



## **Título**

**Importancia de la detección temprana del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH).**

**Nelder Samir Oñate**

**Edra Inés Castro Ledesma**

**Asesor**

**Universidad Antonio Nariño**

**Facultad De Psicología**

**Programa de Psicología**

**Riohacha - La Guajira**

**2020**



**Título**

**Importancia de la detección temprana del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH).**

**Trabajo de grado para obtener el título de psicólogo**

**Nelder Samir Oñate**

**Edra Inés Castro Ledesma**

**Asesor**

**Universidad Antonio Nariño**

**Facultad De Psicología**

**Programa de Psicología**

**Riohacha - La Guajira**

**2020**



**Nota de aceptación**

---

---

---

**Presidente del jurado**

Jurado \_\_\_\_\_

Jurado \_\_\_\_\_



## Dedicatoria

A Dios, por ser mi guía y protector en todo momento; por mantenerme llena de fe y fortaleza ante las adversidades presentadas a lo largo de esta experiencia.

A mis padres, por su paciencia y apoyo, quienes son la fuente de mis valores y principios a lo largo del camino.

A mi esposa, por su apoyo, comprensión, ayuda y colaboración incondicional.

A mis hermanos, por su apoyo y colaboración.

A mis amigos por ser maravillosos y especiales compañeros de aula, con los que he compartido momentos únicos e inolvidables en este camino, donde siempre existían sonrisas y apoyo incondicional por parte de cada uno de ustedes.

A mi directora de tesis quien me ayudo a la realización de este trabajo de investigación por su orientación, paciencia y apoyo.



## Agradecimientos

A Dios, primeramente, por darme vida y salud en todo momento.

A la Universidad de Antonio Nariño, por ser alma mater y pilar en esta meta propuesta.

A mi directora, por ser mi orientadora y apoyo incondicional en este proyecto que hoy culmina de forma exitosa.

A mis familiares y amigos por estar siempre en todo instante ofreciendo su apoyo.

¡A todos mil Gracias!!



## Contenido

<b>Resumen</b> .....	8
<b>Abstract</b> .....	9
<b>Introducción</b> .....	10
<b>Planteamiento del Problema</b> .....	12
<b>Objetivos</b> .....	16
<b>General</b> .....	16
<b>Específicos</b> .....	16
<b>Justificación</b> .....	17
<b>Marco Referencial</b> .....	18
<b>Estado del arte.</b> .....	18
<b>Diseño Metodológico</b> .....	34
<b>Tipo de Investigación</b> .....	34
<b>Delimitación</b> .....	35
<b>Delimitación Temporal</b> .....	35
<b>Delimitación Espacial</b> .....	35
<b>Fuentes de Información</b> .....	35
<b>Técnicas e instrumento de Recolección de Datos</b> .....	37
<b>Instrumento</b> .....	37
<b>Procedimiento</b> .....	38
<b>Aspectos Éticos</b> .....	38



<b>Presentación de Resultados y discusión</b> .....	39
<b>Discusión</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>Conclusiones</b> .....	49
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	52



## Resumen

El presente artículo tiene como finalidad analizar la importancia de la detección temprana del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH). La investigación se tipificó como documental, donde, se establecieron relaciones, posturas o estado actual del conocimiento respecto al tema objeto de estudio. La investigación concluye que muchos niños que cumplen los criterios del trastorno permanecen sin detectar, estos tienen un alto riesgo para el desarrollo de sus cerebros durante un periodo crítico, además de los problemas comórbidos que empeoran el pronóstico. Según estudios consultados, sólo el 2-3% de los niños en edad escolar están siendo adecuadamente diagnosticados y tratados. El diagnóstico es meramente clínico, para realizarlo deben ser aplicadas varias técnicas, pruebas biológicas y entrevistas al utilizarlas adecuadamente, contribuyen a elaborar diagnóstico certero y fiable, necesario para realizar un correcto tratamiento, del mismo modo, evitar la iatrogenia.

**Palabras claves:** Déficit de atención, hiperactividad, impulsividad, criterios diagnósticos, epidemiología.





## Abstract

This article aims to analyze the importance of early detection of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The research was classified as documentary, where relationships, positions or current state of knowledge regarding the subject under study were established. The research concludes that many children who meet the criteria for the disorder remain undetected, they are at high risk for the development of their brains during a critical period, in addition to comorbid problems that worsen the prognosis. According to studies consulted, only 2-3% of school-age children are being properly diagnosed and treated. The diagnosis is purely clinical, to carry it out, various techniques, biological tests and interviews must be applied when used properly, they contribute to making an accurate and reliable diagnosis, necessary to carry out a correct treatment, in the same way, to avoid iatrogenesis.

**Keywords:** Attention deficit, hyperactivity, impulsivity, diagnostic criteria, epidemiology.



## Introducción

Algunos de los trabajos importantes desarrollados sobre el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) datan del año 1798, denominado “Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental” de Sir Alexander Crichton, donde, describe las características de lo que actualmente se conoce como este trastorno, con características como predominantemente inatento, denominándolo mental restlessness, que significa agitación o inquietud mental, haciendo referencia a un estado inquieto y a la incapacidad para atender con constancia. García de Vinuesa (2017).

Otras investigaciones, sobre el TDAH fue descrito por primera vez en el año 1902, en un artículo publicado en la revista Lancet, donde, atribuye el comportamiento hiperactivo a un déficit en el control moral. Otros estudios presentan la hiperactividad como un trastorno del comportamiento, siendo Stella Chess (1960) quien separa los síntomas de la hiperactividad de la noción de lesión cerebral, defendiendo el síndrome del niño hiperactivo. Francia, Miguez y Peñalver (2018).

Cabe agregar, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) ha sido identificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como inquietud prioritaria sobre la base de su prevalencia o su potencial, de causar minusvalías, de sus posibilidades terapéuticas de recuperación, especialmente a nivel de atención primaria de la salud, así como, de sus consecuencias a largo plazo.

