efectivamente existe en estos pacientes un problema para la inhibición conductual que dificulta el despliegue de las funciones ejecutivas; pero también que éstas, entre las que están la atención y la concentración, tienen un funcionamiento deficiente no relacionado sólo con las dificultades para la autorregulación de los procesos psíquicos ^{7,6}.

Diferentes estudios explican los posibles mecanismos involucrados en su etiopatogenia. Entre ellos; Estudios neuropsicológicos: Los aspectos psicosociales contribuyen, sin lugar a dudas, a incrementar o favorecer la sintomatología del niño hiperactivo: la mala relación entre los padres, el bajo nivel socioeconómico, el nivel cultural de los padres, las familias numerosas son factores de riesgo para la aparición de trastornos del comportamiento, incluido el TDAH. Todos los estudios cognitivos han relacionado las características clínicas de niños hiperactivos con la presencia de un autocontrol deficitario, dificultades en la codificación de la información y funciones corticales pobres en el ámbito ejecutivo ⁸.

En los estudios neuropsicológicos, se justifica la sintomatología por un déficit en la inhibición de respuestas; es decir, una dificultad para mantener las respuestas impulsivas bajo un control adecuado. Sin embargo, estos estudios revelan que al déficit anterior se suma la dificultad en otras áreas cognitivas. No sólo está modificado de forma anormal el autocontrol, sino otras tareas corticales como la organización, el lenguaje, la ejecución de tareas de forma simultánea, la traducción y memorización de la información recibida. Esta teoría es una de las más defendidas ^{8,6,9}.

Otros hallazgos apuntan hacia el llamado síndrome del hemisferio derecho. Este síndrome clínico, descrito inicialmente por Voeller en 1986, señalaría al hemisferio derecho disfuncional como responsable de un déficit de atención, de la

integración visoespacial y del procesamiento de información afectiva. Podrían justificar la presencia de dificultades de aprendizaje, memoria, concentración y organización en niños sanos a priori. Este síndrome nos apunta una disfunción, y no una verdadera lesión; sin embargo, se vería apoyada por las anomalías anatómicas difusas del hemisferio derecho encontradas en algunos pacientes con TDAH ¹.

Los hallazgos neurofisiológicos no son característicos en ningún sentido en lo que respecta al TDAH pero nos han revelado unas respuestas diferentes referentes a la población normal. Los estudios neurofisiológicos explican etiopatogenia: El EEG cuantificado y el mapping cerebral, señalan la presencia de un aumento o enlentecimiento de la actividad, principalmente en áreas frontales. Los potenciales cognitivos de larga latencia muestran amplitudes disminuidas y latencias más prolongadas en los niños con TDAH. Las características de la latencia y amplitud de estas respuestas se han relacionado con la sintomatología del paciente. Por otro lado, el tratamiento con metilfenidato se ha asociado a cambio o normalización de los hallazgos descritos ¹⁰.

Diferentes hipótesis se han propuesto para explicar el TDAH; los más aceptados abarcan los estudios neuroquímicos en la etiopatogenia de este trastorno, involucrando a la dopamina, la noradrenalina y la serotonina. Algunas de estas teorías se han apoyado en bases genéticas y neuroradiológicas. Hipótesis dopaminérgica: Se apoya principalmente de la lesión experimental en animales con la neurotoxina 1-metil-4-fenil-1,2,3,6-tetrahidropiridina (MPTP) que lesiona el núcleo caudado y el eje caudado-frontal, asociando la presencia de hipercinesia, déficit de atención y otros déficit corticales. La lesión de los sistemas dopaminérgicos en ratas ha revelado la presencia posterior de hiperactividad motora y déficit de aprendizaje ¹¹.

Los estudios neuroradiológicos funcionales revelan alteraciones en las vías dopaminérgicas. La concentración de dopamina marcada es superior en el hemisferio

cerebral derecho de niños con TDAH que en niños sanos. Los estudios realizados en LCR respecto a los metabolitos de la dopamina no han sido totalmente concluyentes. Algunos estudios han demostrado una menor concentración en LCR de ácido homovanílico (metabolito de la dopamina) en niños con Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad; la lesión traumática o infecciosa de las vías dopaminérgicas asocia una sintomatología similar al TDAH.¹¹

Aunque las hipótesis noradrenérgica y serotoninérgica no tienen tantos parámetros de apoyo, algunas características pueden justificarse con la clínica u otras exploraciones; en niños con TDAH se ha encontrado unos niveles más bajos de metoxihidroxifenilglicol (MHPG), un metabolito central de la noradrenalina, que en niños sanos. Estos hallazgos sugieren la presencia de un trastorno del metabolismo central de la noradrenalina. La Hipótesis serotoninérgica, probablemente tiene menor peso específico. Estaría implicada, sobre todo debido a su rol en el control de los impulsos, mediado por su acción sobre el eje mesolímbico-cortical. De nuevo, el beneficio obtenido con algunos psicotropos que actúan en el metabolismo de la serotonina puede justificarse por el beneficio en la comorbilidad del TDAH.⁸

La hipótesis gabérgica, está determinada por el ácido gamma-aminobutírico (GABA). Es un inhibidor y tiene una distribución restringida, pero específica, sobre el sistema nervioso central (SNC). Actúa inhibiendo la membrana postsináptica y participa de la regulación del circuito atencional subcortical. El circuito atencional subcortical lo constituyen los ganglios de la base y sus conexiones con la corteza temporofrontal. Su acción se localiza postsinápticamente en la corteza cerebral y la cerebelosa, mientras que presinápticamente lo hace en las vías aferentes de la médula espinal. Su valencia es siempre inhibitoria. Algunos autores defienden la posibilidad más compleja. La Hipótesis de múltiples neurotransmisores que señalan la interacción anormal entre varios neurotransmisores, la dopamina el más involucrado, y la

noradrenalina, la serotonina, el GABA probablemente actúen como moduladores clínicos¹².

En los últimos veinte años, ha existido un consenso implícito para diagnosticar el TDAH en función del déficit en las dimensiones del funcionamiento cognitivo y conductual: la inatención y la sobreactividad motora o impulsividad. Desde el punto de vista práctico, y aún con sus claras limitaciones, la propuesta ha funcionado razonablemente bien, así, se han generado múltiples recursos para la evaluación y el tratamiento del TDAH⁷.

Los principales sistemas de diagnóstico clínico de los trastornos mentales y emocional de los niños son la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10^a edición (CIE-10), Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (OMS, 1993) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM- IV) (American Psychiatric Association, 1994). Los criterios de la investigación de la CIE-10 y el DSM-IV, son prácticamente idénticos. La CIE-10 se compone de un volumen de descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, y un volumen independiente que contiene los criterios diagnósticos para la investigación. El DSM-IV utiliza los criterios de funcionamiento y no se separa de los criterios de investigación clínica. La CIE-10 es un sistema exclusivo categórico que permite diagnósticos compuestos, mientras que el DSM-IV permite diagnósticos múltiples^{6, 13, 5}.

El DSM-IV establece como criterios para el diagnóstico del TDAH, la presencia de seis o más de los siguientes *síntomas de inatención* que hayan estado presentes por lo menos durante 6 meses, al punto de que sean inadecuados para el nivel de desarrollo del individuo: a menudo no presta la debida atención a los detalles o, por descuido, comete errores en las tareas de la escuela, el trabajo y otras actividades; tiene problemas para concentrarse en las tareas o en los juegos; parece

que no escucha cuando se le habla directamente; no sigue las instrucciones y no termina las tareas de la escuela, los quehaceres o cualquier otra responsabilidad en el trabajo (no por conducta oposicional ni por no entender las instrucciones); le cuesta organizar actividades; evita, no le gusta o se niega a hacer cosas que requieren mucho esfuerzo mental por un periodo largo (como tareas escolares o quehaceres de la casa); pierde las cosas que necesita para hacer ciertas tareas o actividades (p. ej. juguetes, trabajos escolares, lápices, libros, o herramientas); se distrae fácilmente; tiende a ser olvidadizo en sus actividades cotidianas ¹³.

El DSM- IV utiliza 6 o más *síntomas de hiperactividad con impulsividad*, los cuales deben estar presentes en la persona al menos durante 6 meses, al punto de que sean inadecuados y tengan un efecto perturbador para el nivel de desarrollo: en el caso de Hiperactividad, los criterios utilizados son: se la pasa jugueteando con las manos y los pies o se mueve todo el tiempo cuando debe estar sentado quieto; se levanta de la silla cuando debe permanecer sentado; corre o se trepa en lugares y momentos inoportunos (los adolescentes y los adultos se pueden sentir muy inquietos); se le dificulta jugar o disfrutar tranquilamente de las actividades recreativas; a menudo “está en constante movimiento” o parece que le hubieran “dado cuerda”; habla demasiado. En lo que respecta a *Impulsividad*, se utilizan los siguientes criterios: a menudo suelta una respuesta sin haber oído toda la pregunta; le cuesta esperar su turno; interrumpe a la persona que está hablando o se entromete con los demás (p. ej., irrumpe bruscamente en las conversaciones o los juegos) ⁵.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV), Texto Revisión APA 2000, contempla 3 dimensiones para establecer el diagnóstico; inatención, hiperactividad e impulsividad que deben estar presentes antes de los 7 años de edad; algunas alteraciones provocadas por los síntomas deben presentarse en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela y en casa); deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del

funcionamiento social, académico o laboral; los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican por la presencia de otro trastorno mental (trastornos del estado de ánimo, ansiedad, disociativo o un trastorno de la personalidad) ^{6,5}.

Las diferencias en el número de síntomas en las dimensiones de desatención e hiperactividad/impulsividad permiten distinguir tres subtipos diagnósticos: predominantemente inatento, en el cual los niños tienen seis o más síntomas de inatención y cuatro o menos síntomas de hiperactividad/impulsividad; predominantemente hiperactivo/impulsivo, con seis o más síntomas de hiperactividad/impulsividad y cuatro o menos de inatención y el combinado, con seis o más síntomas en ambas dimensiones ⁹.

Otro sistema utilizado en psiquiatría para el diagnóstico de TDAH es la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS); publicada en 1996. Según ésta es necesaria la existencia simultánea de los 3 tipos de síntomas: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, constituyendo el cuadro de “alteración de la actividad y la atención”. Reconoce además una categoría separada, “el trastorno hiperquinético de la conducta” cuando coinciden, además de los 3 síntomas, una alteración de la conducta. De este modo con el CIE-10, al ser los criterios más restrictivos, se diagnostican menos cuadros que con el DSM-IV ^{14, 15}.

La CIE-10 permite identificar los síntomas en base a los siguientes criterios de investigación: En lo que respecta al *Déficit de atención*: frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades; incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego; a menudo aparenta no escuchar lo que se le dice; imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones; disminución de la

capacidad para organizar tareas y actividades; evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido, a menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc.; fácilmente se distrae ante estímulos externos; con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias ^{16, 17}.

La CIE-10 en lo que atañe a la *Hiperactividad*, los criterios que permiten identificar este trastorno son: con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento; abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado; a menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas; inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas; persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social. Respecto a la *Impulsividad*, los criterios que reconocen el trastorno son los siguientes: con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas; a menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo; interrumpe o se entromete en los asuntos de otros; habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales ^{16, 17}.

Es importante destacar que es necesario el cumplimiento de pautas para identificar el trastorno: el inicio de los síntomas se presentan antes de los siete años; los criterios deben cumplirse en más de una situación; los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral; no cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad. ^{18, 17}.

