

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

TITULO: TAMIZAJE PARA DETECCIÓN DE TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESCOLARES DE 6 A 12 AÑOS

LUGAR: INSTITUTO MEXICANO DELSEGURO SOCIAL UMF 66 XALAPA, VERACRUZ.

TIPO DE INVESTIGACIÓN: CLINICA

INVESTIGADOR PRINICPAL: R1MF ABEL RONZÓN LÓPEZ

ASESOR METODOLOGICO: DRA VERÓNICA PEREA ALARCÓN

ASESOR ESTADÍSTICO: PENDIENTE

XALAPA, VER A 18 DE DICIEMBRE DE 2013.

ANTECEDENTES

Debemos recordar que la discapacidad a esta presente desde que los seres humanos están en el mundo como lo denota José Luis Fernández-Iglesias, en su artículo *Historia, discapacidad y valía*, describe cómo la discapacidad ha existido desde tiempos inmemoriales, pero que se ha generado un nuevo elemento vinculador a su evolución desde el aspecto de la valía.(1)

Desde los inicios de la historia humana la discapacidad ha evolucionado su manera de ser percibida y han sucedido una serie de cambios drásticos en las legislaciones que han obedecido al pensamiento y creencias de la época respecto a la discapacidad.(1)

Hay varios antecedentes históricos que demuestran la presencia de la discapacidad en los seres humanos. Cabe mencionar que en la antigua Grecia (siglo IV a.C.), las personas con discapacidad, malformaciones o debilidad notoria eran sacrificadas a los dioses; pero no se ha determinado si ello era un privilegio o, más bien, una forma de excluirlas de la sociedad por no poder adaptarse a ella. Los Romanos regularon los efectos civiles de las personas con discapacidades mentales o cognitivas al crear la *curatela*. Durante aquel tiempo, los discapacitados mentales (esto es, los privados de razón) se llamaban *furirosis*, y aquellos con limitaciones o pobre desarrollo de sus facultades intelectuales se denominaban *mente captus*(1).

La historia se ha encargado de mostrarnos cómo algunas enfermedades en este caso la epilepsia, catalogada como un “*mal divino*”, pone de manifiesto cómo eran concebidas algunas enfermedades. No obstante, carga la estigmatización de otras épocas y la discriminación que a ello puede conllevarnos la percepción de las mismas.(1)

Durante la Edad Media se creía que los trastornos mentales se relacionan con lo diabólico y lo demoniaco. La Inquisición apoyó la exterminación de personas con discapacidad (la enfermedad mental), al creerlas poseídas por algo diabólico; así mismo, se las culpaba por epidemias, y se tenían para entretenimientos en circos o cortes (discapacidad física). Desde los antecedentes históricos, y aún en la actualidad, las personas con discapacidad suscitan lástima, son objeto de maltrato o eliminación en la sociedad.(1)

Durante la Edad Moderna, se estudió con mayor juicio la estructura y función del ser humano. En los siglos XVIII y XIX se dieron varios cambios, entre los cuales resaltamos los escritos de Denis Diderot sobre las competencias de los ciegos o las primeras escuelas para sordomudos y otras para ciegos, donde se formó Louis Braille, quien desarrolló su conocido método.(1)

En el siglo XX se recrudeció la persecución contra los discapacitados, aun cuando la más visible fue la perpetrada por Adolf Hitler, bajo el pretexto de mejorar la raza; así mismo, las dos guerras mundiales y otros enfrentamientos bélicos, dejaron un sinnúmero de personas discapacitadas física y mentalmente que indujeron a crear cierta conciencia sobre el problema tan grande que representaban las personas con discapacidad natal, como adquirida.(1)

Cabe comentar algunos datos históricos sobre la evolución en base a la discapacidad. En 1948, se dio la Declaración Universal de los Derechos Humanos; en 1955 se aprobó el Programa Internacional de Rehabilitación de Minusválidos Físicos; en 1971, la Asamblea General de las Naciones Unidas, mediante la Resolución 2856, proclamó la Declaración de los Derechos del

Retrasado Mental. Este mismo organismo, en 1975, en su Resolución 3447, adoptó la Declaración de los Derechos de los Impedidos. Por su parte, en 1980, la OMS aprobó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. En 1982, en la Resolución 37/52, las Naciones Unidas lanzaron el Programa de Acción Mundial para los Impedidos; en 1983, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) lanzó el Convenio 159, *Sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas*, y la Subcomisión de Prevención de Discriminación y Protección de Minorías de la Naciones Unidas elaboró *Los principios, directivas y garantías para la protección de las personas detenidas que padecan o sufran trastornos mentales*. En 1991, las Naciones Unidas adoptaron los *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*, y en 1993, mediante la Resolución 48/96, publicó las *Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. En el ámbito regional y local se adoptó la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscrita en 1999 en Guatemala. En Colombia, mediante la Resolución 2417 de 1994, del Ministerio de la Protección Social, *por la cual se adoptan los derechos de las personas con trastorno mental*, y por la Ley 361 de 1997, *por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones*.⁽¹⁾

Los antecedentes han logrado concientizar a grupos humanos y con ello se crean cada vez más agrupaciones de personas con diferentes tipos de discapacidades, en diferentes partes del mundo, que además de defender su bienestar, crean conciencia acerca de sus derechos. Así mismo, se evidencia cómo a través de la historia se han ido incorporando los derechos de las personas discapacitadas en lo civil, lo penal, lo laboral, la seguridad social y la educación, al igual que en el ámbito de los derechos fundamentales, con un predominio de los derechos a la dignidad, igualdad y solidaridad.⁽¹⁾⁽²⁾

Generalizando sobre los antecedentes, nos encausa a profundizar en la percepción que las personas con discapacidad tienen o pueden tener acerca de sus derechos, cómo experimentan su condición como individuos o como grupo en la sociedad. Así mismo, es definitivo ahondar cómo al aplicarse los derechos se obtiene o no lo deseado, cómo influyen variables socioeconómicas, de identidad de la persona con discapacidad, de la sociedad receptora y del tipo de discapacidad sobre ello. Cómo se da la relación entre derecho y discapacidad, qué influye sobre qué, qué es unidireccional o bidireccional o qué establece una relación en espiral y cómo, al parecer, pocos discapacitados reclaman y exigen sus derechos con base en lo legislado. Es preciso enfatizar en la percepción que las personas con discapacidad tienen sobre sus derechos, y por qué algunas personas con discapacidad tienen acceso a sus derechos, en tanto que otras requieren reclamarlos o inclusive los desconocen.

Finalmente, es importante tener en cuenta la heterogeneidad de la discapacidad. Por ejemplo, física frente a sensorial y frente a cognitiva (mental), y que en algunos casos pueden llevar a respuestas diferentes ante la sociedad y de ésta hacia ellos, en diversas oportunidades para trabajar, ser autosuficiente y en poseer diferentes tipos de identidad. ⁽¹⁾⁽²⁾

EPIDEMILOGÍA

Según datos reportados por la OMS más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está aumentando. Ello se debe a las anormalidades genéticas, mala atención de parto y atención de patologías de origen genético que no son detectadas de manera oportuna y son causa de alteraciones tanto físicas como mentales, y también al aumento mundial de enfermedades incapacitantes como las neurológicas. (2,3)

A nivel mundial los menores con discapacidad, no son incluidos en programas de salud, y por su problema tienen peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. Todos estos aspectos son en gran parte como consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios y cuidados, en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información. Esas dificultades se exacerbaban en las comunidades menos favorecidas: como las rurales o en pobreza. (3)

Debemos considerar como personas razonables y con miras futuras el poder implementar mejorías en el desarrollo de las habilidades de esta población, para condicionar mejoría en su calidad de vida. Concientizarnos sobre la implicación integral de las personas que viven con alguna discapacidad y con ello, debemos emancipar las falsas ideas que tenemos de ellas, para lograr suprimir los obstáculos que les impiden participar en las comunidades, recibir una educación de calidad, encontrar un trabajo digno y lograr que se integren como una persona normal a la sociedad. (3)

Dada la importancia de lo que implica la población mundial con discapacidad, la Organización Mundial de la Salud y el Grupo del Banco Mundial han producido conjuntamente este *Informe mundial sobre la discapacidad*, para proporcionar datos destinados a la formulación de políticas y programas innovadores que mejoren las vidas de las personas con discapacidades y faciliten la aplicación de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que entró en vigor en mayo de 2008. Este histórico tratado internacional reforzó nuestra convicción de que la discapacidad es una prioridad en materia de derechos humanos y de desarrollo.(3)