Es evidente entonces, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo de más alta prevalencia en población infantil y una de las patologías estudiadas con mayor amplitud en el afán de encontrar los indicadores neurobiológicos y cognoscitivos que permitan un mejor acercamiento a su diagnóstico e intervención. Los principales hallazgos hasta el momento en estudios de neuroimagen estructural y funcional, electrofisiológicos y neuropsicológicos, parecen concordar en que el TDAH tiene su origen en una disfunción de la corteza prefrontal, los ganglios basales y el cerebelo con sus respectivos circuitos. Yáñez y Prieto (2016).



Sobre la base de las consideraciones anteriores, el propósito de esta investigación es analizar por medio de una con una revisión documental, la importancia de la detección temprana y los signos del déficit de atención con hiperactividad que pueden poner en riesgo el desarrollo adecuado del niño.



## Planteamiento del Problema

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una significativa complicación en cuanto a salud pública se refiere debido a varias razones como su alta prevalencia, iniciación en etapas precoces de la infancia, que es un proceso incapacitante y crónico, la afectación de los distintos ámbitos conductuales involucran lo familiar, escolar y social, adicionalmente, su alta comorbilidad con otras patologías que sobrellevan un gran compromiso para el futuro del niño, como son trastornos del aprendizaje, problemas conductuales o trastornos en las emociones, entre otros. Ramos (2016).

A pesar de la extensa literatura, para muchos padres, así como docentes, sigue siendo un problema desconocido que lleva en muchas ocasiones a etiquetar al niño como malcriado, o incluso, a culpabilizar a los padres. Este desconocimiento, dificulta el diagnóstico y por lo tanto retrasa las herramientas para un tratamiento. Aunque en la práctica clínica es difícil establecer el diagnóstico de TDAH hasta los 7 años, algunos niños, ya en sus primeros años, manifiestan algunos rasgos conductuales que pueden disparar las alarmas. Pedreira y González (2017).

Resulta oportuno destacar, que el ambiente de un niño está colmado de averiguaciones, descubrimientos y persuasiones, en esa línea, es viable relacionar lo dificultoso para ellos sostener la atención en los estudios, así como, efectuar sus trabajos de un modo específico. Por esto, los infantes que presentan el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) al exteriorizar la carencia de atención por factores del medio donde se desenvuelven, están pendiente de todo a su alrededor menospreciando la actividad realizada en el momento, al presentar estas alteraciones cambian continuamente de proceder, sin lograr culminar sus tareas.

Actualmente, los criterios del trastorno deben ser más cautelosos, donde, la sintomatología se mantiene sin detectar, dado que estos niños por sus particularidades atribuyen que su conducta es normal por la edad que presentan. Por ello, es necesario estar alerta ante determinadas situaciones, en cuanto a controles periódicos de salud del niño y adolescente, realizando una historia clínica detallada, exploración completa incluyendo visión, audición, examen psicológico y observación del niño en diferentes ambientes.



En este propósito, es importante preguntar a los padres y también al propio niño cómo le va en el colegio, si va contento, si hay problemas de aprendizaje, cómo es su comportamiento en el colegio, en casa y con los amigos, si tiene problemas para acabar las tareas escolares; padres que vienen angustiados por niños impulsivos que molestan a los compañeros, si tienen una actitud de oposición o trastornos de la conducta; mal rendimiento escolar, dificultades académicas, repetición de cursos, se despista, dificultad para concentrarse.

Significa entonces, cuando un niño no hace más de lo que debería hacer, es menester indagar que está pasando con los niños y adolescentes, donde, la detección temprana del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es significativa para un correcto diagnóstico, intervención y evaluación a través de variadas consultas psicopedagógicas, previniendo a futuro adolescentes problemáticos y con conductas de riesgo, hacia el consumo de sustancias ilegales, riesgo sexual, problemas de conducta, incumplimiento de preceptos sociales, entre otros.

Pero si bien se ha abordado el caso, para Hidalgo y Soutullo (2019), existen demostraciones en cuanto la detección precoz en los infantes, que solo el 2-3% de los niños en edad escolar están siendo adecuadamente diagnosticados y tratados, teniendo un alto riesgo para el avance de sus cerebros durante una etapa crítica, adicionalmente los problemas de comorbilidad empeoran el pronóstico. Por su parte, Jodar, Redolar, Blázquez, González, Muñoz, Periañez y Viejo (2013), señalan el déficit de atención como un trastorno frecuente en infantes y adolescentes, con una presencia que fluctúa entre un 4 y un 8% pertenecientes al sistema formal educativo, se manifiesta más en varones, con un 75%, al exteriorizar los síntomas con impulsividad en relación a las del sexo opuesto.

Este trastorno tiene connotaciones clínicas, hoy en día un estudio realizado por Velarde, Vattuone, Gómez y Vélchez (2017), señalan este síndrome globalmente representa el 5% y de 7 a 9% en estudiantes menores de edad, específicamente los Estados Unidos, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) del país anglosajón ha experimentado procedimientos para el TDAH en niños en edad escolar, de manera masiva en lapsos continuados, generando acciones significativas aportes al tratamiento médico el cual se puede colocar para tratar esta dificultad, tomándose en cuenta lo siguiente, la medicación para este trastorno debe estar supervisada por el psicólogo y el neurólogo.



Continuando con Velarde et al. (2017), si bien es cierto, esta situación manifestada a nivel mundial, datos oficiales señalan poco diagnóstico del trastorno en niños de Francia. En general, las encuestas e investigaciones de detección realizadas en esa región ofrecen resultados en cuanto a la identificación de los síntomas del TDAH entre el 2% y el 17% de los niños, donde, no muestra la proporción de escolares que le suministran tratamiento a través de medicamentos o fármacos.

Es importante recalcar, para Rodilo (2015), el diagnóstico de TDAH se basa principalmente en los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM) que surgió del consenso de expertos y de una amplia investigación, para lograr una categorización más uniforme de trastornos que no cuentan con un marcador biológico. En esa línea, los criterios del DSM V para TDAH son descriptivos e incluyen tres síntomas cardinales distribuidos en dos dominios: inatención e hiperactividad/ impulsividad, el diagnóstico requiere la presencia de al menos seis de los nueve síntomas de cada dominio o una combinación de ambos (inatención-hiperactividad/impulsividad).

