

Nombres:

María Ochoa U.

Valentina Gómez C.

Universidad CES**Revisión teórica:****Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH),*****Introducción***

El trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), es definido como un trastorno neurobiológico que afecta el funcionamiento cognitivo prefrontal (Portellano, 2005). Es uno de los trastornos más comunes en la niñez y puede continuar hasta la adolescencia y la edad adulta (Barkley 2009). Existen tres subtipos de TDAH: Inatento, Hiperactivo-impulsivo, Inatento e hiperactivo-impulsivo combinado. La edad de inicio es una de las características clínicas en el TDAH y los subtipos del mismo, han recibido también mayor investigación. Son diversas las publicaciones que al considerar el deterioro psicosocial no encuentran el inicio del padecimiento sino después de los siete años (De la peña 2001).

El TDAH se caracteriza por la presencia persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad, de manera frecuente e intensa a diferencia de los niños normales de su misma edad y nivel intelectual. Algunos de los síntomas persistentes incluyen dificultad en la concentración, para controlar la conducta, hiperactividad (actividad excesiva), para mantener la atención voluntaria frente a actividades, tanto académicas como cotidianas y unido a la falta de control de impulsos (Martínez, M. 2010).

Definición

El TDAH es definido como un síndrome neurocomportamental caracterizado por niveles de inatención, sobreactividad e impulsividad inapropiados desde el punto de vista evolutivo. Para Barkley estos síntomas a menudo se inician en la primera infancia, son de naturaleza relativamente crónica y no pueden atribuirse a alteraciones neurológicas, sensoriales, del lenguaje o motoras graves, a retraso mental o a trastornos emocionales severos. Es importante mencionar que la atención tiene tres tipos diferentes: la atención dividida, selectiva y sostenida. La primera de ellas hace referencia a las tareas de concentración y capacidad, la segunda a tareas de focalización y discriminación, y por último, la tercera, que hace referencia a tareas de vigilancia y rendimiento continuo. (Pérez, AJ 2013).

Ante dichas dificultades el entorno familiar y escolar del niño empieza a hacerse visibles, donde generalmente son atendidos por profesionales de la salud solo hasta que tienen 7 u 8 años de edad. Esta espera se produce, ya que según nos lo indica Servera, M (2002) los síntomas clínicos deben persistir durante más de seis meses y en varios ambientes (casa, colegio, parque). Este trastorno no puede ser diagnosticado hasta dicha edad, además uno de los criterios debe de ser que presente dificultades en la vida diaria del paciente (Araujo, AF 2015).

Clasificación

A continuación, se presentará una tabla la cual indica la clasificación y los criterios que el DSM V propone para realizar un diagnóstico de dicho trastorno.

Criterios diagnósticos del TDAH especificaciones en el DSM ó 5 (APP 2013)
Inatención.
Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad ó impulsividad que interfieren con la función o el desarrollo, caracterizado por inatención y/o hiperactividad ó impulsividad:
Inatención 6 o más de los siguientes, síntomas o al menos 5 para mayores de 16 años 16, persistencia durante al menos 6 meses, inadecuados con el nivel de desarrollo y que impactan negativamente las actividades sociales, académicas y ocupacionales.
1. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
2. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
3. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
4. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
5. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
6. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
7. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
8. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
9. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej. hacer las tareas, hacer las

diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

Hiperactividad ó Impulsividad.

6 o más de los siguientes síntomas, o al menos 5 para mayores de 16 años, o más para adolescentes igual o mayores de 17 años y adultos; los síntomas han persistido durante al menos 6 meses hasta grado disruptivo e inapropiado con de desarrollo de la persona y que impactan negativamente en las actividades sociales y académicos / ocupacionales.

1. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

2. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

3. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.

4. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

5. Con frecuencia está òocupado,ò actuando como si òlo impulsara un motorò (p. ej., es incapaz de estar o se siente incòmodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

6. Con frecuencia habla excesivamente.

7. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

8. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).

9. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

Además, se deben cumplir las siguiente condiciones:

- Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).
- Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
- Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno

de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Prevalencia

El TDAH es considerado como uno de los trastornos de mayor prevalencia en la población infantil. En Colombia la prevalencia del trastorno se estima en un 16% según (Pineda D, Ardila A, Rosselli M, Arias BE, Henao GC, Gómez L 2003; Palacio JD, Ramírez D 2002) siendo más frecuente en niños que en niñas con una proporción de 4:1, y lo padecen tanto niños como adolescentes y adultos de todas las condiciones sociales, culturales y raciales. No obstante, cabe señalar que hay pocos estudios de niñas con predominio de los subtipos hiperactivos y de niños con predominio de subtipo inatento (Arango; Uribe; Cardona; Cornejo 2005).