El *Informe mundial sobre la discapacidad* propone medidas para todas las partes interesadas incluidos los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones de personas con discapacidad– para crear entornos favorables, promover la rehabilitación y los servicios de apoyo, asegurar una adecuada protección social, crear políticas y programas inclusivos, y aplicar normas y legislaciones, nuevas o existentes, en beneficio de las personas con discapacidad y la comunidad en general. Las personas con discapacidad deberán ocupar un lugar central en esos esfuerzos.(3)

Los objetivos centrales que se buscan con este tipo de actividades es poder incluir a todas las personas independientemente de su discapacidad, a una sociedad en la que se pueda desarrollar una buena calidad de vida desde contar con buena salud, comodidad y dignidad.(3)

PREVALENCIA

Se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial (según las estimaciones de Informe mundial sobre la discapacidad 8 la población mundial en 2010). Esta cifra es superior a las estimaciones previas de la Organización Mundial de la Salud, correspondientes a los años 1970, que eran de aproximadamente un 10%. (3)

Según la *Encuesta Mundial de Salud*, cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto sobre la *Carga Mundial de Morbilidad* estima una cifra próxima a los 975 millones (19,4%). La *Encuesta Mundial de Salud* señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2,2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la *Carga Mundial de Morbilidad* cifra en 190 millones (3,8%) las personas con una “discapacidad grave” (el equivalente a la discapacidad asociada a afecciones tales como la tetraplejía, depresión grave o ceguera). Solo la *Carga Mundial de Morbilidad* mide las discapacidades infantiles (0-14 años), con una estimación de 95 millones de niños (5,1%), 13 millones de los cuales (0,7%) tienen “discapacidad grave”.(3) Desfavorablemente cada vez es más la población que tiene alguna discapacidad y de estos los menores de edad son los que representan mayor fragilidad ya que dependen de sus familias para su cuidado, trayendo con ello también problemas de tipo familiar. (3)

DISCAPACIDAD EN MÉXICO

Se reporta en los datos publicados por el Instituto Nacional De Geografía y estadística considera que la población infantil es de aproximadamente de 32.5 millones entre edades de 0 a 17 años. De esta población, 520 mil niños, es decir 1.6% de la población infantil del país reportó tener alguna discapacidad. Con base en los resultados del cuestionario ampliado del Censo de Población y Vivienda 2010 se identificó que de los 5.7 millones de mexicanos con alguna discapacidad, 520 mil (es decir, 9.1%) es población entre 0 y 14 años de edad. De ellos, la mayoría son hombres (58.3 por ciento).(4)

Los niños con discapacidad presentan un reto especial debido a que, a la vulnerabilidad propia de estar en desarrollo, se suma la provocada por su condición de discapacidad. Por ello, es importante contar con información sobre este grupo de la población con el fin de tener las herramientas necesarias para la elaboración y evaluación de políticas públicas.(4)

Las entidades federativas que rebasan el promedio nacional de niños con discapacidad (1.6%), son Chihuahua, Nayarit, Durango, Tabasco y Guanajuato, con entre 1.9 y 2.1%. Por el contrario, las entidades que están por debajo de tal valor son Coahuila, Guerrero y Baja California Sur con porcentajes de entre 1 y 1.3 por ciento. Conocer los tipos y causas de la discapacidad es útil para identificar los campos de oportunidad para mejorar la planeación nacional orientada a la prevención y atención de la discapacidad, apunta el reporte del INEGI.(4)

La discapacidad más frecuente entre la población de 0 a 14 años es la limitación para caminar, moverse y subir o bajar escaleras, con un 29.5% de casos; le siguen las limitaciones para hablar o comunicarse (28.3%), mental (19.3%), ver (17.8%), poner atención (15.9%), escuchar (7.4%) y, finalmente, la limitación para vestirse, bañarse o comer (7.3 por ciento). En la población infantil, los problemas derivados del nacimiento son la principal causa de discapacidad en todos los tipos (67.4 por ciento); en segundo lugar, se ubican la discapacidad por

enfermedad (17.8%), por más de una causa (6.4%), accidentes (4.9%); y existen 3.4% de los casos en los que no especificó su origen. (4)

Cabe señalar que las causas de tipo congénita o derivadas del nacimiento tienen un mayor peso en las limitaciones mentales (74.7%), de comunicación (74.7%) y de atención (68.5%) que en las dificultades para ver, oír, vestirse o caminar; en cambio, en estas últimas, las enfermedades y los accidentes tienen una mayor importancia. En la discapacidad para ver, la enfermedad explica una cuarta parte (25.3%) de los casos; para la discapacidad para caminar, 7.5% de los casos tienen su origen en los accidentes.(4)

El INEGI apunta que conocer las características educativas de los niños con discapacidad permite identificar el nivel de acceso y permanencia que tienen en comparación con los niños que no presentan discapacidad. Los niños de 3 a 14 años con discapacidad asisten a la escuela en menor proporción que los niños sin discapacidad. De acuerdo con los datos del Censo 2010, 84 de cada 100 niños sin discapacidad asisten a la escuela, mientras 73 de cada 100 lo hacen en el caso de los que tienen discapacidad. Cabe señalar que los porcentajes de asistencia escolar por sexo son semejantes en ambos grupos, tengan o no discapacidad. La atención médica es de gran importancia, señala el INEGI; de ahí que es relevante conocer a qué institución asisten cuando presentan problemas de salud y si hay diferencias con los niños sin discapacidad. Las instituciones de salud a las que asiste la población infantil con y sin discapacidad son las siguientes: Centros de Salud de la Secretaría de Salud; el Seguro Social (IMSS); y los Consultorios, Clínicas y Hospitales Privados. Sin embargo, es de resaltar que los niños con discapacidad asisten en mayor proporción a los Centros de Salud de la Secretaría de Salud (Seguro Popular) que al IMSS o a los servicios privados.(4)

Las cifras del Censo 2010 revelan que los niños con discapacidad en México siguen enfrentando condiciones de desventaja con relación a sus pares para el ejercicio de los mismos derechos como a la salud y a la educación, además de ser objeto de discriminación y maltrato intrafamiliar. (4)

DISCAPACIDAD EN VERACRUZ

La muestra del Censo de Población y Vivienda 2010 identificó poco más de 35 mil niños (de 0 a 14 años) con dificultades para la realización de tareas de la vida diaria. Ellos representan 8.5% de la población con discapacidad y 1.7% del total de niños del estado. Entre la población infantil con discapacidad, 43.7% tiene de 10 a 14 años, 41.3% de 5 a 9 años y 15.1% de 0 a 4 años de edad. Más de la mitad (57.0%) son varones. (4)

La discapacidad más frecuente se relaciona con las limitaciones para hablar (29.0 por ciento); le siguen las dificultades para caminar o moverse (26.4%), limitación mental (22.2%), ver (17.1%), poner atención (14.0%), escuchar (8.6%) y atender su cuidado personal (7.3 por ciento). Por grupos de edad, igualmente sobresalen las discapacidades para caminar o moverse y hablar. (4)

La relación entre tipo y causa de discapacidad es útil para establecer estrategias de detección temprana o de tratamiento oportuno. En la población infantil, los problemas derivados del nacimiento son la principal causa de discapacidad, ya que explican 68.3% de los casos; le siguen, aquellos cuyo origen es la enfermedad (19.6 por ciento). Tal situación se presenta tanto en el total

de la población infantil (0 a 14 años de edad) con discapacidad, como en cada tipo de discapacidad.(4)

El cumplimiento del derecho a la educación puede examinarse, entre otros indicadores, a través de la asistencia a la escuela. En el 2010, no existe una diferencia notable en el porcentaje de asistencia escolar de los niños de 3 y 4 años sin y con discapacidad (31.0% y 30.6%, respectivamente), pero a partir de los 5 años, se amplía la brecha que separa a ambos grupos de población, la brecha alcanza 22.0 puntos porcentuales en el grupo de 5 a 9 años y para el de 10 a 14 años de 20.6 puntos. (4)