Precisando de una vez, un diagnóstico correcto es imprescindible para un tratamiento efectivo, para que padres y profesores fundamentalmente puedan ayudar al niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a que desarrolle todo su potencial, un diagnóstico precoz es igualmente imprescindible para una pronta intervención, evitando así la posible comorbilidad y abordar adecuadamente los diferentes problemas que puedan surgir a lo largo de su desarrollo.

Significa entonces, la edad para acudir al profesional dependerá de las características de cada caso, aunque cada vez se dan más sospechas de diagnóstico en la etapa preescolar, a día de hoy, la mayoría de los casos la edad de comienzo del tratamiento es la etapa escolar, al encontrarse con un gran cambio cualitativo y cuantitativo, donde, las exigencias del entorno del niño aumentando las demandas sociales y académicas, requiriendo de una mayor atención y control sobre sí mismos, produciendo mayores dificultades y una sintomatología más clara.

Con referencia a lo anterior, Fernández y Gonzalvo (2011), plantean el impacto sobre el desarrollo normal y su repercusión más allá de la infancia hacen que sea uno de los problemas más relevantes en estas edades de la vida. Sobre esta base, con el fin de facilitar el diagnóstico precoz es significativa la intervención temprana por parte de los distintos profesionales implicados, donde,



los pediatras de atención primaria lleven a cabo la detección sistemática del TDAH en edades claves de la vida.

Dadas las características de la atención primaria, en las que se atiende de manera universal a la población infantil a través de consultas programadas en función de las diferentes edades, es posible llevar a cabo procedimientos estandarizados de diagnóstico mediante pruebas o test, permitiendo poner de manifiesto nuevos casos que de otra manera pasarían inadvertidos o diagnosticados tardíamente, pudiendo conllevar mayores repercusiones en el futuro. Es por ello, el propósito de esta investigación es responder con una revisión documental basada en autores y fuentes bibliográficas a la siguiente pregunta problema: ¿Cuál es la importancia de la detección temprana y los signos del déficit de atención con hiperactividad?



## Objetivos

### General

Analizar la importancia de la detección temprana del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

### Específicos

- Describir los diferentes rasgos del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) manifestados durante los primeros años de vida del niño.
- Revisar los criterios diagnósticos del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños.
- Conocer la prevalencia del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños.
- Estudiar las posibles causas del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) según las diferentes teorías existentes.
- Concluir acerca de la importancia de la detección temprana del déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en los niños.





## Justificación

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es el trastorno psiquiátrico más habitual en la niñez, es un proceso constante vinculado a una alta comorbilidad hasta influye en el ejercicio de la persona en la adultez, generando un impacto en el entorno familiar del paciente en lo relacionado en términos de presupuesto familiar, perturbando la cotidianidad y afectando el rendimiento académico, manifestándose en los niños de cinco a 10 años.

Al transcurrir el tiempo se ha acrecentado las cifras de infantes que sufren este cuadro clínico, del mismo modo la edad para obtener el diagnóstico se ha reducido, si bien en periodos recientes se tasaba la prevalencia del TDAH en el 4%-6%, recientes investigaciones epidemiológicas generan resultados aproximadamente al 20%, hasta los más conservadores ubican la prevalencia por arriba del 10%. Es viable que distintas experiencias calificativas establezcan un rol significativo en los resultados de prevalencia. En este sentido, las valoraciones del trastorno en Europa son restringidas, generando resultados por debajo con respecto a la valoración en América, obteniendo prevalencias más altas.

La significancia alcanzada por esta sintomatología del infante en lo familiar y social está fuera de incertidumbre, anteriormente se consideraba una patología sin importancia con la equivocada tesis formulados por ciertos grupos conduciendo a un desinterés por realizar estudios de detección temprana del trastorno. Hoy en día forma, conjuntamente con la alergia la patología más habitual en el infante, presentando una alta prevalencia y un reto próximo en la exploración psiquiátrica y neurológica en los individuos.

La investigación se sustentó en criterios de autores y teorías que permitieron ofrecer alternativas de solución para implementar dentro de los paradigmas establecidos permitir coadyuvar al diagnóstico precoz, del mismo modo realizar la intervención temprana por parte de los distintos profesionales implicados, como una oportunidad para involucrar al infante, buscando las herramientas adecuadas para satisfacer las necesidades y exigencias del problema que afecta el entorno del niño en la escuela y la vida familiar.



## Marco Referencial

### Estado del arte.

Algunos de los trabajos más importantes desarrollados sobre el proceso del trastorno de déficit de atención e hiperactividad que se pueden encontrar en la literatura son los de Hidalgo y Soutullo (2019), quienes definieron el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un importante problema de salud pública debido a varias razones su alta prevalencia, el inicio en etapas precoces de la infancia, es un proceso incapacitante y crónico, la afectación de las diferentes esferas comportamentales familiar, escolar y social) y su alta comorbilidad, por lo que siempre deben investigarse otras patologías asociadas que conllevan un gran riesgo para el futuro del niño, como son trastornos del aprendizaje, problemas de conducta o trastornos emocionales, entre otros.

Asimismo, estudios longitudinales recientes indican que los niños con TDAH de ambos sexos y de cualquier edad generan un gasto médico total y una utilización de recursos médicos (hospitalización, visitas en consulta, y urgencias) de más del doble que niños de igual edad sin el trastorno ( $p < 0,001$ ), lo que sugiere que la carga negativa del TDAH se extiende más allá de los parámetros sociales, conductuales y académicos, en este trastorno son esenciales un diagnóstico y un tratamiento precoces ya que van a mejorar mucho su pronóstico de aquí el importante papel que tienen el pediatra y el médico de atención primaria.

Otros estudios como los de Francia, Miguez y Peñalver (2018), muestran que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia, es un proceso crónico con una alta comorbilidad que influye en el funcionamiento del individuo en la edad adulta, tiene un gran impacto en la sociedad en términos de coste económico, estrés familiar y problemas académicos y es uno de los trastornos psíquicos más frecuentes en los niños de entre cinco y 10 años. El TDAH es provocado, según una de las hipótesis, por una deficiencia en la regulación de ciertos neurotransmisores que se encargan de funciones como atender, procesar información, enfocar, controlar los impulsos y memorizar y, también, de las funciones motrices y psíquicas.