Según Jiménez, J; Rodríguez C; Camacho J. 2012 Los resultados, teniendo en cuenta la distribución de los subtipos del TDAH, muestran un porcentaje global a nivel clínico del 4,8% (1,2% subtipo combinado, 2% subtipo hiperactivo y 1,6% subtipo inatento), frente al 23% que ofrece el cribado mediante criterios diagnósticos (4,4% subtipo combinado, 2,6% subtipo hiperactivo y 16,8% subtipo inatento).

Etiología asociada

Debido a la complejidad del TDAH, **no puede identificarse una sola causa**. Sin embargo, se ha identificado que las causas se deben a factores genéticos y aspectos demográficos como son el medio ambiente, la familia, la comunidad, las vidas individuales,

áreas de trabajo y educación particular; siendo estos factores importantes tanto para la diferenciación de síntomas como para determinar las consecuencias (Rivera, G. 2013).

Se ha estudiado que existe comorbilidad entre la función ejecutiva y el TDAH, ofreciendo datos normativos y evolutivos en población escolar normal de procesos atencionales y de distintos componentes del funcionamiento ejecutivo (FE) que resultan relevantes al estar comprometidos en diversos trastornos del desarrollo, entre ellos el TDAH (Jiménez, J. 2012). Además Actualmente, existe una gran cantidad de investigaciones que sugieren la presencia de deficiencias en las funciones ejecutivas en el TDAH, lo que explicaría la dificultad que tienen los individuos con TDAH para frenar las respuestas impulsivas, para detener las conductas que ya estaban en marcha, para resistir a la interferencia, para organizar de manera secuencial sus actividades y para mantener los esfuerzos cognitivos centrados en una sola actividad (Ramos J, Michel A, Sánchez L. 2011).

(Cardo, E. 2015) Realizó un estudio en cual demuestra que la etiología no se puede basar exclusivamente en la genética, debido a que se ha calculado que un 20-25% de la etiología es explicada por factores ambientales individuales, específicos y no compartidos con otros integrantes de la familia.

Existe una debilidad genética y neurobiológica en quienes padecen esta enfermedad, donde la principal dificultad es localizada en sitios específicos del cerebro, que impiden las respuestas. Lo que lleva a la hiperactividad, inatención e impulsividad, características del trastorno. La herencia del trastorno puede revelar del 75 a 80% de los casos, donde se origina una variación estructural en el cerebro, en especial en el lóbulo frontal. El TDAH se concibe entonces con una alta carga biológica (Barragán 2012).

(Osorio, M. 2015) evidencia que el trastorno puede ser multicausal, con un componente genético; como perinatales, insuficiencia a nivel biológico en la corteza prefrontal; a nivel bioquímico, en la dopamina y norepinefrina; además de carencia a nivel motivacional en la conducta regida por reglamentos; diferencia de género, algunos estudios indican que 4 de cada 5 jóvenes con TDAH, son niños. Por lo tanto, existe una diferencia evidente en cuanto al género. Algunos investigadores creen que esto se deba a que el desarrollo de los varones suele ser más lento que el de las mujeres.

Factores de riesgo y protección

Para Botero (2006) los factores de riesgo en los niños pueden ser: niños con patologías insaturadas, es decir, prematuros menores de 37 semanas, generando en estos alteraciones metabólicas, congénitas adquiridas; niños de bajo peso al nacer, creando cromosomopatías y síndromes; dificultades perinatales (sufrimientos fetal, anoxia) llevando a problemas o alteraciones motoras; niños con escala Apgar 0-3 después del primer minuto y menos de 6 luego de cinco minutos, generando un trastorno generalizado del desarrollo; infecciones, generando TDAH; y por último convulsiones lo que genera alteraciones en el lenguaje.

(Lopez-Soler, Puerto, López-Pina, Yprieto. 2009) Plantean que la familia es el principal contexto de socialización mediante el cual se favorece el desarrollo de la personalidad y la emocionalidad, en los primeros años de vida los padres juegan un papel esencial, convirtiéndose en el primer medio de socialización y formación donde se consideran cuatro aspectos en las conductas de éstos como por ejemplo el afecto o apoyo, el grado de control o disciplina, el grado de madurez, y la comunicación entre padres y

madres e hijos o hijas. Estas dimensiones y su combinación son lo que hacen un factor protector según las experiencias educativas que vivan los niños.