A pesar que los criterios diagnósticos y definiciones de ambos sistemas de clasificación son casi idénticos, no significa que el acuerdo de los dos sistemas sea total. Una característica de la CIE-10 no compartida por el DSM-IV, es el hecho de que la presencia de otros trastornos representa un criterio de exclusión, es decir, no se recomienda el diagnóstico de TDAH en presencia de trastornos afectivos y de ansiedad. Por el contrario, el DSM-IV plantea la posibilidad de comorbilidad del TDAH con otros diagnósticos (de conducta, de ansiedad o afectivos); solo se excluye si aparece en el curso de un trastorno generalizado del desarrollo, o de un trastorno psicótico. Por último, la obtención de un diagnóstico por los criterios de investigación de la CIE-10 exige la presencia de los tres síntomas esenciales, al menos 6 síntomas de inatención, 3 de hiperactividad y 1 de impulsividad; sin embargo según el DSM-IV, tanto las dificultades de atención como las de hiperactividad-impulsividad pueden producir un diagnóstico positivo ^{15, 9, 3}.

En el DSM-IV existe la posibilidad, no contemplada en la CIE-10, de que un niño con el tipo inatento pueda no tener ningún síntoma de hiperactividad/impulsividad. Por ello, si se siguen criterios CIE-10, es más probable que los niños con el tipo inatento queden por debajo del umbral diagnóstico y su trastorno quede sin detectar, produciéndose así un falso negativo (menor sensibilidad y mayor especificidad). Por otro lado, al usar criterios DSM-IV, es más probable diagnosticar las formas de hiperactividad e inatención leves en el niño (teóricamente “normales” para la edad) como TDAH, con mayor riesgo de obtener falsos positivos en el diagnóstico (menor especificidad y mayor sensibilidad) ^{15, 14, 7}.

En lo que respecta a los subtipos de TDAH, Arco, Hinojo y Fernández en el año 2003, señalan que, en niños y niñas de edad escolar, los síntomas de inatención pueden afectar al trabajo de clase y el desempeño académico, mientras que los síntomas impulsivos pueden llegar a romper con reglas familiares, interpersonales y/o educativas. Del mismo modo, los familiares de niños con Trastorno por Déficit de

Atención e Hiperactividad tienen una mayor prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos como el trastorno disocial, los trastornos obsesivo-compulsivos, los trastornos por ansiedad, la personalidad antisocial, los trastornos del estado de ánimo, y el abuso de sustancias ¹⁹.

Actualmente existen suficientes evidencias para pensar que al menos la mitad de los niños que sufren el TDAH continuará padeciéndolo con mayor o menor repercusión funcional durante su vida adulta. Los medicamentos más utilizados para tratar este síndrome son psicoestimulantes constituyendo los tratamientos farmacológicos más utilizados en Psiquiatría. El metilfenidato (Ritalin o Ritalina, Concerta, Methlyn y Metadate), es el más usado en la población Infanto-juvenil en el 70% de los casos. Está relacionado con la D-anfetamina, su mecanismo de acción es el aumento de la transmisión dopaminérgica y noradrenérgica a través de la liberación de dopamina, inhibiendo la recaptación presináptica, inhibiendo la actividad de la MAO y aumentando la transmisión serotoninérgica. La Pemolina (Cylert). es estructuralmente diferente, tiene muy poca actividad simpaticomimética y actúa principalmente sobre la transmisión dopaminérgica, actualmente en desuso debido a su hepatotoxicidad ^{11, 20}.

Las anfetaminas (Adderall) han sido asociadas a varias muertes súbitas en niños que lo utilizaban. Por esta razón el uso de este medicamento fue suspendido en Canadá por varios meses en 2005. Actualmente, no se usa en pacientes con problemas cardíacos. La atomoxetina es el único medicamento no estimulante que cuenta con la aprobación para el tratamiento del TDAH en niños, adolescentes y adultos es Strattera (atomoxetine). Este medicamento funciona de forma similar a algunos medicamentos antidepresivos. La atomoxetina es un potente inhibidor selectivo de la recaptación de la noradrenalina, con escasa afinidad por transportadores o receptores de otros neurotransmisores, como la dopamina o la serotonina. Se ha constatado su eficacia y seguridad en el tratamiento del TDAH, y rivaliza en eficacia con el metilfenidato ^{21, 22}.

La segunda línea de tratamiento son los antidepresivos tricíclicos. Los más comúnmente utilizados son la imipramina y la desipramina. También ha resultado eficaz la nortriptilina. Por su parte, los Inhibidores de la MAO (IMAOs) no son recomendables por sus efectos secundarios, la alta posibilidad de interacción con otras drogas, así como la necesidad de vigilancia para seguir una dieta libre de tiramina. El bupropion es un antidepresivo estructuralmente diferente de los antidepresivos tricíclicos, tetracíclicos u otro tipo, se ha observado que los niños que tienen problemas de conducta asociados al trastorno de la atención responden mejor a este tratamiento. En cuanto a la fluoxetina (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina), se ha observado que al agregarla al tratamiento produce un significativo mejoramiento de la atención y concentración y alivia los síntomas depresivos, ansiedad, irritabilidad y oposicionismo que no responden al tratamiento con Metilfenidato solo. Los niños más profundamente afectados son los que muestran una mejoría más notable ^{21,23}.

Los Antipsicóticos están indicados en aquellos casos muy severos que no responden a otros tratamientos. La tioridazina es efectiva en el tratamiento de trastornos de conducta severos e hiperactividad. El haloperidol ha demostrado ser efectivo en los casos con marcada hiperactividad o reacciones de agresividad. Una buena indicación son los antipsicóticos atípicos, la risperidona es efectiva en el control de la hiperactividad y de la impulsividad, si producir interferencias en la atención ^{24, 12}.

En la actualidad, el tratamiento óptimo para el TDAH, es multimodal, basándose en el tratamiento farmacológico con intervención psiquiátrica, en los casos de TDAH sin trastornos de conducta comórbido, se sugiere la intervención psiquiátrica como adyuvante importante para medicación psicoestimulante, En caso de comorbilidades asociadas, la combinación de fármacos y terapia cognitivo conductual, son los pilares sugeridos ^{1, 5, 9}.

El cuadro sintomático se hace especialmente notable a partir de los tres primeros años de vida, mostrando una diversidad e intensidad clínica a partir de los seis años de edad, durante la etapa escolar. Hasta el momento y a pesar de las distintas investigaciones y esfuerzos científicos, no existe prueba de laboratorio o gabinete de carácter diagnóstico. Por ello, se usan Escalas Diagnósticas, que se dividen a su vez en Escalas Ampliadas o Generales y Escalas Específicas, dentro de estas últimas se encuentra la Escala de Conners, para Padres y Maestros^{9,1}.

El diagnóstico de los niños con TDAH depende básicamente de la observación de conductas específicas evaluadas a través de estas escalas. En la bibliografía se comunica que los padres y los maestros son fuentes fiables para identificar conductas que coinciden con los síntomas del TDAH²⁵.

Se realizaron diversos estudios internacionales para investigar la incidencia de TDAH en niños. En el año 2001 en la ciudad de Barcelona, España, se realizó un estudio que buscaba demostrar la utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en sus diferentes subtipos, en una muestra de 153 sujetos (113 con TDAH y 40 controles), con edades comprendidas entre 7 y 10 años. El porcentaje de sujetos es más elevado cuando se emplea la información que proviene de los padres (79,1%) que cuando se utiliza la proporcionada por los profesores (64,7%). Cuando la información suministrada viene dada por padres y profesores conjuntamente, aumenta el porcentaje de casos (80,4%), siendo elevada en sujetos con el subtipo combinado, tanto en la escala de profesores como en la de padres. Los sujetos con TDAH de tipo combinado tienen más problemas de conducta, de aprendizaje y de hiperactividad que los niños diagnosticados de TDAH con predominio del déficit de atención; estos últimos, a su vez, presentan más problemas de aprendizaje que el grupo de sujetos con TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo (HI)²⁶.

En un estudio en la ciudad de Medellín, Colombia, se tomó una muestra de 460 niños escolarizados de 13 colegios diferentes, se aplicaron test en forma separada para padres y maestros con el formulario del DSM IV, determinando la prevalencia del TDAH en un 13,7%. Cornejo, citando a Elia, *et al*, afirma que la prevalencia del TDAH en la población colombiana oscila entre 1,7 y el 17,8%, y entre el 8 y el 20%, según otros estudios ².

En México se considera que el 3-5% de la población infantil en edad escolar puede presentar este trastorno. Así mismo, Un estudio realizado en la Isla de Mallorca en el año 2006 con una muestra significativa de 1509 niños y niñas indican una tasa global de prevalencia del 4,6%. Y contrariamente a lo esperado la incidencia fue ligeramente superior en niñas 4,81% ^{25, 27}.

Diferentes investigaciones que comparan varones y hembras con un diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad (TDAH), ofrecen resultados sugiriendo que los varones son más hiperactivos y presentan mayor cantidad de problemas de conducta que las hembras con el mismo diagnóstico. Igualmente, la “American Academy of Pediatrics, 2000” refiere que este trastorno es 3-4:1 más frecuente en varones y que la prevalencia es de 8 a 10% de niños en edad escolar. Fernández en el año 2006, refiere también, que la relación según el sexo, muestra mayor prevalencia en varones que en niñas. Los estudios reflejan relaciones de 2:1 a 6:1. Estas diferencias están muy condicionadas por el tipo de estudio y las características sintomáticas de las niñas, cuya hiperactividad e impulsividad es habitualmente menor ^{28, 9, 1}.

Respecto a la edad, según cita Montiel en el año 2002, “existe un consenso general que establece que cuando el niño es pequeño los síntomas predominantes son los de hiperactividad-impulsividad; al comienzo de la educación primaria aparecen

los síntomas de desatención, y al finalizar la niñez y comenzar la adolescencia los síntomas de hiperactividad disminuyen y se acentúa la desatención”²⁹.

Otra revisión de este mismo autor revela en un análisis por grupos de edad en los dos sexos por separado, que para los varones de 3-5 años, el subtipo predominante es el hiperactivo-impulsivo, mientras que para el grupo de 6-8 y de 9-11 años, el subtipo combinado es el más prevalente 3,55 y 1,52%, respectivamente. Para las niñas se observaron las mismas relaciones entre subtipos y edades: subtipo hiperactivo-impulsivo más prevalente para el grupo de 3-5 años (0,25%); para los 6-8 y de 9-11 el subtipo combinado es el más prevalente (2,03 y 0,51%, respectivamente). El subtipo desatento no se presentó en el género femenino²⁹.

Cornejo en el año 2006 señala en los resultados de un estudio de la prevalencia de TDAH, que la edad promedio de los alumnos fue de 11,47 años, con una mayoría femenina (58,3%) Y en cuanto a los antecedentes personales, se encontró que en una sexta parte de los niños había una historia de repetición escolar (18,5%). El TDAH tiene repercusiones en el desempeño académico; ya que sólo un 4% de quienes lo padecen alcanza una situación profesional².

En un estudio en España, en el lapso 2007-2008, en alumnos de educación primaria y secundaria, desde los 6 a 16 años de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, con una población de alumnos de 212.567, la tasa de prevalencia de TDAH, correspondiente al criterio psicométrico y clínico es 6,66%. Los casos de TDAH presentan una media de edad de 10,77 años e incluyen un 69,9% del sexo masculino y 30,1% del femenino³⁰.

En Barcelona España, en el año 2006, se estudiaron 59 niños y adolescentes, entre 6 y 14 años, con TDAH para conocer la prevalencia en su historia prenatal, perinatal, neonatal y los problemas médicos posteriores, cuyos padres consultaron al

Servicio de Neuropediatría del Hospital ParcTaulí de Sabadell. En lo que respecta a la historia prenatal y perinatal, coincide que en el 45,7% de los escolares con TDAH, se utilizaron fórceps, hubo presentación podálica o ameritaron intervención quirúrgica (cesárea), el parto inducido ocupó el 44,20%, antecedentes tabáquicos el 30,80%, el uso de medicaciones el 15,70%, enfermedades importantes o accidentes el 9,80%. En cuanto a las complicaciones neonatales, la ictericia fue más frecuente en el 18,40%, seguido de hospitalizaciones en >4 días con un 16,30%, cianosis con el 6% de los casos, infección neonatal con un 2,10%, lesiones durante el parto, dificultad para respirar y malformaciones ocuparon el 2% de los casos ⁴.