El diagnóstico del TDAH es puramente clínico, para realizarlo deben ser aplicadas varias técnicas, pruebas biológicas y entrevistas que, adecuadamente usadas, contribuyen a evitar el subregistro o el sobrediagnóstico tan polémicamente planteados. El uso del tratamiento multimodal



individualizado en todas sus vertientes garantiza una evolución favorable y evita el surgimiento de enfermedades comórbidas.

Otras investigaciones como la de Rodríguez, González y Gutiérrez, (2015), afirman que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno neuropsicobiológico más frecuente en la infancia y ocupa un lugar destacado en la psicopatología del adulto. En las clasificaciones de enfermedades, se sitúa en los trastornos del neurodesarrollo. Se señala su importancia no solo porque causa sufrimiento en los niños afectos y en los que los rodean. También, porque interfiere con el desarrollo social y educacional, y pueden conducir a problemas sociales y psicológicos que duran toda la vida, la característica principal de este trastorno es la repercusión en el funcionamiento académico, laboral, familiar y social.

En los últimos tiempos, se ha avanzado en el conocimiento de diversos apartados del TDAH, tales como sus bases neurobiológicas y terapéuticas, este se considera un trastorno neurobiológico del neurodesarrollo, de etiopatogenia multifactorial, existe implicación patogénica desde el nivel molecular, con defectos en los alelos de los genes que codifican los receptores de la dopamina y otros neurotransmisores en el sistema nervioso central.

Continuando con el proceso de revisión Pedreira y González (2017), el TDAH se presenta como cuadros clínicos inesperados, en muchas ocasiones ligados al proceso de desarrollo, es conocido que existe un grupo de niños en lo que estas características son persistentes y se exacerbaban llegando a dificultarles la vida de sobre manera, pero no es menos cierto que en mucha menor cantidad de la que se pretende hacer creer, hacer un buen diagnóstico de forma consistente y fiable es muy necesario para realizar un correcto tratamiento y evitar la iatrogenia, por lo tanto, es la forma de realizar una correcta prevención cuaternaria.

En la misma línea, el buen juicio médico logra un equilibrio entre el riesgo que comporta toda intervención diagnóstica, preventiva o terapéutica y el beneficio esperable de dicha intervención en el paciente concreto, lo que obliga a combinar ciencia y arte, pues no es fácil trabajar con la incertidumbre, coexistir con la iatrogenia ni admitir las limitaciones del conocimiento médico.

Siguiendo a Lei y Deng (2015), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un tipo de trastorno del desarrollo y uno de los más prevalentes y complejos trastornos emocionales y de la conducta en la infancia, se describe por una persistente inatención para la edad y/o hiperactividad-Impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza,



pudiendo estar presentes una o ambas características. Su pronóstico puede mejorar significativamente si se hace un diagnóstico y tratamiento temprano, lo cual es especialmente relevante en China por el programa de planeamiento familiar, dado que es sustancial para la familia y la sociedad que los niños crezcan con personalidades útiles y saludables.

Donde, resultados de la investigación en China muestran que siempre se ha dado prioridad a la investigación epidemiológica en las ciudades, se creyó que los factores de riesgo eran la edad, el género, el nivel educacional de los padres, la salud de la madre durante el embarazo y el nacimiento. Esta conclusión es consistente con el hecho de que el TDAH en medios rurales merece ser estudiado en profundidad. Debido a que los países desarrollados como Reino Unido y Estados Unidos y Japón, a fines del siglo XIX completaron sus procesos de industrialización, la diferencia entre medios rurales y urbanos es pequeña y los datos de las ciudades son considerados representativos de la totalidad.

Tomando como referencia a Rodilo (2015), desde el punto de vista del cambio social, incluye un aumento en las demandas cognitivas y académicas, personales y sociales, siendo un período de mayor reactividad emocional, cambian su ambiente social y dedican mayor tiempo a compartir con sus amigos mientras que con sus padres hay mayor conflicto. Aumenta la complejidad de la relación con los pares y necesidad de aceptación, teniendo un intenso deseo de privacidad y confidencialidad, donde, la adolescencia se caracteriza además por ser un período de mayor propensión a la toma de riesgos, mayor tasa de accidentes, ingestión drogas, alcohol y embarazo, que no se explica por una falla en la percepción del riesgo, sino a diferencias en factores psicosociales que influyen en la autorregulación

Finalmente, en el futuro la genética se avizora como un importante potencial contribuyente en el manejo del TDAH, particularmente, los estudios fármaco y genéticos podrán responder a las diferencias individuales encontradas en la respuesta al uso de agentes farmacológico, asimismo, desde el punto de vista ético el uso de psicoestimulantes como reforzamiento de las destrezas cognitivas en adolescentes que no cumplen con diagnóstico de TDAH, sin embargo, los estudios no muestran evidencia significativa de la efectividad en esta población.

Para reforzar este criterio, Vélez y Vidarte (2012), sobre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), lo caracteriza como un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más fuerte y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. En general se considera que el 80 % de los niños con TDAH



tienen un pronóstico favorable a largo plazo, siempre y cuando antes de la adolescencia se corrigieran los problemas comportamentales y académicos asociados. Si esto se realiza, la literatura habla de que sólo el 20 %, un grupo conformado por los casos más severos, tendrán dificultades en la edad adulta con persistencia de los síntomas del trastorno.

En esa línea, los niños que no reciben ningún tratamiento o lo reciben incompleto, el 80 %, tienen un mal pronóstico a largo plazo, con aparición de trastornos explosivos de la conducta en la adolescencia, trastorno disocial de la conducta, trastorno de la personalidad de tipo delictivo, alcoholismo, farmacodependencia, inestabilidad laboral y dificultades en las relaciones personales. En la edad adulta alrededor del 15 al 20 %, de los niños con desorden deficitario de la atención e hiperactividad continúan presentado síntoma de este desorden y otro tercio presentan síntomas de desorden de personalidad antisocial.