Consecuencias cognitivas y comportamentales

Según (Cortés, JF; Soria, IN; Gómez, CG; Sevilla, JG. 2015) Por medio de estudios confirmaron que la memoria de trabajo es una área implicada en el TDAH, además por medio del test WISC IV, observaron un patrón característico de desarrollo cognitivo y a pesar de alcanzar rangos normales en el funcionamiento intelectual, éstos niños presentan bajos resultados comparados con el grupo normativo tanto en el índice de memoria de trabajo como en el índice de velocidad de procesamiento (IVP).

J.A. Vidarte, M. Ezquerro, M.A. Giráldez en el 2009 realizaron un estudio en la ciudad de Manizales (Colombia), el cual buscaban encontrar si los niños diagnosticados con TDAH presentaban deficiencias motoras cuando se les comparaba con los niños sanos de su misma edad (entre 5 y 12 años). En ese estudio, los niños diagnosticados con TDAH presentaron un perfil psicomotor con una puntuación menor que la de los niños sanos (18,43), aunque ambas corresponden a un rango "normal" a una ejecución "controlada" o a un perfil "euprático"

Conclusiones

Con respecto a lo anteriormente mencionado, el TDAH es considerado como uno de los trastornos de mayor prevalencia en la población infantil, y afecta a más niños que niñas. Está caracterizado por niveles de inatención, sobreactividad e impulsividad donde no existe una única causa para dicho trastorno. Pueden existir tres subtipos; Inatento, Hiperactivo-impulsivo, Inatento e hiperactivo-impulsivo combinado. Por medio de estudios confirmaron

que la memoria de trabajo es un área implicada en el TDAH. Dentro de este entorno, la familia juega un papel determinante en el desarrollo del niño. Mantener una vida cotidiana bastante estructurada lo ayudará bastante. Para ello, lo ideal es mantener horarios que marquen el ritmo del día a día, fundamentalmente para la alimentación y el sueño.

Referencias

Álvarez, Carolina, y Raquel Becerril. *TDAH: una propuesta de intervención en el aula*. Palencia, SF de SF de SF.

Cienfuegos, C. *Gaceta Médica Espirituana*. 2012. (último acceso: 15 de 04 de 2016).

Cortero, C. *TRASTORNO DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD* . 1 de 02 de 2011.

De la peña, Francisco, Juan Palacio, y Eduardo Barragán. *Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma*. México, 01 de 08 de 2010.

Días, J. *COMORBILIDAD EN EL TDAH*. Bouvards, 2010.

Herrero, M, R Siegenthaler, P Jimenez, y A Casas. *Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial*. Valencia, 1 de 12 de 2010.

J.A. Vidarte a, M. Ezquerro b, M.A. Giráldez c. *Perfil psicomotor de niños de 5 a 12 años diagnosticados clínicamente*. Manizales, 2009.

J.R. Valdizán Usón¹, grupo DIHANA². *Metilfenidato en niños y adolescentes con déficit de atención e hiperactividad: estudio DIHANA*. España, 05 de 2013.

Jimenes, E, C Rodriguez, J Camacho, M Alfonso, y A. Ceferino. «European Journal of education and psychology.» 2012. (último acceso: 10 de 04 de 2016).

Jimenez, Juan. *Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH): Prevalencia y Evaluación de las Funciones Ejecutivas*. España, SF de SF de 2012.

Juan L. Sánchez-Rodríguez, Clara Torrellas-Morales. «Revisión del constructo deterioro cognitivo leve.» *2011 revista de Neurología*, 2011: 300-305.

Lora, José, y Moreno Inmaculada. *PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN EN ESCOLARES: COMPARACIÓN ENTRE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS*. Sevilla, SF de SF de 2010.

NEUROLOGIA, SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y. *REVISTA CHILENA DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA*. Chile, SF de Agosto de 2011.

Palacio, J, M Ruiz, J Bauermeiste, C Mantiel, y G Henao. *Alogaritmo de tratamiento multimodal para preescolares latinoamericanos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Mexico, 2009.

Pérez, A. *TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO- TDAH ADAPTACIONES CURRICULARES Y BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO CON JÓVENES CON TDAH*. Almeria, 2013.