Un estudio realizado en la Ciudad de la Habana Cuba por Prego, C., Bordonado, O., Estrada, C., Reyes, G., Álvarez, D, en el año 2010, con una muestra de 201 niños, concluyeron que las infecciones neonatales son responsables del 76,76% de la aparición del TDAH, cuyo resultado arrojó, que los niños con infecciones neonatales tienen 4,94 probabilidades más de padecer TDAH que los niños sin ese factor. La hipoxia perinatal en este mismo estudio se presentó en el 12,18% ³².

En Colombia, se realizó un estudio sobre los factores prenatales en escolares de 6 a 11 años que tuvieran diagnóstico confirmado de TDAH, se usaron las bases de datos de los niños evaluados en el Grupo de Neurociencias, en el Grupo de Neuropsicología y Conducta y de 70 colegios públicos y privados, de los diferentes estratos socioeconómicos de la ciudad de Medellín, se seleccionó una muestra aleatoria de 200 casos de ambos sexos, las cuales concluyeron que los factores de riesgos más prevalentes en el grupo de casos son: amenaza de parto prematuro (20% de los casos), seguido de amenaza de aborto (18,0%), hospitalizaciones en el primer mes (17,2%), enfermedades respiratorias con incapacidad (17,1%) y consumo de cigarrillos (7,0%) ³¹.

Se realizaron publicaciones a nivel nacional, los cuales indican que en Venezuela el estudio del TDAH es poco profundo. Durante el período de enero del 2001 a agosto de 2003 fueron evaluados los niños de la ciudad de Maracaibo. La población estaba constituida por escolares entre 4 y 13 años. Se estudió a 169 niños. La prevalencia ha sido estimada en 10,15% El perfil de niños con TDAH es similar para varones y hembras, con ausencia de diferencias marcadas que pudieran indicar que existe TDAH diferente dependiendo del género. La sintomatología presentada por varones y hembras es similar, con igual severidad de síntomas en las dimensiones de falta de atención e hiperactividad-impulsividad, el subtipo combinado fue más frecuente, seguido por el predominantemente hiperactivo ²⁸.

En la ciudad de Maracaibo, en el año 2006, se estudiaron a escolares de entre 6 y 12 años que asistían a escuelas regulares en el Municipio Maracaibo; usando la Escala Connors Revisada para Padres versión larga, de la muestra total de 1.141 niños, 82 obtuvieron puntuaciones que los identifican como casos de TDAH; esto corresponde al 7,19% de la muestra total. La prevalencia estimada del TDAH fue del 7,19%, y se obtuvo un 0,35% para el subtipo hiperactivo, un 1,14% para el subtipo desatento y un 5,70% para el subtipo combinado La prevalencia fue del 8,26% para el sexo femenino y del 6,20% para el masculino.El 7,45% de la muestra general puntuó elevado en las escalas de problemas académicos, mientras que para la muestra identificada como con TDAH, los problemas académicos fueron del 50% ³³.

Se realizó un estudio a nivel regional, en Ciudad Bolívar, en el año 2004, en donde se tomó a 128 pacientes diagnosticados con TDAH con edades entre 7-18 años, reportando prevalencia en los subtipos combinado e inatento de 22,7% para el sexo femenino y 77,3% para el masculino, con una edad media de 12.6 años ³⁴.

El TDAH es un trastorno real y no puede ser considerado un mito ya que existen evidencias en cuanto a su presencia y caracterización clínica en la población infantil, en diferentes países. Sin embargo, es necesario, para lograr un mayor

consenso, afinar los métodos diagnósticos y obtener mayor información acerca de los factores de riesgo y estudios profundos tanto en la etiología como en la manifestación clínica de este trastorno ³⁵.

La pertinencia de este estudio radica en que el TDAH es uno de los más importantes problemas clínicos y de salud pública en términos de morbilidad y disfuncionalidad principalmente en la población infantil, aunque también se presenta en la juvenil y adulta. Así son necesarios estudios que analicen la magnitud específica del problema, con la finalidad de que se desarrollen programas institucionales ajustados. Además, son escasos los estudios de prevalencia en nuestro país que sumen una primera fase psicométrica a una segunda clínica, garantizando una mayor precisión de los resultados ³⁰.

JUSTIFICACIÓN

El Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH) es un importante problema de salud pública debido a su alta prevalencia; inicia en etapas precoces de la infancia; puede llegar a ser un proceso incapacitante persistiendo a lo largo del tiempo afectando así las diferentes esferas comportamentales; familiar, escolar y social, y a su alta comorbilidad, por lo que siempre deben investigarse otras patologías asociadas que conllevan un gran riesgo para el futuro del niño ³⁶.

El TDAH desde el punto de vista profesional genera un número significativo de consultas médicas y es frecuente la falta de orientación del médico o psicólogo en relación a este trastorno; desde la óptica ambiental motiva una gran ansiedad familiar y preocupación escolar. Es, sin duda, una de las causas más frecuentes, en población infantil, de remisión a los médicos de familia, pediatras, psicólogos y psiquiatras infantiles y uno de los más importantes problemas clínicos en términos de morbilidad y disfuncionalidad ^{1,5}.

Aproximadamente la mitad de los pacientes diagnosticados del TDAH presenta al menos un trastorno psiquiátrico comórbido; en más del 50% de los casos coexiste, trastornos de la conducta y trastorno negativista desafiante, el 50%, trastornos específicos del aprendizaje; trastorno por ansiedad y trastorno en la coordinación del desarrollo, el 20%, trastorno depresivo y trastornos afectivos y menos del 20%, drogodependencia ^{36,5,25}.

Resulta paradójico que con la gran cantidad de conocimientos adquiridos no se esquiven y se subsanen los diferentes campos relacionados con el problema, y continúan siendo críticos en Venezuela. No ajenos a esta realidad, el propósito de éste estudio es conocer la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad

(TDAH) en niños escolarizados de 1° a 3° grado de educación básica de la E.B.N “Elsa Montes de Rivas” en Ciudad Bolívar, para actualizar los registros hechos en el pasado, reconocer la magnitud del problema y generar aportes oportunos en los diferentes niveles de abordaje en esta institución.

OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en escolares de 1º a 3º grado de educación básica de la E.B.N “Elsa Montes de Rivas”, Ciudad Bolívar, estado Bolívar, en el año escolar 2011-2012.

Objetivos Específicos

1. Determinar la frecuencia de TDAH en escolares según la edad y el grado que cursen.
2. Especificar la frecuencia de TDAH en escolares según el sexo y el grado que cursen.
3. Describir los subtipos de TDAH en escolares según el grado que cursen.
4. Identificar los subtipos de TDAH en escolares según edad.
5. Evaluar los subtipos de TDAH en escolares según sexo.
6. Identificar los antecedentes familiares de TDAH en los escolares evaluados.
7. Conocer los antecedentes prenatales de los escolares con diagnóstico clínico de TDAH.
8. Precisar los antecedentes neonatales de los escolares con diagnóstico clínico de TDAH
9. Identificar si los escolares con diagnóstico clínico de TDAH reciben intervención psiquiátrica.
10. Especificar si los escolares con diagnóstico clínico de TDAH reciben tratamiento farmacológico.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio descriptivo, de campo, corte transversal, cuantitativo, no experimental con el propósito de conocer la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en escolares de 1° a 3° grado de educación básica de la E.B.N “Elsa Montes de Rivas” en el año escolar 2011-2012.

La investigación de campo permitirá el análisis sistemático de problemas y factores constituyentes con el propósito de describirlos y entender su naturaleza a través de la recolección de datos en el sitio de acontecimiento. Un estudio con diseño no experimental es aquella donde el investigador se limita a observar los acontecimientos sin intervenir en el desarrollo de los mismos, ni manipular los resultados.

Ubicación geográfica

La Escuela Básica Nacional “Elsa Montes de Rivas” es una institución pública ubicada en la Calle Cardozo, sector La Coromoto, parroquia La Sabanita, en Ciudad Bolívar – Estado Bolívar.

Universo

El universo está representado por 157 niños de 1° a 3° grado de educación básica de la E.B.N “Elsa Montes de Rivas” en año escolar 2011-2012.

Muestra

La muestra está conformada por 25 alumnos que presentaron criterios clínicos para TDAH según la Escala de Conners.

Criterios de Inclusión

1. Los alumnos de 1º a 3º grado de educación básica de la E.B.N “Elsa Montes de Rivas” en el año escolar 2011-2012.
2. Diagnóstico clínico de TDAH según el DSM-IV.

Criterios de Exclusión

1. Alumnos con diagnóstico de enfermedad neurológica, psiquiátricas o retraso mental que expliquen mejor los síntomas.
2. No cumplir criterios del DSM-IV para el diagnóstico clínico de TDAH.

Criterios clínicos para aplicar la escala de Conners

1. Hiperactividad
2. Distractibilidad (Inatento).
3. Molestar a los compañeros.
4. Habla mucho.
5. No termina las tareas.
6. Interrumpe constantemente en clase.
7. Impulsividad.

Métodos e Instrumentos

Se utilizó la entrevista estructurada “Escala Conners Revisada para Profesores” (versión larga) como elemento para conocer la información requerida. (Anexo 1). Este instrumento está ampliamente validado, certificado, y ha sido usado en varias investigaciones ³⁷.

La Escala Conners es un instrumento reconocido y muy utilizado, original de Keith Conners (1989). Ha sufrido algunas modificaciones, y se disponen también de versiones simplificadas y actualizadas, ésta fue revisada en el año 1997. Está distribuido gratuitamente en la red. Se administra en unos 10 minutos aproximadamente. Es individual y se aplica a los profesores y maestros de los niños objetos de estudio.

Se califica en una escala tipo “lickert” cuyos anclajes son 0 y 3, con 4 opciones de respuesta, Nunca o ‘raramente’ (0), A Veces u ‘ocasionalmente’ (1), con Frecuencia o ‘frecuentemente’ (2) y Siempre o ‘muy frecuentemente’. (3).

La escala de Conners revisada, para profesores, versión larga: consta de 59 ítems, agrupados en 13 subescalas, y miden conductas observables que reflejan problemas de comportamiento, específicamente TDAH, y síntomas relacionados con el mismo. (Ver Anexo 1).

Se puede obtener un puntaje máximo de 177 pts, y se ha estimado como punto de corte 90 puntos y en consonancia con los criterios diagnósticos del DSM-IV, se discrimina un caso de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Discriminándose los subtipos predominantemente:

Hiperactivo/impulsivo (ítems 2, 7, 8, 11, 16, 20, 29, 34, 35, 36, 38, 39, 42, 46, 55, 59).

Inatento (ítems 3, 9, 12, 17, 18, 21, 26, 27, 28, 30, 33, 40, 48, 49, 50, 52, 56, 57, 58) y Combinado o mixto cuando se presenten en similar proporción ítems de ambos subtipos³⁷.

Se aplicó un cuestionario a los padres de los 25 niños que presentaron diagnóstico clínico de TDAH, la cual una parte fue tomada de la historia clínica, utilizando, antecedentes personales, familiares, neonatales, prenatales, además de datos sociodemográficos; con la finalidad de explicar las circunstancias que llevaron a adquirir la enfermedad y así evaluar los factores de riesgos asociados al TDAH. (Ver Apéndice B).

Procedimientos

Se elaboró una carta dirigida al director de la E.B.N “Elsa Montes de Rivas” a fin de solicitar la autorización y colaboración para la realización de este trabajo de investigación dirigido a conocer la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 1º a 3º grado de educación básica de la E.B.N “Elsa Montes de Rivas” en el año escolar 2011-2012. (Apéndice A).

El instrumento para recolectar la información requerida fue revisado y reproducido. Se explicó a los profesores, los criterios clínicos que deben reunir los niños para ser diagnosticados como TDAH, se identificaron a los niños con los criterios clínicos antes mencionados para la aplicación de la prueba. Luego se procedió a aplicar el instrumento (Escala de Conners) a los maestros de los niños seleccionados, identificados como TDAH según lo manifestado por los profesores. Posteriormente, se aplicó un cuestionario a los padres para conocer los antecedentes

familiares, prenatales, neonatales, personales y datos sociodemográficos del niño y bajo la asesoría de un experto estadístico, se procesaron los datos obtenidos.