Para reforzar, Fernández y Gonzalvo (2011), el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) representa en nuestro contexto el problema más frecuente de la salud mental en la infancia y adolescencia, con una prevalencia cercana al 5%. Su impacto sobre el desarrollo normal y su repercusión más allá de la infancia hacen que sea uno de los problemas más relevantes en estas edades de la vida. Sobre esta base, y con el fin de facilitar el diagnóstico precoz, por ende, la intervención temprana por parte de los distintos profesionales implicados, donde, la Academia Americana de Pediatría recomienda a los pediatras de atención primaria lleven a cabo la detección sistemática del TDAH en edades claves de la vida mediante cuestionarios que puedan ser aplicados en las consultas habituales.

Dadas las características de la atención primaria, en las que se atiende de manera universal a la población infantil tanto en consultas a demanda, como en otras consultas programadas en función de las diferentes edades, es posible llevar a cabo procedimientos estandarizados de diagnóstico mediante pruebas o test que impliquen una alta relación costo/efectividad. En el caso concreto del TDAH puede resultar de gran utilidad, permitiendo poner de manifiesto nuevos casos que de otra manera pasarían inadvertidos o diagnosticados tardíamente, pudiendo conllevar mayores repercusiones en el futuro.





## Marco Teórico

Este capítulo representa el basamento teórico de toda tesis, en esta sección se exponen los argumentos de cada autor y con ello la opinión que asume el investigador con respecto a estos postulados. En este sentido, puede señalarse que el presente capítulo se encuentra estructurado en dos partes: la primera referida a las bases teóricas en la cual se amplían cada una de las dimensiones, con sus respectivos indicadores y finalmente se encuentra el marco contextual.

### Definición del trastorno

Es en 1968 cuando el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) aparece por vez primera, en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-II) con el nombre de reacción hiperquinética de la infancia. Los DSM publicados por la Asociación Americana de Psiquiatría, contienen una clasificación de los trastornos mentales y sus criterios diagnósticos. Posteriormente, en 1992 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) reconocen el TDAH como una enfermedad clínica y lo ubican en el grupo de los trastornos del comportamiento y de las emociones, de comienzo en la infancia y la adolescencia. Francia, Migues y Peñalver (2018).

Continuando con el proceso de revisión, para Lei y Deng (2015), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un tipo de trastorno del desarrollo y uno de los más prevalentes y complejos trastornos emocionales y de la conducta en la infancia, se describe por una persistente inatención para la edad y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza, pudiendo estar presentes una o ambas características.

Desde el punto de vista psicológico, para Rodríguez, González y Gutiérrez (2015), el TDAH es una alteración de la función ejecutiva, término que engloba muchas capacidades como la atención y la memoria, necesarias para realizar tareas fundamentales en el funcionamiento cotidiano como: atender, planificar y organizar los distintos pasos para conseguir un objetivo, reflexionar sobre las posibles consecuencias antes de hacer algo o inhibir la respuesta inadecuada y cambiarla por otra más apropiada.

Partiendo de lo anterior, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH, ADHD en inglés Attention Deficit Hyperactivity Disorder) está tipificado según el DSM-5 como un trastorno psiquiátrico, afectando a niños entre 4 y 18 años, teniendo efectos posteriores diversos.



Los criterios para su diagnóstico son diversos, predominando que los niños presenten algún tipo de inatención, hiperactividad e impulsividad que perjudica el funcionamiento tanto en el hogar como en la escuela antes de que el niño tenga 7 años de edad.

Un elemento que incide de modo insoslayable en los vínculos entre nuestra realidad contemporánea y los discursos de la salud que hoy tematizan al TDAH, lo constituye el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales, DSM por sus siglas en inglés Bianchi (2012). Señala el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) el TDAH:

“es un trastorno del neurodesarrollo definido por niveles perjudiciales de falta de atención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad. La desatención y la desorganización implican incapacidad para sostener una tarea, parecer no escuchar y perder materiales en niveles que son inconsistentes con la edad o nivel de desarrollo. La hiperactividad e impulsividad implica sobreactividad, inquietud, incapacidad para permanecer sentado, inmiscuirse en las actividades de otras personas e incapacidad para esperar; síntomas que son excesivos para la edad o el nivel de desarrollo”. (DSM-5, p. 32).

El TDAH es un trastorno muy característico en el sentido de los síntomas, estos ocasionan en la población juvenil que la padece sea un poco más hiperactivo, impulsivo y desatento, lo cual mediante su crecimiento creará conflictos ocasionados por su incapacidad de no poder concentrarse para realizar correctamente diferentes tareas en su vida escolar y laboral, ocasionando claramente dificultades en su desarrollo.

### **Clasificación**

En la actualidad hay 2 sistemas de clasificación internacional que han ido convergiendo con el tiempo, aunque todavía existen diferencias: Manual de Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM V) perteneciente a la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10) adscrita a la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Es significativo mencionar la subcategorización presentada por Hidalgo y Soutullo, (2019), al indicar que el DSM V describe 3 subtipos según los síntomas que estén presentes: subtipo con predominio inatento es cuando sólo hay inatención, entre el 20-30% de los casos; subtipo con predominio hiperactivo-impulsivo cuando sólo hay hiperactividad e impulsividad con un 10-15%,





cuestionado por algunos autores y el subtipo combinado, cuando están presentes los 3 tipos de síntomas, con un 50-75% de los casos.

Por otro lado, se encuentra el CIE-10, donde señala la necesidad de una existencia simultánea de los 3 tipos de síntomas: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, constituyendo el cuadro de alteración de la actividad y la atención. Reconoce además una categoría separada, conocida como “trastorno hiperquinético de la conducta” cuando coinciden, además de los 3 síntomas, una alteración de la conducta.

De este modo con el CIE-10, al ser los criterios más restrictivos, se diagnostican menos cuadros que con el DSM-V. Las diferencias entre ambos sistemas son muy importantes para entender por qué el TDAH se puede llamar también Trastorno Hiperkinético, porque se diagnostica más en algunos países que otros, los criterios de inclusión y exclusión varían entre una guía y otra, porque se puede llegar a tratar a unos niños sí y otros no, porque hay algunas diferencias de prevalencia entre los estudios.