HOGARES

Para la población infantil, la familia²³ se constituye como el primero y más importante agente socializador, datos censales de 2010 señalan que en Veracruz hay 1 983 543 hogares, de ellos 56.9% tienen al menos un integrante menor de 15 años y prácticamente todos son de tipo familiar (99.9 por ciento). Los hogares familiares encuentran su fundamento en las relaciones de parentesco, hay casos en los que el jefe convive solo con sus hijos (hogar monoparental), o bien, convive con sus hijos y su cónyuge (biparental), en conjunto, a estos hogares se les denomina nucleares y representan 64.4% del total de los hogares familiares donde hay al menos un niño de 0 a 14 años. Otra conformación de los hogares familiares son los ampliados o compuestos, es decir, hogares donde además de los padres, hijos y cónyuges, cohabitan otros parientes o personas que no tienen parentesco con el jefe del hogar, los cuales representan 35.6% de los hogares familiares donde hay al menos un menor de edad. (4)

Es probable que en los hogares ampliados o compuestos los niños encuentren una mayor interacción con personas de edad más avanzada (adultos mayores de 60 años y más), esto beneficia no solo los vínculos culturales entre distintas generaciones sino que también establece un soporte de ayuda y protección del adulto mayor hacia los niños, dedicando buena parte de su tiempo a su cuidado y atención. En 45.4% de los hogares ampliados y compuestos se da la convivencia de un niño y un adulto mayor. (4)

Los cambios demográficos ocurridos en las últimas décadas han hecho que las familias actuales sean más pequeñas y aspectos asociados a la migración, viudez, divorcios y separaciones ocasionen que el número de mujeres que dirigen un hogar sea mayor. En 2010, en uno de cada cinco hogares donde hay al menos un niño de 0 a 14 años de edad, el jefe del hogar es una mujer, la mayoría (54.8%) se encuentran separadas, divorciadas o viudas, 12.9% son solteras y en 32.3% la jefa del hogar está casada o en unión libre.(4)

Un aspecto que resulta importante destacar es la identificación de los padres al interior del hogar, de acuerdo con la muestra censal de 2010, en Veracruz 71.1% de los niños menores de 15 años cohabita en el hogar con ambos padres, 17.0% solo con la madre, 1.3% solo con el padre y 5.3% ninguno reside en la vivienda.(4)

DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD

Debemos entender que actualmente el concepto de discapacidad ha evolucionado a través de la historia. Así mismo es diferente su evolución de acuerdo con el tipo de discapacidad y posiblemente de acuerdo con la posición y aceptación (estigmatización) de la sociedad respecto a cada una de ellas. Alrededor de esta situación se ha procurado dar una definición de discapacidad que permita comunicarnos de una manera uniforme. (3)

Para ello, la OMS, entidad rectora en salud en el mundo, elabora la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, hoy Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que distingue entre deficiencia, discapacidad y minusvalía, definidas por esta organización de la siguiente manera, en la Historia de la discapacidad y las Naciones Unidas(3)

a. La deficiencia (impairment) se refiere a “Toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Las deficiencias son trastornos en cualquier órgano, e incluyen defectos en extremidades, órganos u otras estructuras corporales, así como en alguna función mental, o la pérdida de alguno de estos órganos o funciones”. (3)

b. Discapacidad (disability) se define como la “restricción o falta (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resultan de una deficiencia”. Las discapacidades son trastornos definidos en función de cómo afectan la vida de una persona. (3,4)

c. Una minusvalía (handicap) hace referencia a una “situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que lo limita o le impide desempeñar una función considerada normal en su caso (dependiendo de la edad, del género, factores sociales y/o culturales)”. El término es también una clasificación de “las circunstancias en las que es probable que se encuentren las personas discapacitadas”. La minusvalía describe la situación social y económica de las personas deficientes o discapacitadas, desventajosa en comparación con la de otras personas. Esta situación de desventaja surge de la interacción de la persona con entornos y culturas específicos. (3,4)

La Clasificación posee dos componentes: parte 1, sobre funcionamiento y discapacidad, y parte 2, sobre factores contextuales.

La primera, a su vez, se subdivide en: (a) funciones y estructuras corporales y (b) actividades y participación. Y la segunda se subdivide en: (a) factores ambientales y (b) factores personales. Globalmente, la CIF expresa una nueva visión por parte de la OMS.(3)

REALIDAD HISTÓRICA

Los niños y adolescentes con discapacidad tienen las mismas necesidades básicas y los mismos derechos que todas las personas: un ambiente familiar capaz de brindarles amor y protección para que crezcan sanos y felices, y un medio social que los incluya y promueva su desarrollo personal. Igual que cualquier otro niño o niña, deben tener acceso a la educación, la salud y la protección social que les permita crecer, desarrollar al máximo sus capacidades y contribuir positivamente en las sociedades a las que pertenecen. Algunos de ellos necesitarán apoyos adicionales para acceder a una vida adulta saludable y plena de derechos.(5)

Históricamente, los niños, adolescentes y adultos con discapacidad han sido parte de los grupos más invisibilizados y excluidos. Las consecuencias de esta exclusión pueden verse en la alta incidencia de la pobreza, en la baja educación y preparación para desarrollar proyectos de vida independiente, en las barreras arquitectónicas, comunicacionales y actitudinales que impiden su participación social y en el persistente estigma que disminuye sus oportunidades y expectativas de inclusión. (5)

Las formas en que la discapacidad ha sido percibida, representada y conceptualizada varían a lo largo de la historia y en las diferentes sociedades. Antiguamente, predominó una concepción de la discapacidad vista como sinónimo de imposibilidad, lo cual ha redundado en una mirada piadosa acerca de las personas con discapacidad, como objetos de ayuda y protección solidaria. Esta mirada aún prevalece en algunos programas y en instituciones destinadas a «rehabilitar» a las personas con discapacidad, lo cual en muchos casos contribuye, en la práctica, a perpetuar el estigma, la dependencia y la exclusión. (5)

A partir de la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) se consagra una definición social de la discapacidad, vista como el resultado de la interacción entre las personas con limitaciones funcionales (físicas, mentales, intelectuales o sensoriales), y las barreras debidas a la actitud y al entorno que pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad. (5)

El paradigma tradicional está asociado a una visión que ve y trata como personas inferiores a las personas con discapacidad. O, dicho de otro modo, a las personas debido a su discapacidad se les subestima, se las considera que no son «normales» y que no están capacitadas para hacer cosas como el resto de las personas. En este paradigma a quienes tienen discapacidad se les considera objetos de lástima y no personas con derechos o sujetos de derechos. De ahí vienen las distintas formas incorrectas como se denomina a una persona con discapacidad: inválido, impedido, tullido, ciequito, sordito, mongolito, incapaz, loquito, tontito, excepcional, especial, etc. (5)

El paradigma biológico centra el problema en la persona que tiene deficiencias o limitaciones. Aquí la persona es considerada paciente, quien para adaptarse a las condiciones del entorno que lo rodea (social y físico) debe ser sometido a la intervención de los profesionales de la rehabilitación. Se considera que para superar las limitaciones funcionales del paciente o la paciente es necesario que un conjunto de profesionales y especialistas le ofrezcan a esta persona una serie de servicios y tratamientos. Este enfoque ve a la persona como receptor pasivo de apoyos institucionalizados. (5)

El paradigma de derechos humanos se centra en la dignidad intrínseca o propia del ser humano; es decir, en la dignidad que se tiene por el hecho de ser humano, independiente de las características o condiciones que tenga: ser hombre o mujer, su color de piel (negro, cobrizo, amarillo, blanco, etc.), edad, estatura, discapacidad, condición y cualquier otra.

En este enfoque o paradigma la discapacidad es colocada como una característica más dentro de la diversidad de los seres humanos y no como la característica que debe definir la vida de una persona, que totaliza la vida de una persona en un marco de discriminación y exclusión.(5)

En este paradigma la discapacidad es caracterizada como un producto social que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras actitudinales y de entorno, que evitan la participación plena y efectiva, la inclusión y desarrollo de estas personas en la sociedad donde viven, en condiciones de igualdad con las demás. (5)

DISCRIMINACIÓN

Como en la mayoría de los países, en México existe racismo y discriminación. La Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (2010) establece que nueve de cada diez mujeres,

discapacitados, indígenas, homosexuales, adultos mayores y pertenecientes a minorías religiosas, opinan que padecen discriminación por su condición; una de cada tres personas pertenecientes a dichos grupos dice haber sido segregada, y han sido discriminadas en el ámbito laboral. La discriminación se define como la situación en la que una o varias personas son agredidas por una razón específica. Hay así, varios tipos de discriminación: por edad, orientación sexual, apariencia física, género, etc.