Presentación y Análisis de Resultados

Los datos recopilados en la Escala de Conners y el cuestionario, fueron codificados, y organizados en una base de datos computarizada tabulada en Microsoft Office Excel 2010 y éstos resultados se presentaron en cuadros. Se aplicó estadística descriptiva y distribución de frecuencias relativas y porcentajes.

La evaluación de los resultados se realizó con el programa SPSS versión 15.0, lo que permitió su análisis posterior para convertirse en fuente de información resultante de la investigación.

Para evitar una correlación excesiva entre estas variables que pudieran dar deficiencias en las estimaciones, se evaluó la asociación mediante el método estadístico Chi Cuadrado (χ^2), prueba de significancia estadística, para obtener la relación entre las principales variables, estableciendo dos hipótesis; la hipótesis nula que niega la relación y la hipótesis alternativa que apoya la asociación de dichas variables.

Se fijó un nivel de significancia de un 5% ($p < 0,05$) con un complemento de probabilidad empleado (nivel de confianza) de un 95% (0,95). El método de resolución fue de tipo analítico sintético, el cual se caracteriza porque descompone en partes el fenómeno o situación de la vida real, identificando cada una de ellas, estableciendo una relación causa efecto entre los elementos, comparándolos con resultados de otros estudios de autores señalados en la investigación, alcanzando la síntesis, conclusiones y recomendaciones.

RESULTADOS

Tabla N° 1

Distribución de escolares según edad y grado que cursan los niños con criterios clínicos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) de la E.B.N. “Elsa Montes de Rivas”. Ciudad Bolívar. Año escolar 2011-2012.

Edad	G r a d o E s c o l a r							
	Primero		Segundo		Tercero		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
6	2	8	4	16	1	4	7	28
7	3	12	5	20	3	12	11	44
8	1	4	2	8	1	4	4	16
9	1	4	1	4	0	0	2	8
10	0	0	1	4	0	0	1	4
Total	7	28	13	52	5	20	25	100

$$\chi^2_t=9,49 \quad p<0,05 \quad N.C.=0,95 \quad g.l.=4 \quad n=25 \quad \chi^2=11,76$$

De los niños evaluados del primer al tercer grado, el 100% (n=25) presentan criterios para TDAH, de los cuales la mayor frecuencia fue observada en el segundo grado con 52% (n=13), seguido del primer grado con 28% (n=7) y por el último, el tercer grado con 20% (n=5). En relación a la edad, se presentó con mayor frecuencia en el grupo etáreo de 7 años 44% (n=11), seguido de 6 años 28% (n=7), 8 años con 16% (n=4), 9 años con 8% (n=2) y 10 años con 4% (n=1).

Se aplicó el método estadístico Chi-cuadrado, prueba de significancia estadística, que permitió determinar si la edad y grado escolar que cursan está efectivamente relacionado con la frecuencia de TDAH y no es debido, a los efectos del azar ni al reducido tamaño muestral, con un nivel de significancia de un 5% (valor de $p < 0,05$) y un complemento de probabilidad empleado (nivel de confianza) de un 95% (0,95) en todos los casos. El valor total encontrado del chi cuadrado fue de 11,76, siendo un valor mayor que 9,49 del valor calculado chi cuadrado de la tabla, por lo tanto si hubo relación estadísticamente significativa en cuanto a la frecuencia de TDAH según la edad y el grado que cursan, ya que como se observa en la tabla en los escolares con diagnósticos clínico de TDAH se observó en el grupo etáreo de 7 años con 44% ($n=11$).

Tabla N° 2

Distribución de escolares según sexo y grado que cursan los niños con criterios clínicos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) de la E.B.N.

“Elsa Montes de Rivas”. Ciudad Bolívar. Año escolar 2011-2012.

S e x o	G r a d o E s c o l a r							
	Primero		Segundo		Tercero		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	4	16	9	36	3	12	16	64
Femenino	3	12	4	16	2	8	9	36
Total	7	28	13	52	5	20	25	100

$$\chi^2_{t=3,84} \quad p < 0,05 \quad N.C.=0,95 \quad g.l.=1 \quad n=25 \quad \chi^2=6,98$$

De la población estudiada 100% (n=25) con síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, en relación al sexo y grado escolar, la mayoría de los escolares era del sexo masculino con 64% (n=16), de los cuales 36% (n=9) se encontraron en segundo grado, seguido de 16% (n=4) en primer grado y 12% (n=3) en tercer grado. Mientras que 36% (n=9) de las escolares del sexo femenino, 16% (n=4) se encontraron en segundo grado, seguido de 12% (n=3) en primer grado y 8% (n=2) en tercer grado.

Se aplicó el método estadístico Chi-cuadrado, prueba de significancia estadística, que permitió determinar si el sexo y grado escolar que cursan está efectivamente relacionado con la frecuencia de TDAH y no es debido, a los efectos del azar ni al reducido tamaño muestral, con un nivel de significancia de un 5% (valor

de $p < 0,05$) y un complemento de probabilidad empleado (nivel de confianza) de un 95% (0,95) en todos los casos. El valor total encontrado del chi cuadrado fue de 6,98, siendo un valor mayor que 3,84 del valor calculado chi cuadrado de la tabla, por lo tanto si hubo relación estadísticamente significativa en cuanto a la frecuencia de TDAH según el sexo y el grado que cursan.

Tabla N° 3

Distribución de escolares según subtipo de TDAH y grado que cursan los niños con criterios clínicos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la E.B.N. “Elsa Montes de Rivas”. Ciudad Bolívar. Año escolar 2011-2012.

Subtipos de TDAH	Grado Escolar							
	Primero		Segundo		Tercero		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Inatento	1	4	2	8	1	4	4	16
Hiperactivo/impulsivo	2	8	4	16	3	12	9	36
Combinado o mixto	4	16	7	28	1	4	12	48
Total	7	28	13	52	5	20	25	100

$\chi^2=5,99$ $p<0,05$ N.C.=0,95 g.l.=2 n=25 $\chi^2=3,36$

De la población estudiada 100% (n=25) con síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, se observó que hubo mayor predominio en el subtipo combinado o mixto con 48% (n=12), seguido del subtipo hiperactivo/impulsivo con 36% (n=9) y el inatento con 16% (n=4). Respecto al subtipo de TDAH y grado escolar se observó que en segundo grado hubo predominio de todos los subtipo de TDAH, con mayor influjo en el subtipo combinado 28% (n=7), seguido del hiperactivo/impulsivo con 16% (n=4) y del inatento 8% (n=2). En primer grado hubo mayor predominio en el subtipo combinado con 16% (n=4), seguido del hiperactivo/impulsivo 8% (n=2) y del inatento 4% (n=2). Mientras que en tercer grado predominó el subtipo hiperactivo/impulsivo con 12% (n=3), seguido del inatento y el combinado ambos con 4% (n=1).

Se aplicó el método estadístico Chi-cuadrado, prueba de significancia estadística, que permitió determinar si el sexo y grado escolar que cursan está efectivamente relacionado con la frecuencia de TDAH y no es debido, a los efectos del azar ni al reducido tamaño muestral, con un nivel de significancia de un 5% (valor de $p < 0,05$) y un complemento de probabilidad empleado (nivel de confianza) de un 95% (0,95) en todos los casos. El valor total encontrado del chi cuadrado fue de 3,36, siendo un valor menor que 5,99 del valor calculado chi cuadrado de la tabla, por lo tanto no hubo relación estadísticamente significativa en cuanto a la frecuencia de TDAH según el sexo y el grado que cursan.

Tabla N° 4

Distribución de escolares con criterios clínicos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad según subtipo de TDAH y edad de los niños pertenecientes a la E.B.N. “Elsa Montes de Rivas”. Ciudad Bolívar. Año escolar 2011-2012.

Edad	S u b t i p o s d e T D A H							
	Inatento		Hiperactivo		Combinado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
6	1	4	2	8	4	16	7	28
7	2	8	4	16	5	20	11	44
8	1	4	1	4	2	8	4	16
9	0	0	1	4	1	4	2	8
10	0	0	1	4	0	0	1	4
Total	4	16	9	36	12	48	25	100

$\chi^2=9,49$ $p<0,05$ N.C.=0,95 g.l.=4 n=25 $\chi^2=14,85$

De los niños evaluados el 100% (n=25) presentan criterios clínicos para TDAH, de los cuales se evidenció que la mayoría tiene 7 años 44% (n=11), seguido de 6 años 28% (n=7), 8 años con 16% (n=4), 9 años con 8% (n=2) y 10 años con 4% (n=1). Observándose que de acuerdo al subtipo, la mayoría se encontró en el subtipo combinado 20% (n=5) con 7 años, 16% (n=4) con 6 años, 8% (n=2) con 8 años y 4% (n=1) con 9 años. En el subtipo hiperactivo 16% (n=4) con 7 años, 8% (n=2) con 6 años y 4% (n=1) en las edades de 8, 9 y 10 años respectivamente. En el subtipo inatento 8% (n=2) con 7 años, 4% (n=1) con 6 y 8 años respectivos.

Se aplicó el método estadístico Chi-cuadrado, prueba de significancia estadística, que permitió determinar si el subtipo de TDAH y el grado escolar que cursan está efectivamente relacionados y no es debido, a los efectos del azar ni al reducido tamaño muestral, con un nivel de significancia de un 5% (valor de $p < 0,05$) y un complemento de probabilidad empleado (nivel de confianza) de un 95% (0,95) en todos los casos. El valor total encontrado del chi cuadrado fue de 14,85, siendo un valor mayor que 9,49 del valor calculado chi cuadrado de la tabla, por lo tanto si hubo relación estadísticamente significativa en cuanto al subtipo de TDAH y la edad de los niños.

Tabla N° 5

Distribución de escolares con criterios clínicos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad según subtipo de TDAH y sexo de los niños pertenecientes a la E.B.N. “Elsa Montes de Rivas”. Ciudad Bolívar. Año escolar 2011-2012.

Subtipos de TDAH	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Inatento	2	8	2	8	4	16
Hiperactivo/impulsivo	5	20	4	16	9	36
Combinado o mixto	9	36	3	12	12	48
Total	16	64	9	36	25	100

$\chi^2=5,99$ $p<0,05$ N.C.=0,95 g.l.=2 n=25 $\chi^2=1,57$

De los escolares estudiados 100% (n=25) con síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, de acuerdo a subtipo de TDAH y sexo la mayoría eran masculinos con 64% (n=16), de los cuales 36% (n=9) eran del subtipo combinado o mixto, 20% (n=5) eran hiperactivos/impulsivos y 8% (n=2) inatentos. Del total de escolares femeninos 36% (n=9) se encontró que 16% eran hiperactivas/impulsivas, 12% combinadas o mixtas y 8% inatentas.

Se aplicó el método estadístico Chi-cuadrado, prueba de significancia estadística, que permitió determinar si el subtipo de TDAH y el grado escolar que cursan está efectivamente relacionados y no es debido, a los efectos del azar ni al reducido tamaño muestral, con un nivel de significancia de un 5% (valor de $p<0,05$) y

un complemento de probabilidad empleado (nivel de confianza) de un 95% (0,95) en todos los casos. El valor total encontrado del chi cuadrado fue de 1,57, siendo un valor menor que 5,99 del valor calculado chi cuadrado de la tabla, por lo tanto no hubo relación estadísticamente significativa entre el subtipo de TDAH y el sexo en los escolares, ya que como se observó la presencia de un subtipo en particular no tuvo significancia respecto al género.