### **Criterios diagnósticos (DSM V y CIE 10)**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Academia Americana de Psiquiatría DSM-V (2013), presenta los criterios diagnósticos para el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad:

A-1) Inatención Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales, académicas y laborales, para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

Los síntomas para la inatención son los siguientes: no presta atención a los detalles, comete errores frecuentemente en el colegio, el trabajo u otras actividades, le cuesta mantener la atención en tareas o actividades de tipo lúdico, parece que no escucha cuando se le habla, no finaliza las tareas o encargos que empieza y no sigue las instrucciones asignadas, sin ser por un comportamiento negativista o por una incapacidad para comprender las instrucciones, le resulta complicado organizar tareas y actividades, intenta evitar realizar tareas que le suponen un esfuerzo mental sostenido como son las actividades escolares o tareas domésticas, pierde objetos frecuentemente, se distrae con cualquier estímulo irrelevante y es descuidado en las actividades de la vida diaria.



A-2) Hiperactividad e Impulsividad Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas y laborales, para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

Los síntomas para la hiperactividad son los siguientes: suele moverse en exceso las manos y los pies o no se está quieto en el asiento, no permanece sentado en las situaciones en las que se espera que lo esté, corre o salta en exceso en situaciones en las que no es apropiado hacerlo, tiene dificultades para realizar actividades o juegos tranquilos, está en movimiento y actúa como si tuviese un motor en marcha continuamente y regularmente habla en exceso.

Con respecto a la impulsividad, regularmente dan respuestas precipitadas antes de que se hayan terminado de formular las preguntas, le cuesta esperar su turno y respetar las colas, suele correr o saltar en exceso en situaciones en las que no es apropiado hacerlo, interrumpe a los demás y se entromete en las actividades de otros.

B) Algunos de estos síntomas que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años.

C) Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes, sea la escuela, casa o trabajo.

D) Deben existir pruebas de que hay un problema clínicamente significativo del funcionamiento social y académico o laboral.

E) Los síntomas no están presentes exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia o cualquier otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno.

Por otro lado, los criterios diagnósticos emanados de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través del tratado Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10), presenta tres aspectos de este trastorno hiperactivo como es: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad.

Con respecto, a el trastorno hiperactivo déficit de atención, señalado por la CIE-10 (1992), son al menos 6 síntomas durante 6 meses, estos son: frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades, frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego, a menudo aparenta no escuchar lo que se dice, imposibilidad persistente para cumplir las tareas escolares asignadas u otras



misiones, disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades, a menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante un esfuerzo mental sostenido, fácilmente se distrae ante estímulos externos y con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

Continuando con otro aspecto sintomatológico como la hiperactividad explicado por el CIE-10 (1992), con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en el asiento, abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado, a menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas, es ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas, persistentemente exhibe un patrón de actividad motora excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

En cuanto a la impulsividad, vinculado a otro aspecto sintomatológico expuesto por el CIE-10 (1992), con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas, a menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo, interrumpe o se entromete en los asuntos de otros, con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las consideraciones sociales.

Para reforzar, se debe cumplir que el inicio del trastorno no es posterior a los siete años, los criterios deben cumplirse en más de una situación, los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral y no cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maníaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad. CIE-10 (1992).

Es importante mencionar que no sólo la presencia de los criterios es importante a la hora de definir el diagnóstico, sino que, si los síntomas que presenta son de intensidad alta, moderada o leve, si interfieren en su vida diaria de forma intensa o no, si existe impacto en el entorno del sujeto, si existen alteraciones psicológicas, si presenta necesidades educativas, entre otros.

Todos estos criterios diagnósticos junto con la información remitida por los padres y el centro escolar y la observación directa de la funcionalidad del niño, darán al profesional de la salud mental las herramientas para establecer el diagnóstico de déficit de atención e hiperactividad y poder así comenzar con la intervención y el tratamiento más indicado para el caso.

En el mismo orden de ideas, Yáñez y Prieto (2016), sostienen que el DSM-V es la versión más reciente, conservando los nueve síntomas de inatención, pero se colocan en un solo apartado los síntomas de hiperactividad y de impulsividad, lo cual reduce a seis los primeros y conserva los



tres de la última categoría, para dar también un total de nueve síntomas de hiperactividad-impulsividad.

Los síntomas relacionados con inatención son: a) fallas en prestar la debida atención a detalles o descuidos o errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades; b) dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas; c) dar la apariencia de no escuchar cuando se les habla de manera directa; d) no seguir instrucciones y no terminar las tareas escolares, quehaceres o deberes laborales; e) tener dificultad para organizar tareas y actividades; f) evitar, hacer con disgusto o mostrarse poco entusiasta, al iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido; g) perder cosas necesarias para tareas o actividades; h) distraerse con facilidad por estímulos externos o por pensamientos no relacionados con la tarea en curso; e i) olvidar las actividades cotidianas.

Continuando con Yáñez y Prieto (2016), los síntomas de hiperactividad-impulsividad consisten en: a) jugar o golpear con las manos o los pies o retorcerse en el asiento; b) levantarse en situaciones en que se espera que permanezcan sentados; c) corretear o trepar en situaciones en las que no resulta apropiado; d) ser incapaz de jugar o de ocuparse en actividades recreativas con tranquilidad; e) estar “ocupado” y actuar como si lo “impulsara un motor”; f) hablar en exceso; g) responder de forma inesperada o antes de que se concluya una pregunta; h) presentar dificultad para esperar su turno; e, i) interrumpir o inmiscuirse en las actividades de los demás.

En esa línea Yáñez y Prieto (2016), basándose en el DSM-5, los síntomas de inatención y de hiperactividad e impulsividad antes descritos deben estar presentes antes de los 12 años y deben manifestarse en dos o más contextos, como casa, escuela, con los amigos, entre otros. Además, éstos deben interferir con el funcionamiento social, académico o laboral o reducir el funcionamiento de los mismos. También se da un énfasis al grado de alteración, el cual puede ser leve, moderado o severo:

1. Leve. Cuando pocos o ningún síntoma es excesivo, de aquellos requeridos para hacer el diagnóstico y sólo resultan en alteraciones menores en el funcionamiento social u ocupacional.
2. Moderado. Alteración entre leve y severa.
3. Severo. Cuando hay un exceso de síntomas de aquellos requeridos para hacer el diagnóstico, o diversos síntomas son en particular severos, o bien resultan en marcada alteración en el funcionamiento social u ocupacional.