Como educadores es importante reflexionar sobre los efectos de la discriminación en la vida de las personas, pues éstos son altamente negativos y tienen que ver con la pérdida de derechos y la desigualdad para acceder a ellos; lo que influye a que las personas vivan en aislamiento, violencia, y en casos extremos, pierdan la vida. (6)

FAMILIA Y DISCAPACIDAD

La discapacidad es un evento crítico que desencadena reacciones y adaptaciones en todo el contexto de vida y sistema de relaciones entre el individuo y su familia. Las formas de funcionamiento precedentes resultan insuficientes, por lo cual se activan procesos de adaptación: se desencadenan cambios en las relaciones familiares y extrafamiliares. Un sistema entero de relaciones se ve enfrentado a la discapacidad y la rehabilitación.(7)

Con la llegada de la discapacidad se desencadenan procesos de adaptación que se articulan a través de fases; de la organización previa que la familia tenía, se pasa a la desorganización que provoca la aparición de la limitación física, intelectual o psiquiátrica de uno de sus integrantes y el ingreso del equipo de salud a la vida familiar. Sólo el tiempo y la asimilación de la nueva situación familiar permitirán la entrada a la nueva fase de reorganización. Que la discapacidad sea central o no en la vida de la familia está relacionado principalmente con la gravedad de la discapacidad, la experiencia previa de la familia con la discapacidad y la tendencia de la familia a, por alguna razón, utilizar la enfermedad como foco principal en su vida familiar.(7)

En la práctica: Si la familia niega las consecuencias de la discapacidad, se resiste a ciertos comentarios e insiste en la búsqueda de alternativas, no se trata de un enfrentamiento directo al personal de salud; quiere decir que no está lista, es un mecanismo de supervivencia. El tiempo es necesario para favorecer la asimilación de los grandes cambios en las familias.(7)

No obstante, existe un acuerdo en que los padres de los niños con una enfermedad crónica o una discapacidad encuentran numerosas y diversas demandas en el cuidado y crianza de su hijo. La condición crónica es estresante para todos los miembros del sistema familiar, tiene un impacto directo o indirecto sobre dicho sistema y requiere diversas respuestas de todos los miembros de la familia para afrontar la situación. (7)

La investigación en el marco del desarrollo ecológico ha identificado un número de características que pueden afectar adversamente el desarrollo de la persona en condición de discapacidad convirtiéndose además en factores estresantes para la familia. Entre ellas están, la disponibilidad de apoyo social y recursos financieros, la calidad de la relación marital y la salud mental materna. Sin embargo, los resultados en este sentido son contradictorios.(7,8)

Si bien el concepto de adaptación es difícil de operacionalizar y de medir, Hentinen y Kyngäs (1998) la definieron como el grado en que los padres se enfrentan psicológica, social y fisiológicamente con la condición crónica o la discapacidad de su hijo. A pesar que no está claro qué requiere de los padres el afrontar una enfermedad crónica en su hijo como una condición, y cómo ésta afecta a la familia y los miembros de la familia, los factores de riesgo para la adaptación

incluyen la gravedad de la discapacidad y el estatus psicológico del niño, entretanto los factores protectores corresponden con los patrones de afrontamiento y el ambiente. De otra parte, los factores demográficos como la edad y el sexo de la persona con discapacidad, la edad y el nivel educativo de los padres, y el tamaño y los ingresos de la familia, han arrojado resultados diversos y en ocasiones contradictorios. Por ejemplo, Bingham y Smith (2000) concluyeron que la edad de la persona con discapacidad, la gravedad de la discapacidad, el nivel educativo de los padres y el estatus socioeconómico de la familia, podían predecir niveles de estrés y el uso eficaz o no, de estrategias de afrontamiento, mientras que Córdoba, Verdugo y Gómez (2006) identificaron que, ni las variables sociodemográficas de la persona con discapacidad y de los padres (edad y nivel educativo), ni de la familia (estrato socioeconómico y tipo de familia), ni la gravedad de la discapacidad, influían en la calidad de vida de la familia. (7,8)

En cuanto al ambiente familiar, la relación entre la madre y el padre es muy importante, y un hijo con una condición crónica o una discapacidad puede causar una tensión en dicha relación. Por ejemplo, se ha observado que la madre tiende a desplazar o atenuar la importancia del cumplimiento de la responsabilidad y función como cónyuge debido a que dedica sus mejores esfuerzos al cuidado de su hijo con discapacidad (Chamorro, 1997; Guerrero, 2000). Pero en otros casos, el niño con una enfermedad crónica o una discapacidad puede mejorar la relación (Córdoba y Verdugo, 2003). Otro factor relevante en la adaptación de la familia a la discapacidad es el apoyo social. Según Hentinen y Kyngäs (1998) el apoyo se ha definido como los recursos que las personas obtienen de los demás, y puede dividirse en emocional, instrumental, informal y de evaluación. El apoyo es importante entre los miembros de la familia, pero también de las personas externas a ella. El apoyo a través de las relaciones con otros padres que están en la misma situación puede ser importante para los padres que están cuidando a sus hijos con una condición crónica. La evidencia sugiere que los programas «padre a padre» promueven una adaptación cognitiva positiva (Cho *et al.*, 2001; Turnbull y Turnbull, 2001). También se ha visto que el apoyo desde los profesionales de la salud es un factor importante en el proceso de adaptación (Córdoba *et al.*, 2006, Córdoba, Mora, Bedoya y Verdugo, en prensa; Hentinen y Kyngäs, 1998; Mora, Córdoba, Bedoya y Verdugo, 2007). (7,8)

De la misma forma, se ha observado en el proceso de adaptación de la familia, que los cambios en las rutinas de la vida diaria son necesarios para proveer cuidado a la persona en condición de discapacidad. Se ha descubierto que dichos cambios tienen efectos significativos sobre el funcionamiento de la familia (Córdoba y Verdugo, 2003; Marvin y Pianta, 1996; Turnbull y Turnbull, 2001). Las dificultades que encuentran los padres que cuidan hijos con una discapacidad y sus relaciones familiares han sido citadas como una fuente de tensión y sobreprotección.(7)

Asimismo, se han explicado por niveles bajos de coherencia y menor énfasis en el crecimiento personal de otros miembros de la familia. Algunas familias experimentan dificultades económicas (Arango, Rueda y Valderrama, 1997; Chamorro, 528 CÓRDOBA Y SOTO 1997; Guerrero, 2000), otras tienen la impresión de una pobre coordinación entre diferentes servicios y especialistas (Córdoba y Verdugo, 2003; Freedman y Boyer, 2000). (7)

En este sentido, Heiman (2002) planteó que las familias de personas con una discapacidad muestran tanto procesos de adaptación positiva como de tensión, ambos relacionados con la presencia del miembro de la familia con discapacidad. (7)

Tales familias usualmente requieren apoyos para organizar sus vidas y lograr una adaptación positiva.(7,8)

EDUCACION SOBRE DISCAPACIDAD

La discapacidad en la población infantil constituye un problema de salud por su repercusión en la calidad de vida del niño afectado, la familia y los recursos que la sociedad debe destinar para su atención. La respuesta del medio hogareño va a ser determinante en el futuro del niño, puesto que el modo de reacción de los padres podría mitigar o incrementar la incapacidad. Como parte de la atención integral a este problema se hace necesario crear un espacio en el que la familia reciba toda la información y el apoyo que necesita. En este sentido, las escuelas para padres de niños con discapacidad adquieren un gran valor, lo cual ha sido demostrado por las experiencias en varios países. En dichas escuelas se crea el ambiente propicio para brindar información sobre las características de la enfermedad que enfrenta su hijo y las acciones necesarias para lograr su máximo desarrollo y plena participación social, también para que puedan intercambiar experiencias y ofrecer ayuda a aquellos menos ajustados a la nueva situación (9).

EDUCACION FAMILIAR

A lo largo de las dos últimas décadas ha pasado a ser corriente mencionar la importancia que tiene el aporte de los padres de niños con una deficiencia en las actividades terapéuticas y educativas propuestas por los profesionales. Desde la década de los 70s las primeras evaluaciones de programas de pedagogía compensatoria, puestas en marcha en Estados Unidos en la década precedente, demostraron la superioridad de los programas que implicaban activamente a la familia. Después de este periodo, las investigaciones sobre la familia se multiplicaron y se desarrollaron en numerosas direcciones, modificando gradualmente el lugar otorgado a los padres en la colaboración con los profesionales.