Tabla N° 6

**Antecedentes familiares de TDAH en los escolares de la E.B.N.
“Elsa Montes de Rivas”. Ciudad Bolívar. Año escolar 2011-2012.**

Antecedentes Familiares	G r a d o E s c o l a r							
	Primero		Segundo		Tercero		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	5	20	11	44	4	16	20	80
No	2	8	2	8	1	4	5	20
Total	7	28	13	52	5	20	25	100

$\chi^2=3,84$ $p<0,05$ N.C.=0,95 g.l.=1 n=25 $\chi^2=6,22$

De la población estudiada 100% (n=25) con síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, se observó que 80% (n=20) presentó antecedentes familiares para TDAH y 20% (n=5) no presentó antecedentes. Evidenciándose que la mayoría 80% (n=20) con antecedentes familiares de TDAH cursaban segundo grado con 44% (n=11), seguido de primer grado con 20% (n=5) y por último 16% (n=4) tercer grado. Mientras que no hubo antecedentes familiares en 20% (n=5) de los escolares estudiados, de los cuales 8% (n=2) eran de primer y segundo grado respectivamente y sólo el 4% (n=1) era de tercer grado.

Se aplicó el método estadístico Chi-cuadrado, prueba de significancia estadística, que permitió determinar si efectivamente están relacionado los antecedentes familiares de TDAH y padecer dicho trastorno en los escolares y descartar que no es debido, a los efectos del azar ni al reducido tamaño muestral, con un nivel de significancia de un 5% (valor de $p<0,05$) y un complemento de

probabilidad empleado (nivel de confianza) de un 95% (0,95) en todos los casos. El valor total encontrado del chi cuadrado fue de 6,22, siendo un valor mayor que 3,84 del valor calculado chi cuadrado de la tabla, por lo tanto si hubo relación estadísticamente significativa en cuanto a padecer el trastorno y tener antecedentes familiares de TDAH.

Tabla N° 7

**Antecedentes prenatales de los escolares con diagnóstico clínico de TDAH
pertenecientes a la E.B.N “Elsa Montes de Rivas”.
Ciudad Bolívar. Año escolar 2011-2012.**

Antecedentes Prenatales		T o t a l	
		N°	%
Control de Embarazo	Controlado	11	44
	No Controlado	14	56
Factores de riesgo durante el Embarazo	Hemorragias 1, 2 y 3	15	60
	Edad materna >40	0	0
	Tabaquismo/alcoholismo	6	24
	Diabetes gestacional	0	0
	Edos. Hipertensivos	4	16
Factores de riesgo en el Parto	Pre-término/Bajo peso	17	68
	Post-término	0	0
	Asfixia/Hipoxia	8	32
Forma de del Parto	Vaginal	4	16
	Cesárea/Instrumental	16	64
	Extrahospitalario	5	20

$\chi^2=21,03$ $p<0,05$ N.C.=0,95 g.l.=12 n=25 $\chi^2=28,29$

En relación a los antecedentes prenatales de los escolares, respecto al control de embarazo se observó que la mayoría 56%(n=14) fueron embarazos no controlados y 44%(n=11) embarazos controlados.

Según los factores de riesgo durante el embarazo, hubo mayor preponderancia en las hemorragias del 1er, 2do y 3er trimestre con 60%(n=15), seguido de tabaquismo-alcoholismo con 24%(n=6) y estados hipertensivos con 16% (n=4).

En cuanto a factores de riesgo del parto la mayoría fueron pretérmino/bajo peso con 68%(n=17) y el resto 32%(n=8) asfíxia/hipoxia.

En relación a la forma del parto, mayormente fue cesárea/instrumental con 64%(n=16), seguido de partos extra-hospitalarios con 20%(n=5) y partos vaginales con 16%(n=4).

Se aplicó el método estadístico Chi-cuadrado, prueba de significancia estadística, que permitió determinar si efectivamente están relacionado los antecedentes prenatales y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y descartar que no es debido, a los efectos del azar ni al reducido tamaño muestral, con un nivel de significancia de un 5% (valor de $p < 0,05$) y un complemento de probabilidad empleado (nivel de confianza) de un 95% (0,95) en todos los casos. El valor total encontrado del chi cuadrado fue de 28,29, siendo un valor mayor que 21,03 del valor calculado chi cuadrado de la tabla, por lo tanto si hubo relación estadísticamente significativa entre los antecedentes prenatales y el TDAH.

Tabla N° 8

**Antecedentes neonatales en los escolares con diagnóstico clínico de TDAH
pertenecientes a la E.B.N “Elsa Montes de Rivas”.
Ciudad Bolívar. Año escolar 2011-2012.**

Antecedentes	T o t a l	
	N°	%
Neonatales		
Infecciones	14	56
Cianosis	3	12
Ictericia	8	32
Malformaciones	0	0
Convulsiones	0	0

$$\chi^2=9,49 \quad p<0,05 \quad N.C.=0,95 \quad g.l.=4 \quad n=25 \quad \chi^2=14,16$$

De la población estudiada 100% (n=25) con síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, en relación a los antecedentes neonatales en los escolares con TDAH arrojó que la gran mayoría con 56%(n=14) presentó infecciones, seguido de ictericia con 32% (n=8), cianosis con 12% (n=3) y por último no hubo antecedente de malformaciones ni de convulsiones.

Se aplicó el método estadístico Chi-cuadrado, prueba de significancia estadística, que permitió determinar si efectivamente los antecedentes neonatales en los escolares se relacionan con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y descartar que no es debido, a los efectos del azar ni al reducido tamaño muestral, con un nivel de significancia de un 5% (valor de $p<0,05$) y un complemento de probabilidad empleado (nivel de confianza) de un 95% (0,95) en todos los casos. El

valor total encontrado del chi cuadrado fue de 14,16, siendo un valor mayor que 9,49 del valor calculado chi cuadrado de la tabla, por lo tanto si hubo relación estadísticamente significativa entre los antecedentes neonatales y el TDAH.

Tabla N° 9

Distribución de escolares con diagnóstico clínico de TDAH según la intervención psiquiátrica y el control del TDAH en los niños pertenecientes a la E.B.N “Elsa Montes de Rivas”.

Ciudad Bolívar. Año escolar 2011-2012.

Intervención	T o t a l	
Psiquiátrica	N°	%
Si	7	28
No	18	72
Total	25	100

$$\chi^2_{t=3,84} \quad p<0,05 \quad N.C.=0,95 \quad g.l.=1 \quad n=25 \quad \chi^2=1,88$$

De los escolares evaluados 100% (n=25) con síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, se observó que 72%(n=18) no ha recibido intervención psiquiátrica y sólo el 28% (n=7) ha recibido intervención.

Se aplicó el método estadístico Chi-cuadrado, prueba de significancia estadística, que permitió determinar si efectivamente las variables están relacionadas y descartar que no es debido, a los efectos del azar ni al reducido tamaño muestral, con un nivel de significancia de un 5% (valor de $p<0,05$) y un complemento de probabilidad empleado (nivel de confianza) de un 95% (0,95) en todos los casos. El valor total encontrado del chi cuadrado fue de 1,88 siendo un valor menor que 3,84 del valor calculado chi cuadrado de la tabla, por lo tanto no hubo relación estadísticamente significativa entre la intervención psiquiátrica recibida por los escolares y el control del TDAH.

Tabla N° 10

Distribución de escolares con diagnóstico clínico de TDAH según el tratamiento farmacológico y el control del TDAH en los niños pertenecientes a la E.B.N. “Elsa Montes de Rivas”. Ciudad Bolívar. Año escolar 2011-2012.

Tratamiento	T o t a l	
farmacológico	N°	%
Si	7	28
No	18	72
Total	25	100

$$\chi^2 t=3,84 \quad p<0,05 \quad N.C.=0,95 \quad g.l.=1 \quad n=25 \quad \chi^2=1,88$$

De los escolares evaluados 100% (n=25) con síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, se observó que 72%(n=18) no ha recibido tratamiento farmacológico y sólo el 28% (n=7) ha recibido tratamiento.

Se aplicó el método estadístico Chi-cuadrado, prueba de significancia estadística, que permitió determinar si efectivamente las variables se encuentran relacionadas, y descartar que no es debido, a los efectos del azar ni al reducido tamaño muestral, con un nivel de significancia de un 5% (valor de $p<0,05$) y un complemento de probabilidad empleado (nivel de confianza) de un 95% (0,95) en todos los casos. El valor total encontrado del chi cuadrado fue de 1,88 siendo un valor menor que 3,84 del valor calculado chi cuadrado de la tabla, por lo tanto no hubo relación estadísticamente significativa entre el tratamiento farmacológico recibido por los niños y el control del TDAH.

DISCUSIÓN

El mayor porcentaje de escolares con criterios clínicos de TDAH se encontró en los niños entre los 6 y 7 años de edad con 72% (n=18). Y la gran mayoría cursaban segundo grado con 52% (n=13), siendo estos estadísticamente significativo con un nivel de significancia de un 5% (valor de $p < 0,05$) y un nivel de confianza de un 95% (0,95).

En contraste con lo aseverado en un estudio en España, en el lapso 2007-2008, en donde los casos de TDAH presentan una media de edad de 10,77 años³⁰, probablemente debido a que la muestra la constituyeron alumnos tanto de educación primaria y secundaria, desde los 6 a 16 años, igualmente un estudio a nivel regional, en Ciudad Bolívar, en el año 2004, en donde se tomó a 128 pacientes diagnosticados con TDAH con edades entre 7-18 años, se reportó una edad media de 12.6 años³⁴.

Al comparar los resultados con otras investigaciones, posiblemente fue más frecuente las edades de 6 y 7 años ya que el grupo estaba conformado por edades de 6 a 10 años, sin embargo, confirma lo expuesto por el DSM-IV, que establece que los síntomas de TDAH, deben estar presentes antes de los 7 años de edad.^{6,5}

Respecto al sexo, la mayoría de los escolares pertenecen al sexo masculino con 64% (n=16) de los cuales 36% (n=9) cursaban segundo grado, siendo estos estadísticamente significativo con un nivel de significancia de un 5% (valor de $p < 0,05$) y un nivel de confianza de un 95% (0,95). Similar al estudio español ya mencionado en donde los casos de TDAH se encontró un 69,9% del sexo masculino y 30,1% del femenino³⁰. Aunque difieren de lo publicado nacionalmente, pues en la ciudad de Maracaibo, en el año 2006, la prevalencia fue del 8,26% para el sexo femenino y del 6,20% para el masculino³³. Probablemente, este estudio fue más

frecuente en el sexo masculino ya que dicho sexo estuvo representando en 64% (n=16) y el sexo femenino estuvo representado en 36% (n=9).

Diferentes investigaciones que comparan varones y hembras con un diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad (TDAH), ofrecen resultados sugiriendo que los varones son más hiperactivos y presentan mayor cantidad de problemas de conducta que las hembras con el mismo diagnóstico. Igualmente, la “American Academy of Pediatrics, 2000” refiere que este trastorno es 3-4:1 más frecuente en varones que en hembras. Fernández en el año 2006, refiere también, que la relación según el sexo, muestra mayor prevalencia en varones que en niñas. Los estudios reflejan relaciones de 2:1 a 6:1.^{28,9}.

En relación al subtipo, en este estudio se observó que hubo mayor predominio en el subtipo combinado o mixto con 48% (n=12), seguido del subtipo hiperactivo/impulsivo con 36% (n=9) y el inatento con 16% (n=4). Respecto al subtipo de TDAH y grado escolar se observó que en segundo grado hubo predominio de todos los subtipo de TDAH, con mayor influjo en el subtipo combinado 28% (n=7), la tabla indica que no hubo relación estadísticamente significativo en cuanto a la frecuencia de TDAH según sexo y grado que cursan, con un nivel de significancia de un 5% (valor de $p < 0,05$) y un nivel de confianza de un 95% (0,95). En comparación con lo encontrado en el estudio en Maracaibo ya citado, del total de 82 niños, que correspondían al 7,19% de la muestra total, tuvo mayor predominio el subtipo combinado o mixto con 5,70%, seguido del subtipo inatento con 1,14% y el hiperactivo/impulsivo 0,35%³⁵.

Según cita Montiel en el año 2002, “existe un consenso general que establece que cuando el niño es pequeño los síntomas predominantes son los de hiperactividad-impulsividad; al comienzo de la educación primaria aparecen los síntomas de

desatención, y al finalizar la niñez y comenzar la adolescencia los síntomas de hiperactividad disminuyen y se acentúa la desatención”²⁹.