Rodillo, Eliana. *TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN*. Santiago de chile, 05 de 10 de 2014.

Vasquez, Rafael, Manuel Benítes, Álvaro Izquierdo, y Zulma Dueñas. *¿Qué es la hiperactividad y cómo ven el problema los padres? Análisis de los motivos de consulta y las estrategias de afrontamiento del TDAH en una muestra de estratos socioeconomicos altos de Bogotá*. Bogotá, SF de 09 de 2011.

Véles, A, C Talero, R González, y M Ibáñez. *Prevalencia de trastorno por déficit de atención*. Bogotá, 2008.

Vélez, C, y J Vidarte. *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en salud pública de primera infancia en Colombia*. Manizales, 3 de 11 de 2011.

Salamanca, M. (29 de junio de 2010). *scielo*. Recuperado el 10 de abril de 2016, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2010000200024

Cardo, E., & Amengual, M. (2015). *Servicio de Neuropediatría*. Recuperado el 10 de abril de 2016, de www.neurologia.com/pdf/Web/60S01/bnS01S109.pdf

Cortés, J., Navarro, I., & González, C. (2015). *Revista de Psicodidáctica*. Recuperado el 10 de abril de 2016, de <file:///C:/Documents%20and%20Settings/User/Mis%20documentos/Downloads/12531-48522-2-PB.pdf>

Jimenez, J. (2012). *European Journal of Education and Psychology*. Recuperado el 13 de abril de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=129324775001>

Jiménez, J., Rodríguez, C., & Camacho, J. (s.f.).

Jiménez, J., Rodríguez, C., Camacho, J., Alfonso, M., & Artiles, C. (2012). *European Journal of Education and Psychology*. Recuperado el 10 de Abril de 2016, de <file:///C:/Documents%20and%20Settings/User/Mis%20documentos/Downloads/Dialnet-EstimacionDeLaPrevalenciaDelTrastornoPorDeficitDeA-3971442.pdf>

Loyo, J. (2011). *relación entre el funcionamiento ejecutivo en pruebas neuropsicologicas y en el contexto social en niños con TDAH*. Recuperado el 14 de abril de 2016, de neurociencias.udea.edu.co/revista/?action=resumen&id=143

Mejía, C., & Cifuentes, V. (abril de 2015). *psicología desde el caribe*. Recuperado el 11 de abril de 2016, de Comorbilidad de los trastornos de lectura y escritura en niños diagnosticados con TDAH: <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.32.1.5495>

Osorio, M., & Palacio, A. (2015). *Caracterización Neuropsicológica de niños de 7 a 10 años con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. Recuperado el 11 de Abril de 2016, de ribuc.ucp.edu.co:8080/.../10785/.../Caracterización%20Neuropsicológica

Pérez, L., & Espinoza, M. (2015). *PERFIL CLÍNICO DE NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 6 Y 12 AÑOS DIAGNOSTICADOS*. Recuperado el 11 de abril de 2016, de <http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/handle/10785/3280?show=full>

POLANÍA, A. (2015). *HOSPITAL MILITAR CENTRAL*. Recuperado el 12 de abril de 2016, de PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS CON LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN / HIPERACTIVIDADEN

UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON DIAGNÓSTICO DE ASMA DELEN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON DIAGNÓSTICO DE ASMA DELHOSPITAL MILITAR CENTRAL - BOG: <http://www.dolor.org.co/revista/REVISTA%204-1.pdf>

Rodríguez, C., García, J., González, P., Álvarez, D., Álvarez, L., Núñez, J., y otros. (2009). *EL PROCESO DE REVISIÓN ESCRITA EN*. Recuperado el 11 de abril de 2016, de Revista de Psicodidáctica: www.ehu.es/ojs/index.php/psicodidactica/article/view/729

Salamanca, M. (29 de junio de 2010). *scielo*. Recuperado el 10 de abril de 2016, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2010000200024

Sanchez, G. (Febrero de 2015). *TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD* . Recuperado el 10 de abril de 2016, de emasf.webcindario.com/Trastorno_por_TDAH_y_actividad_fisica.pdf

Rivera, G. 2013 *Etiología del trastorno por deficit de atención e hiperactividad y características asociadas en la infancia y en la niñez*.

DSM-5. Manual Diagnostico y Estadistico de los Transtronos Mentales. American Psychiatric Association.

Arango, Uribe, Cardona, Cornejo 2005