Esta perspectiva teórica pone en evidencia las influencias que ejercen diferentes subsistemas sociales sobre el niño. La familia es uno de los microsistemas en los que evoluciona este último. El niño y la familia actúan y reaccionan siempre en función de otros subsistemas más alejados, aunque determinantes.

Aplicando este cuadro de análisis a la educación especial, es importante precisar que ni la naturaleza de la deficiencia ni las acciones para reducir las incapacidades pueden ser consideradas independientemente del ecosistema familiar. El bienestar del niño y su capacidad de evolución están ligados a la evolución de la familia en su entorno. Los recursos profesionales deben aliarse a los recursos de la familia de manera que se llegue a concretar un proyecto coherente. Por tanto, se trata de comprender la situación particular de cada familia, de darle confianza, restituirlle responsabilidades y competencias en base a educación para poder influenciar positivamente en el cuidado de su hijo con discapacidad.

CUIDADOR

El vivir con una enfermedad crónica discapacitante hace referencia a la experiencia de padecer un trastorno orgánico y funcional que provoca alteraciones en las funciones o estructuras corporales, y algún grado de limitación en la actividad de la persona, lo que puede requerir de largos periodos de cuidado, tratamiento paliativo y control, por lo cual la persona debe modificar su

estilo de vida (10). La discapacidad que afecta a la población, sobre todo a la infantil, se constituye en un problema de salud pública, si se considera el impacto negativo que determina sobre el niño, la familia, la comunidad y los enormes recursos que deben ser destinados para dar respuesta a esas necesidades especiales que surgen como consecuencia de la misma.(10)

Se denomina cuidador familiar a la persona que tiene un vínculo de parentesco o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido que vive con enfermedad crónica y participa en la toma de decisiones, y supervisa y apoya la realización de las actividades de la vida diaria para compensar la disfunción existente en la persona con la enfermedad.(10) Los cuidadores familiares son en su mayoría mujeres de edad intermedia, menores que el receptor del cuidado, con estados civiles variados, algunas empleadas y otras amas de casa, con niveles de educación y socioeconómicos heterogéneos, quienes por lo general cuidan al ser querido desde el momento de su diagnóstico y llevan cuidándolo más de seis meses. Estas personas sienten que la actividad ocupa la mayor parte del día y, por lo general, desconocen el rol que asumen. (10) El cuidador experimenta cambios importantes en el desempeño de sus roles habituales; el grado de compromiso depende de la demanda de cuidado que el paciente requiere, así como de las características del cuidador. En la forma como el cuidador se adapta a estos cambios influyen factores específicos como sus características personales, la severidad de la enfermedad del paciente, y los ajustes que debe hacer en su estilo de vida y en el rol familiar para satisfacer las demandas de cuidado. (10)

En diferentes contextos se han documentado las implicaciones de la experiencia de cuidado de los cuidadores sobre su calidad de vida, relacionadas con el estrés permanente al que se ven sometidos, alteraciones de la salud física en general, del patrón del sueño, fatiga, incertidumbre, depresión y ansiedad, aislamiento social, alteración de la ejecución habitual del rol, y la percepción de la falta de soporte social y de apoyo de los sistemas de cuidado de la salud.(10) Ngosi Nkongo identificó conceptualmente que el cuidado es multidimensional, con componentes cognoscitivos y de actitud, en donde el potencial para cuidar está presente en todos los individuos, es cuantificable y se puede aprender. Así mismo, la habilidad de cuidado es el potencial que tiene la persona adulta que incluye dimensiones cognoscitivas y actitudinales, identificadas y medidas con indicadores de conocimiento, valor y paciencia; la habilidad, vista así, puede evaluarse a través de la comunicación directa con cada persona.(10)

Los cuidadores familiares, como una fuente importante de cuidado informal, experimentan situaciones ignoradas tanto por el actual sistema de seguridad social como por la familia, ya que no cuentan con un servicio oportuno y eficiente para el fortalecimiento de la habilidad de cuidado en casa y el reconocimiento de la labor que cumplen. (11)

CALIDAD DE VIDA

El concepto de calidad de vida en las personas con discapacidad y sus familias, cada vez cobra mayor importancia. Prueba de ello es que, en países como Estados Unidos y Canadá, se ha propuesto que la calidad de vida de las familias de personas con discapacidad sea asumida como un indicador de éxito de los programas e iniciativas de políticas encaminadas a la prevención e intervención con esta población (Poston, Turnbull, Park, Mannan, Marquis & Wang, 2003). Por esta razón, equipos de investigadores en diferentes partes del mundo realizan cada vez mayores esfuerzos para avanzar en la comprensión y en la medición del constructo “calidad de vida” en el ámbito de la discapacidad.(11,12)

Y como extensión natural de la calidad de vida individual se está avanzando en la medición de la calidad de vida de las familias que tienen uno de sus miembros con discapacidad (Schalock & Verdugo, 2002), como primer y fundamental paso para determinar los apoyos requeridos para que la persona con discapacidad y su familia logren una mejor adaptación y desarrollo en sus contextos.(11)

Hablar de calidad de vida familiar en personas con discapacidad constituye un importante avance en la investigación sobre familia y discapacidad.(12)

La literatura científica hasta la década de los 90, muestra que los estudios en el área giraban en torno al impacto de la discapacidad en la familia (Weiss, Marvin & Pianta, 1997; Browne & Bramster, 1998; Rubio, Berg-Weger & Tebb, 1999) y, como consecuencia de ello, los instrumentos de evaluación que existían estaban centrados en la medida de variables como estrés y estrategias de afrontamiento, prácticas parentales, ambiente en el hogar, relación marital, necesidades familiares y, en el mejor de los casos, se orientaban a la evaluación de la satisfacción de la familia con los servicios de atención a la persona con discapacidad (Ireys & Perry, 1999), pero no a la calidad de vida familiar desde una concepción integral. Esto se traducía en una percepción fragmentaria de la vida de la familia lo que favorecía un enfoque patológico. Además, se reducía a la identificación de los déficits de la persona con discapacidad y a su relación con el cuidador principal que en la mayoría de los casos era la madre.(11,13)

A diferencia de esta concepción, en la actualidad surge el modelo de calidad de vida centrado en la familia que la alienta a tomar la iniciativa en establecer sus prioridades; abandona la perspectiva patológica y adopta una orientación desde los puntos fuertes de la familia, dándole confianza para desarrollar sus potencialidades y sus capacidades.(11,12)

Además esta concepción visualiza a la familia entera como una unidad de apoyo (Schalock & Verdugo, 2002), trabajando en equipo con los profesionales de los servicios de atención para la persona con discapacidad y con otras familias, en la búsqueda de logros que respondan a sus necesidades reales y a sus expectativas. (13)

GASTOS

Con la Encuesta de Evaluación Urbana 2002 del Programa Oportunidades se identificaron hogares donde había personas con discapacidad estructural o con alguna limitación de actividades por enfermedad, y se estimó el gasto en salud ambulatorio y hospitalario. De 15 314 hogares estudiados, 10.1% incluyó a personas con discapacidad estructural y 13.4% con limitación de actividades moderada o grave. La discapacidad estructural en el hogar no se asoció con un mayor gasto en salud. Hogares donde había personas con limitaciones graves o moderadas para realizar sus actividades gastaron 97% más en atención ambulatoria que los hogares sin personas incapacitadas. Los hogares más pobres gastan más en atención médica que los hogares menos pobres. Los resultados indican que la incapacidad para desarrollar actividades diarias tiene un importante efecto sobre el gasto de bolsillo, sobre todo en los hogares más pobres. (14)

En este trabajo esperamos ver en todos los diferentes procesos de la historia cómo han sido tratadas las personas con discapacidad. Tomar conciencia de ello y empezar a tener una forma de

verlos diferentes, no por caridad ni rechazo, sino como debe ser o justamente como debe ser, personas como nosotros que pueden desempeñar una labor social en cualquier área técnica.(13)

Las personas siempre actuamos de forma negativa hacia lo desconocido, espero que de aquí en adelante no tengan miedo de ellos sino que los veamos como nosotros nos vemos a nosotros mismos. (13)

Historia del maltrato que se les brinda o se les ha brindado a las personas con discapacidad a través de los tiempos. (13)