En lo referente al subtipo y edad, se evidenció que la mayoría tenía 7 años 44% (n=11), observándose que el subtipo combinado fue más frecuente en 20% (n=5) con 7 años, 16% (n=4), en el subtipo hiperactivo 16% (n=4) con 7 años, 8% (n=2) y el subtipo inatento 8% (n=2) con 7 años, siendo estos estadísticamente significativo con un nivel de significancia de un 5% (valor de $p < 0,05$) y un nivel de confianza de un 95% (0,95)

Según cita Montiel en el año 2002, estudiando edades y subtipos en ambos sexos, los varones, para el grupo de 6-8 y de 9-11 años, el subtipo combinado es el más prevalente 3,55 y 1,52%, respectivamente. Para las niñas se observaron las mismas relaciones entre subtipos y edades, para los 6-8 y de 9-11 años, el subtipo combinado es el más prevalente (2,03 y 0,51%, respectivamente)²⁹.

En lo relacionado a subtipo y sexo, la mayoría eran masculinos con 64% (n=16), de los cuales 36% (n=9) eran del subtipo combinado o mixto, 20% (n=5) eran hiperactivos/impulsivos y 8% (n=2) inatentos. Del total de escolares femeninos 36% (n=9) se encontró que 16% eran hiperactivas/impulsivas, 12% combinadas o mixtas y 8% inatentas, por lo tanto, hubo relación significativa entre el subtipo de TDAH y el sexo en los escolares, con un nivel de significancia de un 5% (valor de $p < 0,05$) y un nivel de confianza de un 95% (0,95) ya que como se observa en la tabla la presencia de un subtipo en particular no tuvo significancia estadística respecto al género.

En relación a este trabajo, comparando resultados con un estudio a nivel regional, en Ciudad Bolívar, coincide que la prevalencia en los subtipos combinado e inatento de 22,7% para el sexo femenino y 77,3% para el masculino, en una muestra de 128 pacientes diagnosticados con TDAH con edades entre 7-18 años.³⁴ De este

modo, Arco, Hinojo y Fernández en el año 2003, señalan que, en niños y niñas de edad escolar, los síntomas de inatención pueden afectar al trabajo de clase y el desempeño académico, mientras que los síntomas impulsivos pueden llegar a romper con reglas familiares, interpersonales y/o educativas ¹⁹.

En cuanto a los antecedentes familiares de TDAH se encontró que el 80% (n=20) presentó antecedentes familiares de este trastorno y 20% (n=5) no presentó antecedentes. La mayoría de los escolares con antecedentes familiares de TDAH cursaban segundo grado con 44% (n=11), por lo tanto, no hubo relación estadísticamente significativa en cuanto a padecer el trastorno y tener antecedentes familiares, con un nivel de significancia de un 5% (valor de $p < 0,05$) y un nivel de confianza de un 95% (0,95) en todos los casos.

En el año 2004, Cornejo, J. *et al.*, indicaron que se han acumulado gran cantidad de evidencias que prueban que el TDAH depende en gran medida de una importante carga genética comparable a la de otros trastornos psiquiátricos. Los estudios familiares más simples indican que el riesgo de padecer un TDAH es de 2 a 5 veces mayor para los familiares de primer y segundo grado de los pacientes. Los estudios en gemelos descubren que la concordancia en monocigóticos duplica o triplica a la que se encuentra en dicigóticos e indican además que la heredabilidad del componente hiperactivo/impulsivo sería algo menor que la del síndrome de inatención. Los estudios de adopción refrendan las mismas conclusiones. Los cálculos basados en los estudios de gemelos hallan una heredabilidad global para el TDAH de un 80% ².

En relación a los antecedentes prenatales y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, en lo que respecta al control de embarazo, se observó que la mayoría 56%(n=14) fueron embarazos no controlados. Según los factores de riesgo durante el embarazo, hubo mayor preponderancia en las hemorragias del 1er, 2do y 3er trimestre

con 60%(n=15). En cuanto a factores de riesgo del parto la mayoría fueron pretérmino/bajo peso con 68%(n=17). En relación a la forma del parto, mayormente fue cesárea/instrumental con 64%(n=16), siendo estos estadísticamente significativo con un nivel de significancia de un 5% (valor de $p < 0,05$) y un nivel de confianza de un 95% (0,95).

Contrastando estos resultados con lo realizado en Barcelona España, en el año 2006, en lo que respecta a la historia prenatal, en 59 niños y adolescentes, coincide que en el 45,7% de los escolares con TDAH, se utilizaron fórceps, hubo presentación podálica o ameritaron intervención quirúrgica (cesárea), el parto inducido ocupó el 44,20%, antecedentes tabáquicos el 30,80%, el uso de medicaciones el 15,70%, enfermedades importantes o accidentes el 9,80%⁴. Otro estudio en Colombia, en una muestra aleatoria de 200 casos de ambos sexos, afirma que los factores de riesgos más prevalentes en el grupo de casos son las hemorragias como amenaza de parto prematuro (20% de los casos), seguido de amenaza de aborto (18,0%), las hospitalizaciones en el primer mes ocupan el 1(7,2%) y consumo de cigarrillos (7,0%)³¹.

Nuevamente, Capdevila-Brophy., *et al.*, en el año 2006, indicaron que las complicaciones prenatales, perinatales y de la infancia podrían causar lesiones cerebrales en momentos críticos del desarrollo pudiendo contribuir a las manifestaciones psicopatológicas posteriores. Las madres de niños con TDAH presentan mayor número de complicaciones en el embarazo y parto que otras madres, destacando el hábito de fumar o consumo de alcohol durante el embarazo, bajo peso al nacer (< 2500 gr.), anoxia o hipoxia prolongada. Dichos estudios revelaron que los niños con TDAH tenían tres veces más probabilidad de haber nacido con bajo peso al nacer que los del grupo control, habiendo controlado variables tales como la exposición prenatal al tabaco y al alcohol, el estatus socioeconómico, el TDAH en los padres y la comorbilidad con trastornos conductuales en padres e hijos⁴.

En relación a los antecedentes neonatales en los escolares con TDAH arrojó que la gran mayoría con 56%(n=14) presentó infecciones, seguido de ictericia con 32% (n=8), cianosis con 12% (n=3) y por último no hubo antecedente de malformaciones ni de convulsiones, siendo estos estadísticamente significativo con un nivel de significancia de un 5% (valor de $p < 0,05$) y un nivel de confianza de un 95% (0,95).

En el año 2010, el estudio internacional realizado en la Ciudad de la Habana Cuba, por Prego, C., *et al.*, en 648 niños, coincide en que las infecciones neonatales son responsables del 76,76% de la aparición del TDAH. Los niños con infecciones neonatales tienen 4,94 probabilidades más de padecer TDAH que los niños sin ese factor. La hipoxia perinatal en este mismo estudio se presentó en el 12,18%³².

Otro estudio realizado en España, en el año 2006, difiere de los resultados de este trabajo de investigación ya que la ictericia fue el antecedente neonatal más frecuente en el 18,40%, seguido de hospitalizaciones en >4 días con un 16,30%, cianosis con el 6% de los casos, infección neonatal con un 2,10%, lesiones durante el parto, dificultad para respirar y malformaciones, ocupado el 2% de los casos⁴.

Respecto a si los niños con diagnóstico clínico de TDAH han recibido intervención psiquiátrica, se observó que 72%(n=18) no ha recibido intervención psiquiátrica y sólo el 28% (n=7) ha recibido intervención, por lo tanto, no hubo relación estadísticamente significativa entre la intervención psiquiátrica recibida por los escolares y el control del TDAH, con un nivel de significancia de un 5% (valor de $p < 0,05$) y un nivel de confianza de un 95% (0,95) en todos los casos.

No existen estudios que avalen el porcentaje (%) de los niños que reciben o no intervención psiquiátrica con diagnóstico clínico de TDAH, sin embargo, hay

estudios que indican que el tratamiento farmacológico combinado con intervención psiquiátrica, son óptimos para el mejoramiento de la enfermedad^{1,5,9}.

En lo referente a si los escolares con síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad han recibido tratamiento farmacológico, se observó que 72%(18) no ha recibido tratamiento farmacológico y sólo el 28% (n=7) ha recibido tratamiento, por lo tanto, no hubo relación estadísticamente significativa entre la intervención psiquiátrica recibida por los escolares y el control del TDAH, con un nivel de significancia de un 5% (valor de $p < 0,05$) y un nivel de confianza de un 95% (0,95) en todos los casos.

No existen estudios que sustenten el porcentaje (%) de los niños que reciben o no tratamiento farmacológico con diagnóstico clínico de TDAH, sin embargo, estudios encontrados demuestran que el tratamiento farmacológico más utilizado son los estimulantes como el Metilfenidato^{10, 19, 20, 21, 22,23}.

CONCLUSIONES

La mayoría de los escolares con criterios clínicos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, tenían 7 años. Respecto al sexo, la mayoría de los escolares eran masculinos.

En relación al subtipo de TDAH y grado escolar, hubo mayor predominio en el subtipo combinado o mixto, los cuales cursaban 2do grado.

En lo referente al subtipo y edad, la mayoría tenía 7 años y el subtipo más frecuente fue el combinado o mixto para esa edad. En lo relacionado a subtipo y sexo, la mayoría eran masculinos del subtipo combinado o mixto.

En cuanto a los antecedentes familiares de TDAH se encontró que la gran mayoría presentó antecedentes familiares de este trastorno.

En relación a los antecedentes prenatales, se observó que la mayoría fueron embarazos no controlados. Según los factores de riesgo durante el embarazo, hubo mayor preponderancia en las hemorragias del 1er, 2do y 3er trimestre. La mayoría fueron pretérmino/bajo peso, la forma del parto más frecuente fue cesárea/instrumental.

En relación a los antecedentes neonatales en los escolares con TDAH arrojó que la gran mayoría presentó infecciones durante el período neonatal.

La mayoría de los niños con TDAH no han recibido intervención psiquiátrica ni tratamiento farmacológico.

RECOMENDACIONES

Concientizar a través de charlas a la población general acerca de la alta prevalencia a nivel mundial y nacional de este trastorno así como informar adecuadamente a padres y profesores sobre los signos y síntomas de estos para poder detectarlas lo antes posible, generando de esta manera una atención eficaz y oportuna.

Proporcionar apoyo emocional tanto al paciente como a la familia y su entorno para ayudarlo a manejar las consecuencias que supone este tipo de trastornos.

Implementar programas de salud mental en las escuelas para la capacitación de docentes, buscando, si es posible, ayuda multidisciplinaria: médicos, psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, etc, para identificar el TDAH en los estudiantes y derivar a los alumnos en caso de requerir ayuda especializada.

Promover la estrategia de escuela de padres en instituciones educativas, haciendo énfasis en temas referentes a la salud mental, manejo de impulsos emocionales y solución de conflictos.

Explicar a los padres la importancia de la intervención psiquiátrica, el diagnóstico oportuno y el tratamiento farmacológico ideal en los niños con TDAH.

Garantizar el tratamiento farmacológico por parte de instituciones gubernamentales.

Fomentar este tipo de investigaciones a lo largo del territorio nacional para estimar de forma real y contextualizada a cada región la prevalencia de estos trastornos en la población Venezolana, estudiando además otras variables, que

contribuyan a las características sociodemográficas y estadísticas, generando diversos niveles de intervención y atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández,A., Calleja, B.2004. Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDAH). Abordaje multidisciplinar. [En Línea]. Disponible: <http://www.anshda.org/tdha2007.pdf> [Marzo 2011].
2. Cornejo, J., Osío, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J., Sánchez, G., Grisales, H., *et al.* 2004. Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *RevNeurol.* 40 (12): 716-722. [En Línea]. Disponible: http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/BilbiotecaDiseno/Archivos/Conozca/prvalencia_TDAH.pdf [Marzo 2011].
3. Cardo, E., Servera, M., 2008. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *RevNeurol.* 46 (6): 365-372. [En Línea]. Disponible: <http://www.faroshsjd.net/adjuntos/130.1-tdha.pdf> [Marzo 2011].
4. Capdevila-Brophy, C., Navarro-Pastor, J., Artigas-Pallarés, J., Obiols-Llandrich, J. 2007. Complicaciones obstétricas y médicas en el Trastorno de Déficit Atencional/Hiperactividad (TDAH). *International Journal of Clinical and Health Psycholog.* 7 (3): 679-695. [En Línea]. Disponible: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33770307> [Enero 2012].
5. López, J., Isabel Serrano, I., Sánchez, J. 2003. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad.