De igual forma, se destaca los planteamientos de Rodilo (2015), donde el diagnóstico de TDAH se basa principalmente en los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Academia Americana de Psiquiatría (DSM) que surgió del consenso de expertos y de una amplia investigación, para lograr una categorización más uniforme de trastornos que no cuentan con un marcador biológico. Los criterios del DSM para TDAH son descriptivos e incluyen tres síntomas cardinales distribuidos en dos dominios: inatención e hiperactividad/ impulsividad, el diagnóstico requiere la presencia de al menos seis de los nueve síntomas de cada dominio o una combinación de ambos (inatención-hiperactividad/impulsividad).

De la misma forma para Moreno, Martínez y Tejada (2015), el diagnóstico de TDAH se basa en los criterios indicados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10). Ambos contemplan el diagnóstico en edad adulta, siendo los mismos criterios diagnósticos, donde, no existe ningún marcador biológico o prueba/test patognomónico de TDAH, el diagnóstico se basa en una historia clínica detallada buscando evidencias para su dictamen, indagando en el paciente y su entorno.

Continuando con el proceso de revisión, Jiménez (2012), se identifica con el criterio diagnóstico del CIE-10 para el TDAH, haciendo mención a los trastornos hiperkinéticos, siendo los rasgos principales el déficit de atención y la hiperactividad, los que se deben manifestar en más de una situación, produciendo relaciones sociales desinhibidas, comportamiento antisocial y baja autoestima. Se trata de un trastorno neurobiológico que se manifiesta en dificultades de autorregulación en tres aspectos concretos: la capacidad para mantener la atención; el control de la impulsividad y el grado de actividad. Por su parte, en el DSM-V no se mencionan subtipos sino formas de presentación, aunque se conserva la subclasificación de inatención, hiperactividad, impulsividad y combinada.

### **Epidemiología**

Actualmente y desde muchos años es difícil conocer la prevalencia exacta del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, ya que influyen varios factores, como el tipo de clasificación utilizada, los métodos de evaluación diagnóstica empleados, la fuente de información primaria, sean padres, maestros, cuidadores; el tipo de muestra y las características socioculturales de la población.



Indican Hidalgo y Soutullo, (2019), el rango entre los diferentes estudios varía del 2 al 18%, utilizando los criterios del DSM- V la prevalencia se sitúa entre el 3-7% (5%). Con la CIE-10 la prevalencia es del 1,5% y los cuadros son más severos, similares a las formas combinadas del DSM-V. Por su parte, Francia, Mígués y Peñalver (2018), su prevalencia varía de unos estudios a otros por diferencias en la metodología utilizada y los criterios diagnósticos aplicados, una cifra generalmente aceptada sitúa la prevalencia del TDAH en torno al 5% de la población infantil.

De esta manera la perspectiva de Yáñez y Prieto (2016), el TDAH es el trastorno del neurodesarrollo de mayor prevalencia en la edad escolar, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), su prevalencia se estima en un 5% resultando más frecuente en varones que en mujeres en una proporción de 2 a 1, asimismo, mencionan que la prevalencia cambia, de acuerdo con los instrumentos que se usen, los criterios clínicos aplicados y la población estudiada. Por otro lado, refieren que entre 30 y 70% de los pacientes que presentaron TDAH en la infancia todavía manifiestan síntomas clínicos importantes en la edad adulta.

Tomando como referencia a Barrios, Matute, Ramírez, Chamorro, Trejo y Bolaños (2016), mencionan aun cuando el DSM-V estima en 5% la prevalencia del TDAH en niños, este aclara que el porcentaje puede variar de acuerdo con la región geográfica en la que se realizó el estudio, ya sea por un efecto cultural en la interpretación del comportamiento de los niños o por diferencias metodológicas en la obtención del diagnóstico. Para reforzar, Rodríguez et al. (2015), existen cifras de prevalencia dispares, situadas entre el 2 y el 15%, la mayoría de los estudios indican que el trastorno afecta al 5% de los niños en edad escolar.

Continuando con el proceso de revisión Moreno, Martínez y Tejada (2015), mencionan la prevalencia en niños es del 4-12 %; de estos, dos tercios continuarán con sintomatología en la edad adulta, se estima que globalmente la prevalencia en adultos está en torno a un 2-3 %. En la misma línea, Álvarez y Pinel (2015), aluden siendo uno de los trastornos del neurodesarrollo más comunes en la infancia, que se prolonga a la edad adulta, la prevalencia en niños de edad escolar, se sitúa entre el 3 y el 7%. Por su parte, Fernández y Gonzalvo (2011), el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) representa en nuestro contexto el problema más frecuente de la salud mental en la infancia y adolescencia, con una prevalencia cercana al 5%.



## Causas

Estudios como los de Francia, Miguez y Peñalver (2018), mencionan que provocado, según una de las hipótesis, por una deficiencia en la regulación de ciertos neurotransmisores que se encargan de funciones como atender, procesar información, enfocar, controlar los impulsos y memorizar y, también, de las funciones motrices y psíquicas.

Para Yáñez y Prieto (2016), la caracterización del trastorno desde el punto de vista neuropsicológico ha sido un tema debatido con amplitud y las deficiencias encontradas cambian de acuerdo con la predominancia de los síntomas como inatención, hiperactividad e impulsividad o combinados. Se ha propuesto que los niños con TDAH, en especial el subtipo hiperactivo-impulsivo y combinado, presentan deficiencias en varios componentes de las funciones ejecutivas relacionados con tres áreas del lóbulo frontal: orbitofrontal, dorso lateral y cíngulo.

Otros estudios como los documentados por Moreno, Martínez y Tejada (2015), mencionan las características de los pacientes diagnosticados de TDAH influyen notablemente a lo largo de su vida, tanto en el ámbito social y familiar, como profesional, demostrando que estos pacientes logran una menor formación académica, aun teniendo niveles de inteligencia similares al resto de la población. Los adolescentes y niños con este trastorno tienen mermada la autoestima y las habilidades sociales.