Podríamos a entender a la discapacidad como una situación heterogénea que envuelve la interacción de una persona en sus dimensiones física, psíquica, biológica y social en la que se desarrolla y vive. Incluye un sin número de dificultades, desde problemas en la función o estructura del cuerpo, pasando por limitaciones en la actividad o en la realización de acciones o tareas, hasta la restricción de un individuo con alguna limitación en la participación en situaciones de su vida cotidiana. Esta situación es compleja, heterogénea, dependiente del medio y la cultura y de difícil evaluación. Tiene un gran espectro ante el cual todos somos susceptibles en mayor o menor grado.(13)

Los grados de discapacidad serán diferentes si existe una familia o no, si hay rehabilitación o no; así mismo, estarán influidos en gran parte si la persona vive en área rural o urbana, en un país desarrollado o en uno en vías de desarrollo.(13)

Aunque muchos países y dentro de estos México han empezado a adoptar medidas para mejorar la vida de las personas con discapacidad, es mucho lo que queda por hacer. Las pruebas presentadas en este Informe señalan que muchos de los obstáculos a que se enfrentan las personas con discapacidad son evitables, y que pueden superarse las desventajas asociadas a la discapacidad. Poner en práctica estrategias para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad requiere la implicación de diferentes sectores (salud, educación, protección social, trabajo, transporte, vivienda) y de diferentes agentes (gobiernos; organizaciones de la sociedad civil, incluidas las organizaciones de personas con discapacidad; profesionales; el sector privado; personas con discapacidad y sus familias; el público general; el sector privado, y los medios de comunicación).(14,15)

Con esta información, y tomando además como base estudios realizados anteriores sobre la discapacidad en menores de edad y sus características socio demográficas y familiares, tratamos de realizar un proyecto de investigación que aporte resultados y hechos que nos encausen a mejorar las condiciones de cada uno de los menores con alguna discapacidad, ya que esto nos permitirá crearnos una nueva conceptualización de las personas con discapacidad, para poder integrar a estos individuos a una sociedad que los reconozca como personas iguales y elimine los sentimientos de discriminación y marginación de los cuales han sido blanco. Creo además; que es necesario reconocer a las personas que viven y conviven con ellos, ya que ellos pueden ser la base de una mejor calidad de vida o al contrario pueden ser los desencadenantes de problemas de salud mayores. Todo esto nos permitirá una valoración integral de los menores con discapacidad para reforzar grupos de apoyo e implementar recursos tanto, físicos, económicos y de apoyo social al individuo y su familia, para permitir mejorar su calidad de vida de ambos. (15)

PROTOCOLO

Tamizaje para diagnóstico de trastorno de déficit de atención e hiperactividad con base a la escala de Conners en niños escolares de 6 a 12 años en escuelas de influencia para la UMF 66 de Xalapa, Veracruz en 2014.

Justificación: El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un problema que afecta a una gran cantidad de niños desde la etapa preescolar y continúa hasta la edad adulta; que afecta al individuo que tiene la enfermedad y a sus familiares de diferentes maneras. El TDAH es una entidad que en muchas ocasiones pasa desapercibido para los familiares, profesores e incluso para los mismos profesionales de la salud. En la actualidad, el número de niños diagnosticados con TDAH se ha incrementado. Es por ello que es de suma relevancia tener conocimientos acerca del diagnóstico de este trastorno, pues de eso depende la evolución y pronóstico de la patología, que, con un diagnóstico certero y temprano, mejoraría en gran medida la calidad de vida de aquellos que lo poseen e incluso evitar la progresión de la enfermedad a la etapa adulta.. Es por ello que el objetivo de este trabajo es contribuir al abordaje específicamente psicoeducativo y familiar del TDAH por profesionales vinculados a la educación y sus padres, pues son ellos quienes viven una gran cantidad de horas al día con niños que, en muchas ocasiones, presentan este trastorno, ya que es de suma importancia demostrar la capacidad de los docentes y familiares para detectar algunos signos del trastorno, lo cual es relevante para realizar una derivación temprana a un especialista capacitado para establecer un diagnóstico y tratamiento.

. En la Unidad de Medicina Familiar No 66 hasta el momento no se han realizado un estudio para diagnóstico de el trastorno de déficit de atención e hiperactividad con base a la escala de Conners para profesores y padres por lo que es importante el desarrollo del mismo para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno en infantes que cursen con este diagnóstico

Planteamiento del problema:

- ❖ ¿Cuál es la capacidad de la escala de Conners para diagnóstico oportuno del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en escolares de 6 a 12 años.

Hipótesis:

- ❖ El trastorno de déficit de atención e hiperactividad es una patología que pasa desapercibida en la etapa preescolar y escolar ante los familiares, profesores e incluso en los profesionales de la salud pues desde la aparición de los síntomas hasta el diagnóstico, existe un periodo de tiempo aproximado de 6 años, esto nos demuestra un evidente retraso en el diagnóstico hasta en un 65%, lo cual impide que los infantes reciban un adecuado tratamiento y se presenten problemas de atención e hiperactividad en el adulto en un 50% de los pacientes que lo padecieron en la etapa infantil, lo que trae consigo limitaciones en la vida diaria del adulto y problemas familiares. La escala de Conners para diagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad es una herramienta que tiene una sensibilidad del 89% para la detección de casos de esta patología.

Objetivo general:

- ❖ Valorar la capacidad de la prueba de Conners para el diagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en niños escolares y determinara las características sociodemográficas y familiares de los mismos.

Objetivos específicos:

- ❖ Determinar las características socio-demográficas de los escolares con trastorno de déficit de atención e hiperactividad.
- ❖ Identificar las características familiares de los escolares con TDAH.
- ❖ Evaluar la escala de Conners para diagnóstico oportuno de TDAH
- ❖ Evaluar la capacidad de profesores para detección de casos probables de TDAH
- ❖ Evaluar la capacidad de los padres para la detección de casos probables de TDAH

MATERIAL Y METODOS:

- ❖ Diseño: Encuesta prospectiva descriptiva (Observacional, prospectivo, transversal, descriptivo).
 - ❖ Lugar: Escuelas primarias de la ciudad de Xalapa Veracruz (3)
 - ❖ Tiempo: Mayo 2013 a diciembre 2014
 - ❖ Población: escolares de escuelas de influencia de la UMF No 66 de Xalapa.
 - ❖ Muestra: La muestra a encuestar se obtendrá mediante el muestreo aleatorio estratificado y se elegirán de 3 a 5 escuelas de influencia para aplicación de cuestionario de Conners para tda. Las escuelas de influencia, que en este caso son 40 escuelas primarias de las que se tomaran al azar en numero ya comentado anteriormente para objeto de estudio. Determinación de la cantidad de escuelas primarias tanto en la población como en la muestra de la zona de influencia.
- a. Listado de la cantidad de escuelas primarias de la zona de influencia y que aparecen en los resultados de Enlace.

Tabla 1. Distribución de la población en la zona de influencia

Núm.	Escuela primaria	Núm.	Escuela primaria
1	Hernández Castellanos	21	Ursulo Galván
2	Mártires Del 28 De Agosto	22	Francisco Díaz bello
3	Abraham Castellanos	23	Manuel R. Gutiérrez
4	Centro Escolar Revolución	24	Jesús Reyes Heroles
5	Pedro De Grante	25	Leopoldo Kiel
6	Alfonso Arroyo Flores	26	Felipe Carrillo Puerto
7	Méndez Alcalde	27	Hugo Topf
8	Benito Juárez	28	Patria
9	Miguel Hidalgo	29	Manuel r. Gutierrez

10	Fco. I. Madero	30	Motolinia
11	Antonio Nadal Romero	31	Miguel hidalgo
12	Nicolás Bravo	32	Nicolas bravo
13	Flores Magón	33	Jesus reyes heroes
14	Graciano Valenzuela	34	Patria
15	Hermanos Flores Magón	35	Benito juarez
16	Josefa Murillo	36	Ricardo flores magon
17	Juan De La Luz Enríquez	37	Benito juarez
18	Ferrer Guardia	38	Miguel hidalgo
19	Marco A. Muñoz	39	Patria
20	Liceo De Xallapa	40	Fco. I. Madero

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

- ❖ Pacientes escolares de entre 6 a 12 años.
- ❖ Escolares de 3 escuelas primarias Xalapa.
- ❖ Pacientes que acepten participar en el estudio.
- ❖ Profesores que acepten participar en el estudio
- ❖ Escuelas primarias que acepten participar en el estudio
- ❖ Pacientes cuyos padres o tutores firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- ❖ Pacientes con trastornos de tipo psiquiátrico.
- ❖ Pacientes que abandone curso escolar

Criterios de eliminación:

- ❖ Cuestionarios incompletos.