- Psic. 16 (3): 402-407. [En Línea]. Disponible: <http://www.psicothema.com/pdf/3010.pdf> [Marzo 2011].
6. Moraga, R. 2008. Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. [En Línea]. Disponible: [http://www.postersessiononline.com/doi/10_3252 TDAHes2008115.pdf](http://www.postersessiononline.com/doi/10_3252_TDAHes2008115.pdf) [Agosto 2011].
 7. Servera, M. 2004. Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *RevNeurol.* 40 (6): 358-368 [En Línea] Disponible: <http://webdeptos.uma.es/psicoev/Profesores/Romero/Doc1011/Modelo%20de%20autorregulacion%20de%20Barkley%20aplicado%20al%20tdah.pdf> [Marzo 2011].
 8. Henríquez-Henríquez, M., Zamorano-Mendieta, F., Rothhammer-Engel, F., Aboitiz, F. 2010. Modelos neurocognitivos y neuroquímicos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y sus implicaciones. *RevNeurol.* 50 (2): 109-116. [En Línea] Disponible: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5002/bd020109.pdf> [Noviembre 2011].
 9. Bará-Jiménez, S., Vicuña, P., Pineda, D., Henao, G. 2003. Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad de Cali, Colombia. *RevNeurol.* 37 (7): 608-615 [En Línea]. Disponible: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3707/p070608.pdf> [Marzo 2011].
 10. Di Michele, F., Prichep, L., Roy, E., Chabot, R. 2005. La neurofisiología de atención con hiperactividad. *Rev Inter de Psicofisiol.* 58 (2) 81-9. [En

Línea] Disponible:
<http://www.brainfitnesshawaii.com/casestudies/ADHD.pdf> [Noviembre
 2011].

11. Díez, A., Figueroa, A., Soutullo, C. 2006. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *RevPediatr. Aten Primaria*; 8 (4):135-55. [En Línea] Disponible:<http://www.pap.es/files/1116-596-pdf/621.pdf>[Agosto 2011].
12. EtcheparebordaM. 2002. Modelos de intervención farmacológica en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *RevNeurol.* 34 (Supl 1): S98-S106. [En Línea] Disponible:<http://www.lafun.com.ar/PDF/10-modelos.pdf.pdf>[Noviembre 2011].
13. Tenenbaum, S. 2005. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Una causa frecuente de fracaso escolar. *IntraMed.* [En Línea] Disponible: http://www.intramed.net/UserFiles/Files/Dra._Silvia_Tenenbaum.PDF [Marzo 2011].
14. Rodríguez- Aguiar C., Fernández, D., Quesada, R., León, D., Jacomino, D. 2008. El niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Rev de Cs Med.* 14 (1). [En Línea]. Disponible: **¡Error! Referencia de hipervínculo no válida.** [Agosto 2011].
15. Díaz, j. T. 2007. Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de Atención con hiperactividad. *Psiquiatra infanto-juvenil.* Almería – España. [En Línea]

Disponible:<http://www.paidopsiquiatria.com/rev/numero7/farma.pdf>[Noviembre 2011].

16. Menéndez-Benavente, I. 2008. Trastorno de déficit de atención con Hiperactividad: clínica y diagnóstico. *RevPsiquiatr.* 4 (1): 92-102. [En Línea]. Disponible: <http://www.paidopsiquiatria.com/trabajos/adhd3.pdf> [Septiembre 2011].
17. Rodríguez-Hernández, P., Cardo-Jalón, E. 2007. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *RevPediatrIntegr.* XI (8):675-684. [En Línea]. Disponible en: http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Trastorno_deficit_atencion_hiperactividad.pdf [Septiembre 2011].
18. Brown, T. 2006. Trastorno por déficit de atención Una mente desenfocada en niños y adultos Edit. Masson. [En Línea] Disponible: <http://www.diazdesantos.es/wwwdat/pdf/SP0644101177.pdf> [Marzo 2011]
19. Arco, J., Fernández, F., Hinojo, F. 2003. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psic.* 16 (3): 408-414 [En Línea] Disponible: <http://www.psicothema.es/pdf/3011.pdf> [Marzo 2011].
20. Villar, L. 2001. Déficit de atención con/sin hiperactividad (adhd): Tratamiento farmacológico. *RevPsiquiat.* 4(1): 103-110. [En Línea] Disponible:<http://www.paidopsiquiatria.com/trabajos/adhd2.pdf>[Agosto 2011].
21. Díaz-Atienza, J. 2009. Clínica del trastorno por déficit de atención. [En Línea]. Disponible: <http://www.paidopsiquiatria.com/#hl=es&q:+Trastorno+de+la+>

actividad+y+de+la+atenci%C3%B3n+%2C+Trastorno+hi%C3%A9tico+
[Septiembre 2011].

22. Lora, A. 2006. El tratamiento del niño y adolescente con TDAH en Atención Primaria desde el punto de vista de la Evidencia. RevPediatr Aten Prim. 8 Supl 4:S69-114. [En Línea] Disponible:<http://pap.es/files/1116-594-pdf/619.pdf>[Noviembre 2011].
23. Poz, J., De la Gándara J., Garcíama, V., García, X. 2005. Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev. Bol Pediatr. 45 (193): 170-176. [En Línea] Disponible:**¡Error! Referencia de hipervínculo no válida.** [Noviembre 2011].
24. Artigas-Pallarés, J. 2004. Nuevas opciones terapéuticas en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. RevNeurol. 38 (supl 1): s117-s123. [En Línea] Disponible:[http://www.jmunozzy.org/files/9/Necesidades EducativasEspecificas/tdah/documentos/Nueva_Terapia_Tdah.artiga.pdf](http://www.jmunozzy.org/files/9/NecesidadesEducativasEspecificas/tdah/documentos/Nueva_Terapia_Tdah.artiga.pdf) [Noviembre 2011].
25. Ortiz-Luna, J., Acle-Tomasini, G. 2005. Diferencias entre padres y maestros en la identificación de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños mexicanos. RevNeurol. 42 (1): 17-21 [En Línea] Disponible: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4201/u010017.pdf> [Marzo 2011].
26. Amador, J., Idiázabal, M., Sangorrín, J., Espadaler, J., Forns i, M. 2001. Utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno

- por déficit de atención con hiperactividad. *Psic.* 14 (2): 350-356 [En Línea] Disponible:<http://www.psicothema.com/pdf/731.pdf> [Marzo 2011].
27. Cardo, E., Servera, M., Llobera, J. 2007. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *RevNeurol.* 44 (1): 10-14 [En Línea] Disponible: **¡Error! Referencia de hipervínculo no válida.** [Marzo 2011].
28. Montiel-Nava. C., Montiel-Barbero, I., Peña, J. 2007. Presentación clínica del trastorno por déficit de atención-hiperactividad como función del género. *InvestClin.* 48 (4): 459 - 468 [En Línea] Disponible: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S053551332007000400006&lng=es&nrm=iso[Marzo 2011].
29. Montiel-Nava, C., Peña, J., Montiel-Barbero, I. 2003. Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos. *RevNeurol.* 37 (9): 815-819 [En Línea] Disponible: <http://tdahlatinoamerica.org/documentos/articulosnuevos/prevalencia2.pdf> [Marzo 2011].
30. Rodríguez, L., López, J., Garrido, M., Sacristán, A., Martínez, M., Ruiz, F. 2009. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *RevPediatr. Aten Prim.* (11): 251-270 [En Línea] Disponible: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113976322009000200006&lng=es&nrm=iso[Marzo 2011].

31. Pineda, D., Puerta, I., Merchán, V., Arango, C., Galvis, A., Velásquez, B. *et al.* 2003. Factores perinatales asociados con la aparición del trastorno por deficiencia de atención en niños de la comunidad colombiana “Paisa”. *RevNeurol.* 36 (7): 609-613. [En Línea]. Disponible:http://neurociencias.udea.edu.co/es/research/cognitive/publications/download_pdf/36 [Enero 2012].
32. Prego, C., Bordonado, O., Estrada, C., Reyes, G., Álvarez, D. 2010. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, factores de riesgo. Policlínica “Rolando Monterrey”. *RevPsiquiatr.* 7(3): 278-283. [En Línea]. Disponible:<http://www.revistahph.sld.cu/hph0310/hph07310.html> [Enero 2012].
33. Montiel-Nava, C., Peña, J., López, M., Salas, M., Zurga, J., Montiel-Barbero, I., *et al.* 2002. Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos *RevNeurol.* 35 (11): 1019-1024 [En Línea] Disponible: <http://www.profesores.ucv.cl/katiasandoval/pdf/tda-venezuela.pdf> [Marzo 2011].
34. Romero, A. 2004. Factores Asociados a los subtipos combinado e inatento del TDAH. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar (Venezuela). Enero- Julio. 2004. Tesis de Ascenso. Dpto de Salud Mental. Esc. Cs. Salud. U.D.O. pp 63. (multígrafo).
35. Peña, J., Montiel, C. 2002. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad? *RevNeurol.* 36 (2): 173-179 [En Línea] Disponible: <http://www.tdahlatinoamerica.org/documentos/articulosnuevos/Montiel%20Cecilia%20TDAH%20mito%20o%20realidad.pdf> [Marzo 2011].

36. Hidalgo, M., Soutullo, C. 2009. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). [En Línea] Disponible: http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_trastorno_deficit_atencion_hiperactividad_tdah.pdf [Agosto 2011].
37. Montiel-Nava, C., Peña, J. 2001. Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. *RevNeurol.* 32 (6): 506-51. [En Línea] Disponible: <http://www.tdahlatinoamerica.org/documentos/articulosnuevos/Montiel%20Cecilia%20Connors%20padres%20maestros.pdf> [Agosto 2011].

APÉNDICES

APÉNDICE A

Ciudad Bolívar, Noviembre 2011

Licdo. Luis Cortés

Director U.B.N “Elsa Montes de Rivas”

Presente.

Sirva la presente para saludarle, a la vez desear la solicitud con el debido respeto, toda la colaboración que pueda brindarme para la elaboración de la investigación que lleva por título TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS ESCOLARIZADOS, que será presentada a posteriori como trabajo de grado como requisito parcial para optar por el título de médico cirujano.

En el mencionado trabajo a realizar contaré con la asesoría de la Dra. Lismar Vera como tutora, así mismo deseo contar con parte del personal docente y/o administrativo del plantel, en la medida de su disponibilidad para llevar a cabo este trabajo.

Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria que me aproxime a la realización de esta tarea,

Se despide,

Atentamente

Br. AnniRengelTesisista

APÉNDICE B



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

CUESTIONARIO TOMADO DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Conocer la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños en edad escolar de 1° a 3° grado de educación básica de la E.B.N “Elsa Montes de Rivas”, Ciudad Bolívar, estado Bolívar, en el año escolar 2011-2012.

1.- Identificación:

Nombres: _____

Apellidos: _____

Edad (años y meses): _____

Sexo: _____

Grado: _____

Promedio: _____

2.- Antecedentes Familiares:

¿Tiene algún familiar con TDAH? _____

3.- Antecedentes Prenatales:

N° de Controles del embarazo: _____

Factores de riesgos durante el Embarazo:

Hemorragias del 1er, 2do y tercer trimestre: _____

Edad materna >40 años: _____

Tabaquismo/alcoholismo: _____

Diabetes gestacional: _____

Estados Hipertensivos: _____

Factores de riesgos en el Parto (a término, pre-término/bajo peso, asfixia/hipoxia): _____

Forma de parto (vaginal, cesárea/Instrumental, extrahospitalario): _____

4.- Antecedentes Neonatales:

Malformaciones: _____

Infecciones: _____

Cianosis: _____

Ictericia: _____

Convulsiones: _____

5.- Antecedentes Personales:

¿Ha sido evaluado por un Psiquiatra? _____

¿Ha recibido tratamiento farmacológico? _____

ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA CONNERS REVISADA PARA PROFESORES (VERSIÓN LARGA)

Nombre del Niño(a) _____	Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	Edad: _____ Grado Escolar: _____
Nombre del Maestro: _____	Fecha de Hoy: _____

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de situaciones comunes que los niños(as) tienen en la escuela. Por favor evalúe los problemas de acuerdo con lo ocurrido durante el último mes. Por cada problema pregúntese a sí mismo(a) ¿con que frecuencia se ha presentado este problema durante el último mes? e indique con un círculo la mejor respuesta para cada problema. Si la respuesta es "nunca" o "rara vez", usted hará un círculo alrededor del 0. Si la respuesta es "siempre" o "con mucha frecuencia", usted hará un círculo alrededor del 3. Usted hará un círculo alrededor del 1 ó 2 para respuestas intermedias. Por favor responda a todos los ítems.

	NO ES CIERTO 0 (Nunca , rara vez)	A VECES ES CIERTO (Ocasiona l- mente)	MUCHAS VECES ES CIERTO (Frecuenteme nte)	SIEMPR E ES CIERTO (Con mucha frecuenci a)
1. Desafiante	0	1	2	3
2. Incansable en el sentido de no estarse quieto(a)	0	1	2	3
3. Olvida cosas que ya ha aprendido	0	1	2	3
4. Parece no ser aceptado(a) por el grupo	0	1	2	3
5. Sus sentimientos se hieren con facilidad	0	1	2	3
6. Es un(a) perfeccionista	0	1	2	3
7. "Berrinches", "pataletas", explosivo(a), de conducta impredecible	0	1	2	3
8. Excitable, impulsivo(a)	0	1	2	3
9. No presta atención a detalles o comete errores en sus asignaturas escolares, trabajo en general y en otras actividades	0	1	2	3
10. Insolente	0	1	2	3
11. Está siempre moviéndose o actúa como impulsado(a) por un motor	0	1	2	3
12. Rechusa, expresa rechazo, o tiene problemas para realizar tareas que requieren un esfuerzo mental constante (tal como el trabajo escolar o las tareas para la casa)	0	1	2	3
13. Es uno(a) de los últimos en ser escogido(a) para jugar o formar equipos	0	1	2	3
14. Es un niño(a) emotivo	0	1	2	3
15. Todo tiene que ser como él/ella dice	0	1	2	3
16. Incansable o demasiado activo(a)	0	1	2	3
17. Nunca termina las actividades que comienza	0	1	2	3
18. Parece no escuchar lo que se le está diciendo	0	1	2	3
19. Abiertamente desafiante y rechusa obedecer a los adultos	0	1	2	3
20. Abandona su asiento en el salón de clase o en situaciones donde se espera que se mantenga en su sitio	0	1	2	3

21. Pobre capacidad para deletrear	0	1	2	3
22. No tiene amigos(as)	0	1	2	3
23. Tímido(a), se asusta con facilidad	0	1	2	3
24. Revisa una y otra vez las cosas que hace	0	1	2	3
25. Lloro con frecuencia y con facilidad	0	1	2	3
26. Desatento(a), se distrae con facilidad	0	1	2	3
27. Tiene dificultades organizando sus tareas y actividades	0	1	2	3
28. Tiene dificultades para mantenerse atento(a) al realizar tareas o actividades recreativas	0	1	2	3
29. Tiene dificultad para esperar su turno	0	1	2	3
30. Pobre capacidad para la lectura	0	1	2	3
31. No sabe como hacer amigos	0	1	2	3
32. Sensible a la crítica	0	1	2	3
33. Parece prestar demasiada atención a detalles	0	1	2	3
34. Muy inquieto(a)	0	1	2	3
35. Perturba a otros niños(as)	0	1	2	3
36. Habla demasiado	0	1	2	3
37. Discute con los adultos	0	1	2	3
38. No se puede estar quieto(a)	0	1	2	3
39. Corre, se sube a las cosas en situaciones en donde es inapropiado	0	1	2	3
40. No tiene interés en el trabajo escolar	0	1	2	3
41. Pobre capacidad para socializar	0	1	2	3
42. Tiene dificultad para jugar o entretenerse sin hacer mucho ruido	0	1	2	3
43. Le gusta que todo esté pulcro y limpio				
44. Inquieto(a) con las manos o pies o intranquilo(a) en su asiento	0	1	2	3
45. Sus demandas tienen que ser atendidas inmediatamente, se frustra con facilidad	0	1	2	3
46. Da respuestas a preguntas que aún no se han terminado de hacer	0	1	2	3
47. Rencoroso(a) y vengativo(a)	0	1	2	3
48. Poca capacidad para prestar atención	0	1	2	3
49. Pierde las cosas necesarias para sus tareas o actividades (asignaciones escolares, lápices, libros, herramientas, juguetes)	0	1	2	3
50. Presta atención solamente si algo le parece muy interesante	0	1	2	3
51. Tímido(a), introvertido(a)	0	1	2	3
52. Distráido(a) o con problemas para mantener la atención	0	1	2	3
53. Las cosas siempre tienen que ser hechas de la misma forma	0	1	2	3
54. Cambios rápidos y drásticos de humor	0	1	2	3
55. Interrumpe o se entromete con otros (en conversaciones o juegos)	0	1	2	3
56. Pobre capacidad para la aritmética	0	1	2	3
57. No sigue instrucciones y no termina tareas escolares, tareas o responsabilidades en el trabajo (no debido a una conducta oposicional o por no entender las instrucciones)	0	1	2	3
58. Se distrae con facilidad con estímulos externos	0	1	2	3
59. Incansable, siempre está haciendo algo	0	1	2	3

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y
ASCENSO:**

TÍTULO	TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESCOLARES. E.B.N. “ELSA MONTES DE RIVAS”. CIUDAD BOLÍVAR. ESTADO BOLÍVAR. AÑO ESCOLAR 2011-2012
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E MAIL
Rengel H., Anni A.	CVLAC: 17838084 E MAIL: annirengh@hotmail.com E MAIL:
	CVLAC: E MAIL: E MAIL:
	CVLAC: E MAIL:
	CVLAC: E MAIL:

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Trastorno en niños
Déficit de atención
Hiperactividad
TDAH
Ciudad Bolívar

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÁREA	SUBÁREA
Departamento de Salud Mental	Psiquiatría

RESUMEN (ABSTRACT):

El trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH) es un importante problema de salud pública debido a su alta prevalencia; inicia en etapas precoces de la infancia; puede llegar a ser un proceso incapacitante persistiendo a lo largo del tiempo afectando así las diferentes esferas comportamentales; familiar, escolar y social, y a su alta comorbilidad, por lo que siempre deben investigarse otras patologías asociadas que conllevan un gran riesgo para el futuro del niño. **Objetivo:** Conocer la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 1° a 3° grado de educación básica de la E.B.N “Elsa Montes de Rivas”, Ciudad Bolívar, estado Bolívar, en el año escolar 2011-2012. **Metodología:** Estudio descriptivo, de campo, corte transversal, cuantitativo, no experimental, universo representado por 157 niños de 1° a 3° grado y la muestra conformada por 25 alumnos que presentaron criterios clínicos para TDAH. Se utilizó la entrevista estructurada “Escala Conners Revisada para Profesores” (versión larga) y se aplicó un cuestionario a los padres de los 25 niños que presentaron diagnóstico clínico de TDAH. Los datos fueron codificados, y organizados en una base de datos computarizada tabulada en Microsoft Office Excel 2010, presentados en cuadros. Se aplicó estadística descriptiva y distribución de frecuencias relativas y porcentajes. La evaluación de los resultados se realizó con el programa SPSS versión 15.0. Se evaluó la asociación mediante el método estadístico Chi Cuadrado (χ^2), prueba de significancia estadística. El método de resolución fue de tipo analítico sintético. **Resultados:** Estadísticamente significativos con un nivel de significancia de un 5% ($p < 0,05$) y un complemento de probabilidad empleado (nivel de confianza) de un 95% (0,95), la mayor frecuencia de TDAH fue observada en el grupo etáreo de 7 años con 44% ($n=11$), en segundo grado con 52% ($n=13$), el sexo predominante el masculino con 64% ($n=16$), de los cuales el 36% ($n=9$) se encontraron en segundo grado. Se observó que en segundo grado hubo predominio de todos los subtipo de TDAH, con mayor influjo en el subtipo combinado en 28% ($n=7$). La edad más frecuente de 7 años en 44% ($n=11$), de los cuales 20% eran del subtipo combinado 20% ($n=5$). El sexo predominante masculino con 64% ($n=16$), de los cuales 36% ($n=9$) eran del subtipo combinado o mixto 20% ($n=5$). El 80% ($n=20$) presentó antecedentes familiares para TDAH. En cuanto a los antecedentes prenatales 56% ($n=14$) la mayoría fueron embarazos no controlados, con predominio en las hemorragias del 1er, 2do y 3er trimestre con 60% ($n=15$), siendo 68% ($n=17$) pretérmino/bajo peso con 68% ($n=17$), forma del parto fue cesárea/instrumental con 64% ($n=16$). Hubo antecedentes de infecciones neonatales en 56% ($n=14$). Mientras que 72% ($n=18$) no ha recibido intervención psiquiátrica ni tratamiento farmacológico respectivamente. **Conclusiones:** En la muestra estudiada se encontró una clara presencia de síntomas de TDAH, con resultados de las variables estudiadas que se asemejan a lo reportado en la literatura internacional. **Recomendaciones:** Implementar programas de salud mental en las escuelas para la capacitación de docentes, buscando ayuda multidisciplinaria: docentes, médicos, psiquiatras, psicólogos y psicopedagogos, para identificar el TDAH en los estudiantes y referir a los escolares en caso de requerir intervención psiquiátrica y tratamiento farmacológico.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Vera F., Lismar J.	ROL	CA	AS	TU ✓	JU
	CVLAC:	10063395			
	E_MAIL	lismarvera@hotmail.com			
	E_MAIL				
Conquista L., Norma J.	ROL	CA	AS	TU	JU ✓
	CVLAC:	08365727			
	E_MAIL	nconquista694@gmail.com			
	E_MAIL				
Franco G., Karla del V.	ROL	CA	AS	TU	JU ✓
	CVLAC:	10567744			
	E_MAIL	karlafrancog@hotmail.com			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2012	02	28
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y
ASCENSO:**

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
TESIS.Trastornodeficitdeatencionhiperactividad.doc	.MS.word

ALCANCE

ESPACIAL: Escuela Básica Nacional “Elsa Montes de Rivas”. Municipio Heres. Ciudad Bolívar–Estado Bolívar.

TEMPORAL: 10 años.

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO: Médico Cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO: Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO: Psiquiatría, Salud Mental

INSTITUCIÓN: Universidad de Oriente

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y
ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

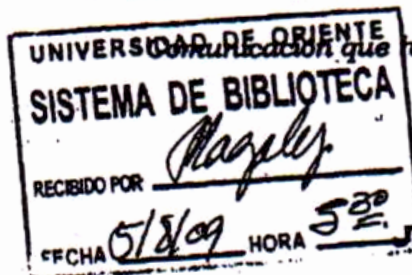
Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

JUANA A. BOLANOS CUMBELE
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Telesinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/manuja

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y
ASCENSO:**

DERECHOS

**De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir
del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)**

**“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y
solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de
núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario “**


AUTORA

Anni A. Rengel H.
C.I. 17838084


TUTOR

Lismar J. Vera F.


JURADO

Norma J. Conquista L.


JURADO

Karla del V. Franco G.

POR LA SUBCOMISIÓN DE TESIS