Programa de trabajo:

1. En base al tamaño de muestra o la elección al azar de escuelas con estudiantes escolares de primaria del 1º al 6º grado, con edades que oscilen entre 6 y 12 años inscritos en escuelas públicas de influencia para la UMF No 66 de la ciudad de Xalapa.
2. Se acudirá con el jefe de enseñanza de la UMF No 66 de Xalapa Veracruz, para solicitar un permiso dirigido a los directores de las escuelas primarias de estudio, para solicitar su apoyo para la realización de la investigación.
3. Se explicara a los directivos de las escuelas primarias de estudio la metodología de dicha investigación e importancia del mismo para la detección de casos del trastorno de hiperactividad y atención, además de explicar cuestionarios aplicables a padres y maestros.
4. Se capacitará a los profesores de los diferentes grados sobre el uso de la escala de Conners como prueba de tamizaje para la detección de trastorno de déficit de atención e hiperactividad.
5. Se capacitará a los padres de los diferentes escolares sobre el uso de la escala de Conners como prueba de tamizaje para la detección de trastorno de déficit de atención e hiperactividad.
6. Ya con el consentimiento de las autoridades de la unidad y directivos de dichas escuelas se visitará cada primaria y se facilitara el formato de la escala de Conners para su implementación por los profesores y padres de los escolares.
7. En base a la autorización de la institución, se pretende iniciar visita a cada escuela primaria a partir del mes de febrero del 2014 al mes de noviembre del 2014. se programarán visitas a cada escuela en tiempos libres, hasta completar los formularios de cada institución.
8. En cada visita la escuela primaria, y contando con el apoyo de los padres y profesores presente se les informará del programa de investigación y se les entregará una hoja de

consentimiento informado, donde ellos autoricen participar en este proyecto o en caso de no poder, solicitarle a su familiar, padre, madre o tutor firme el consentimiento si está de acuerdo.

9. Se aplicará la escala de Conners por los profesores y padres de los escolares previamente capacitados.
10. Se realizará una revisión completa de las encuestas realizadas para completar y confirmar datos recabados.
11. Los datos registrados en los cuestionarios se concentrarán en una base de datos para su posterior análisis estadístico.
12. Se analizarán los datos comparando las características de los escolares por sospecha diagnostica para tda, para redactar el reporte de resultados.
13. **Análisis estadístico:** Los cuestionarios serán capturados en una base de datos para su análisis estadístico correspondiente y en cumplimiento a los objetivos planteados. Este consistirá en estadística descriptiva, exploratoria e inferencial.
14. **Variables:** Las variables a medir se describen en la Tabla 1

CUADRO DE VARIABLES (tabla 1)

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICIÓN
SEXO	Conjunto de características de un animal o una planta por las que se distingue entre individuos machos y hembras que producen células sexuales (o gametos) masculinas o femeninas.	Se les interrogará en un cuestionario	Masculino Femenino	Nominal
EDAD	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento hasta la etapa actual	Se les preguntará su edad en un cuestionario		Razón
PESO	Fuerza con la que los cuerpos son atraídos hacia el centro de la Tierra por acción de la gravedad	Se realizará la medición de su peso y registro al momento de la exploración con una báscula marca x		Razón
TALLA	Estatura de una persona medida en centímetros o metros desde los pies hasta la cabeza en estado sedente	Se medirá con un estadímetro durante la exploración física y se registrará su información y en base a su expediente clínico.		Razón
GRADO ESCOLAR	Se refiere a cada una de las etapas en que se divide un nivel educativo. A cada grado corresponde un conjunto de conocimientos	Se conocerá en base a la encuesta realizada	1º , 2º , 3º , 4º , 5º y 6º	Nominal
	Varón o macho que ha engendrado o que ha adoptado una función	Se conocerá en base a la	Hombre	Nominal

PADRE O MADRE DE FAMILIA	<p>paternal.</p> <p>La función del padre, por lo tanto, excede la cuestión meramente biológica o la reproducción. Se trata de una figura clave en el desarrollo de un niño ya que debe protegerlo, educarlo y ayudarlo en las distintas etapas de su crecimiento</p>	encuesta realizada		
MADRE DE FAMILIA	<p>Hembra o mujer que ha procreado un hijo o que ha adoptado una función maternal.</p> <p>La función de la madre, por lo tanto, excede la cuestión meramente biológica o la reproducción. Se trata de una figura clave en el desarrollo de un niño ya que debe protegerlo, educarlo y ayudarlo en las distintas etapas de su crecimiento</p>	Se conocerá en base a la encuesta realizada	Mujer	Nominal
TUTOR	<p>Persona encargada de orientar a los alumnos de un curso o asignatura.</p> <p>Defensor, protector o director en cualquier línea</p>	Se conocerá en base a la encuesta realizada	<p>Tutor hombre</p> <p>Tutor mujer</p>	Nominal
PROFESOR O DOCENTE	Persona en el proceso de enseñanza aprendizaje, desempeñando funciones pedagógicas impartiendo conocimientos y orientando a los alumnos	En base a la encuesta aplicada a profesores	<p>Profesor</p> <p>Profesora</p>	Nominal
ESCALA DE CONNERS	Es un instrumento autoaplicable que evalúa conductas y emociones de	En base a la encuesta de Connors	Con sospecha de TDAH	Nominal

	niños y adolescentes por medio de los informes de padres y maestros.		Sin sospecha de TDAH	
TDAH	El TDAH es definido como un trastorno conductual que surge en la infancia teniendo como característica fundamental un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad e impulsividad presentes en al menos dos contextos	En base a el cuestionario de Conners	Con hiperactividad Sin hiperactividad	Nominal
ESTADO NUTRICIONAL	El estado nutricional de un individuo es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes	Valoración de IMC	Desnutrición (menor a 13) Peso normal (13.1-21) Sobrepeso 21.1-28 Obesidad +28	Ordinal
INDICE DE POBREZA FAMILIAR		Respuesta a cuestionario	Sin evidencia de Pobreza Pobreza baja Pobreza alta	Ordinal
TIPOLOGIA FAMILIAR		Respuesta a cuestionario	Según parentesco Nuclear Nuclear simple Nuclear Numerosa Reconstituida Monoparental Monoparental extensa M. Extensa compuesta Extensa Extensa compuesta No parental Presencia física en hogar Núcleo integrado Núcleo no integrado Extensa ascendente Extensa Descendente	Nominal

		Extensa Colateral A su ocupación Agrícolas Industrial Comercial De servicios Desarrollo Moderna Tradicional Arcaica Demografía Urbana Rural Semiurbana	
--	--	---	--

RECURSOS

Recursos:

- Humanos:
 - Investigador principal: Residente del primer año Medicina Familiar
 - Asesor metodológico: Dra. Verónica Peréa Alarcón.
 - Asesor estadístico: pendiente
- Físicos:
 - Área física: Consultorio
 - Instrumentos de medición: Estetoscopio, báscula, estadímetro, escala de Conners.
 - Formatos de recolección: Cuestionarios, expedientes electrónicos.
 - Papelería
 - Computadora personal (paquetería y software estadístico).
- Financieros:
 - Serán proporcionados por el investigador principal.

Ética:

- ❖ Con base al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, título segundo artículo 17, fracción II, el estudio no representa ningún riesgo al paciente, ya que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fernández – Pérez M. Gonzalvo – Rodríguez C. Diagnóstico precoz del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad mediante el cribado recomendado por la Academia Americana de Pediatría para la atención primaria en las cohortes de 8 años durante 4 años consecutivos. *An Pediatr (Barc)*. 2012; 76(5):256---260.
2. Pérez - Fidalgo M. El TDAH: Icono Actual de una Visión Cerebrocentrista. *Clín Contemp* 2013; 4(1): 55-63.
3. Téllez - Villagra C, Valencia- Flores M, Beauroyre - Hijar R. Cronología conceptual del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2011 39-44. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47317815008>.
4. Velasco Fernández R. *El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia*. . Secretaría de Educación de Veracruz 2010.
5. Palacios-Cruz L, Peña F, Valderrama A, Patiño R, Calle - Portugal SP, Ulloa RE. Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental* 2011;34 (2):149-155.
6. Iriart C, Iglesias Ríos L. Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2012;16:(43): 1011-23.
7. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), Diciembre de 2010; Serie 10, Número 247).
8. Ruiz Ortega A. Trabajar con un niño con TDAH. 2011. 40(1)1-8.
9. ALFONSO URZÚA M, MARCOS DOMIC S, ANDREA CERDA C, RAMOS B, JAEL QUIROZ E. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños Escolarizados. *Rev Chil Pediatr* 2009; 80 (4): 332-338.
- 10.Urzúa A, Domic M, Ramos M, Cerda A, Quiroz J. Propiedades psicométricas de tres escalas de evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en escolares chilenos. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(3):157– 67.
- 11.CEAL-TDAH. Cuestionario para Escolares y Adolescentes Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (CEAL-TDAH). *Salud Mental* 2009;32(1): S55-S62.
- 12.Céspedes González I, Rojas Toloza C, Leal Soto F. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: sistematización para su comprensión en contextos educativos. *Dept C. Soc* 2010 1: 1-19.

13. Edith Barbudo Segura TE. COMPARACIÓN DE DOS ESCALAS PARA EVALUAR TDAH POR PROFESORES. Yucatan 2012. 1-47.
14. *Pascual-Castroviejo I.* Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Asociación Española de Pediatría 2008. 140-150.
15. Montiel-Nava C, Montiel-Barbero I, Peña J. CLIMA FAMILIAR EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN-HIPERACTIVIDAD. *Psic Conductl*, 2005; 13(2): 297-310.
16. Hidalgo Vicario MI, Soutullo Esperón C. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Depto Psiq-Psic 2005, 3-25.

ANEXOS

Anexo 1. Formato de recolección de datos

Fecha de aplicación _____ Folio _____

Nombre._____

Direccion:_____ Teléfono: _____

Grado escolar: _____ Edad: _____ Sexo: 1.Niña 2.Niño

Subraye la respuesta que más se adapte a sus características

1. ¿Cuántas personas viven en su casa?
a). 2 b). 3 c).4 d). 5 e).Mas de 5
2. ¿Quienes viven en su casa?
a). Un papa y el hijo c).Padres y hermanos d).Padres, hermanos y otro familiar e). Padres, hermanos, alguien más.
3. ¿Viven en casa un padre o ambos padres?
a) Un parente b)Dos padres
4. ¿Cuál es la actividad del jefe de familia?
a. Profesionista b. Presta servicios c. Es campesino
5. ¿Cómo es la zona en donde vive?
a. Urbana b. Semiurbana d. rural
6. ¿Su hijo padece alguna enfermedad?
a. Sí b. no
7. ¿Cuál enfermedad padece?
a. Asma b. diabetes c. Problemas cardiacos d. Otra
8. ¿Cuál es el ingreso familiar quincenal?
a. Menos de \$750 b. De \$750 a 1500 c. De 2250 a 3000 d. De 3750 a 4500 e. 5250 o mas
9. Número de hijos dependientes
a. 3 o más b. 2 hijos c. 1 hijo d. Ningún hijo
10. Escolaridad materna
a. Sin escolaridad b. Primaria incompleta c. Primaria completa d. Pos primaria
11. Número de personas que duermen en un dormitorio
a. 3 o más personas b. 1 a 2 personas

Peso _____ Talla _____ IMC: _____

Estado nutricional:

- a) Peso bajo b) Peso normal c). Sobrepeso d) Obesidad

Anexo 2. Carta de consentimiento informado

Yo, _____ (padre, madre o tutor) he comprendido la información explicada y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Entiendo que del presente estudio se derivan potencialmente los siguientes beneficios: orientación, asesoría sobre terapias y rehabilitación apropiadas.

Es de mi conocimiento que puedo solicitar información adicional sobre los beneficios de mi participación en el estudio.

Firma del padre

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al estudiante. _____ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del padre

Fecha

Ante cualquier eventualidad o duda, contacte a su médico investigador.

Dr. Abel Ronzón López Mat: 98314887
0442281494524

Anexo 3

Cuestionario de conducta de CONNERS para PROFESORES

(C.C.E.; Teacher's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada

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

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS.
POCO = 1 PUNTO.
BASTANTE = 2 PUNTOS.
MUCHO = 3 PUNTOS

- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.

- Puntuación:

Para los **NIÑOS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >17 es **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres
 (C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

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

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA =	0 PUNTOS.
POCO =	1 PUNTO.
BASTANTE =	2 PUNTOS.
MUCHO =	3 PUNTOS

- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.
- Puntuación:

Para los **NIÑOS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >16 es **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN LA ESCUELA

(C.C.E.; Teacher's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

Descriptores	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Emite sonidos molestos en situaciones inapropiadas.				
3. Exige inmediata satisfacción de sus demandas				
4. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso.				
5. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
6. Es susceptible, demasiado sensible a la crítica.				
7. Se distrae fácilmente, escasa atención.				
8. Molesta frecuentemente a otros niños.				
9. Está en las nubes, ensimismado.				
10. Tiene aspecto enfadado, hurano.				
11. Cambia bruscamente sus estados de ánimo				
12. Discute y pelea por cualquier cosa.				
13. Tiene actitud tímida y sumisa ante los adultos.				
14. Intranquilo, siempre en movimiento.				
15. Es impulsivo e irritable.				
16. Exige excesivas atenciones del profesor.				
17. Es mal aceptado en el grupo.				
18. Se deja dirigir por otros niños.				
19. No tiene sentido de las reglas del "juego limpio".				
20. Carece de aptitudes para el liderazgo.				
21. No termina las tareas que empieza.				
22. Su conducta es inmadura para su edad.				
23. Niega sus errores o culpa a los demás.				
24. No se lleva bien con la mayoría de sus compañeros.				
25. Tiene dificultad para las actividades cooperativas.				
26. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.				
27. Acepta mal las indicaciones del profesor.				
28. Tiene dificultades de aprendizaje escolar.				

CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN EL HOGAR

(C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

Descriptores	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Se manosea los dedos, uñas, pelo, ropa.				
2. Trata irrespetuosamente a personas mayores				
3. Tiene dificultad para hacer o mantener amistades.				
4. Es impulsivo, irritable.				
5. Quiere controlar y dirigir en cualquier situación.				
6. Se chupa el dedo, la ropa o las mantas.				
7. Es llorón.				
8. Es desgarbado en su porte externo.				
9. Está en las nubes, ensimismado.				
10. Tiene dificultad para aprender.				
11. Es más movido de lo normal.				
12. Es miedoso.				
13. No puede estarse quieto.				
14. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
15. Es mentiroso.				
16. Es retraído, tímido.				
17. Causa más problemas que otro de su misma edad.				
18. Su lenguaje es inmaduro para su edad.				
19. Niega sus errores o echa la culpa a otros.				
20. Es discutidor.				
21. Es huraño, coge berrinches.				
22. Roba cosas o dinero en casa o fuera.				
23. Es desobediente, obedece con desgana.				
24. Le preocupa excesivamente estar solo, la enfermedad.				
25. No acaba las cosas que empieza.				

CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN EL HOGAR
(Continuación)

(C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

Descriptores	Nada	Poco	Bastante	Mucho
26. Es susceptible, se “pica” fácilmente.				
27. Tiende a dominar, es un “matón”.				
28. Hace movimientos repetitivos durante ratos.				
29. Es a veces cruel con los animales o niños pequeños.				
30. Pide ayuda y seguridad como si fuese más pequeño.				
31. Se distrae fácilmente, escasa atención.				
32. Le duele la cabeza frecuentemente.				
33. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
34. No acepta restricciones o reglamentos, desobediente.				
35. Se pelea con mucha frecuencia por cualquier motivo				
36. No se lleva bien con sus hermanos.				
37. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.				
38. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
39. Habitualmente es un niño triste.				
40. Tiene poco apetito, caprichoso con las comidas.				
41. Se queja de dolores de vientre.				
42. Tiene trastornos de sueño.				
43. Tiene otros tipos de dolores.				
44. Tiene vómitos con cierta frecuencia.				
45. Se siente marginado o engañado en su familia.				
46. Suele ser exagerado, “fardón”.				
47. Deja que le manipulen o abusen de él.				
48. No controla bien el pis o tiene dificultades de defecación.				