Es importante recalcar, para Saucedo (2014), cada vez se conoce más sobre el origen del TDAH, al igual que numerosos padecimientos, resulta de una mezcla de elementos, el principal de ellos la base genética, estudios recientes muestran que también existen elementos tardíos que pueden desencadenar este trastorno del que generalmente se cree se trata de una enfermedad propia de la niñez. Hay factores genéticos que emergen durante la transición de la niñez a la adolescencia y de ésta a la edad adulta, lo cual sugiere que el TDAH es un fenotipo complejo del desarrollo caracterizado por continuidad y cambio de las influencias genéticas al través del ciclo de vida.

Continuando con el proceso de revisión Jodar et al. (2013), la causa última del TDAH todavía se desconoce, pero existe una clara evidencia de que los factores genéticos juegan un papel importante, se calcula un riesgo aproximado del 50 % de posibilidad de presentar el trastorno si uno de los padres también lo padece, estudios realizados con gemelos muestran una concordancia del trastorno en entre un 50% y un 80% en gemelos homocigotos, y una concordancia del 30% en gemelos heterocigotos, asimismo, estudios de genética molecular han podido relacionar el trastorno con varios genes de diferentes cromosomas (5p13, 6q12, 16q13, 17p11 y 11q22-25).



Siguiendo la línea de Jodar et al. (2013), además de la implicación genética, los factores ambientales, tanto prenatales como postnatales, también desempeñan un papel importante en la patogénesis del trastorno, este involucra la exposición al alcohol asociada fuertemente con la aparición de este déficit, asimismo, el tabaquismo en las madres se ha asociado con mayor presencia de TDAH en los niños, probablemente por el efecto del tabaco sobre los receptores nicotínicos que modulan la actividad dopaminérgica, siendo una de las alteraciones descritas y más estudiadas, también se ha relacionado con factores perinatales, como el bajo peso al nacer y con factores postnatales, como la malnutrición, el déficit férrico, el desequilibrio entre los ácidos grasos esenciales omega 3 y omega 6.

Finalmente, son especialmente interesantes los trabajos relacionando el TDAH con un retraso significativo en la maduración cerebral, siendo el retraso más significativo en el córtex frontal, justamente en regiones del córtex prefrontal que están implicadas en el control de procesos cognitivos que incluyen la atención y la planificación motriz.

### **Detección o evaluación temprana**

Señala Yáñez y Prieto (2016), el diagnóstico del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un proceso que debe iniciar con una entrevista exhaustiva al propio paciente, a los padres o familiares más cercanos y a los profesores, la entrevista debe ir encaminada tanto a documentar los síntomas propios del trastorno como aquellos que puedan estar relacionados con algún otro trastorno comórbido, es necesario conocer la forma y edad de inicio de los síntomas, cuál ha sido su evolución y cuáles son los antecedentes.

El momento de las entrevistas brinda la posibilidad para observar la conducta del paciente, en general, los niños con TDAH manifiestan los síntomas en todos los ambientes, aunque también es posible que en una situación novedosa, estructurada y breve no se pongan de manifiesto, la información proporcionada debe complementarse con el historial médico, los registros académicos, estudios previos y cualquier otro documento que permita conocer mejor la evolución de los síntomas.

Cuando en estos primeros pasos de la evaluación se detecta la posibilidad de otro trastorno comórbido, el estudio debe hacerse más extensivo y evaluar además el o los problemas asociados, las posibles herramientas que se pueden utilizar en esta fase de la evaluación son los formatos de entrevistas estructuradas, aunque también se puede optar por un formato libre, otra posibilidad es





el uso de listas de chequeo de síntomas que puede obtenerse del DSM-5. Esta información debe complementarse con la obtenida a través de escalas conductuales, pruebas neuropsicológicas y cuando es posible con tareas de laboratorio.

Por su parte Moreno, Martínez y Tejada (2015), manifiestan la existencia de múltiples instrumentos de evaluación del TDAH en adultos y niños que pueden ayudar en el diagnóstico, como es entrevistas semiestructuradas, escalas auto administradas por el observador, sea familia conviviente o por el propio paciente. Dentro de las entrevistas semiestructuradas y escalas destaca para la evaluación retrospectiva del paciente el Wender Utah Rating Scale (WURS) y el ADHD Symptom Rating Scale, las entrevistas semiestructuradas, como la Entrevista Diagnóstica del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en adultos (DIVA 2.0) y la Connors Adult ADHD Diagnostic Interview.



## Diseño Metodológico

### Tipo de Investigación

En cuanto al tipo de estudio, en este caso documental, es significativo referir que “el carácter cuantitativo o cualitativo de la investigación no lo da el hecho de ser documental. Es la manera como el investigador se propone abordar los datos para estudiar el tema central de su interés”. Gómez (2011 p.5).

El presente estudio se considera de tipo documental por lo que Bernal (2010 p.111), alude a “un análisis de la información escrita sobre un determinado tema, con el propósito de establecer relaciones, diferencias, etapas, posturas o estado actual del conocimiento respecto al tema objeto de estudio”, asimismo Baena (2014 p.12), define la investigación documental como “la búsqueda de una respuesta específica a partir de la indagación en documentos”.

Cuando el estudioso examina una fuente, pretende deducir y proporcionar sentido a lo planteado por un autor determinado, exponiendo los aspectos únicos de su proyecto. Persigue con cualquier método instituir un coloquio con el autor, desde la postura de Gómez (2011 p.4), “sin pretender desde allí construir por ejemplo marcos teóricos, o explicaciones puntuales de una situación, sino permitir que sea la realidad misma la que se exprese, con lógica y con argumentos, construyendo así nuevos conocimientos”.

La investigación documental, continuando con la línea de Gómez (2011 p.5), “tiene un carácter particular de dónde le viene su consideración interpretativa. Intenta leer y otorgar sentido a unos documentos que fueron escritos con una intención distinta a esta dentro de la cual se intenta comprenderlos”.

Ante los planteamientos antes mencionados, el ser humano ha esbozado cada vez mejores métodos para capturar y reproducir las condiciones históricas de su experiencia, a todos esos dispositivos de información se denominan documentos, para esta investigación las documentaciones utilizadas son: libros, revistas científicas, informes provenientes de organismos mundiales, documentos de archivos digitales, entre otros.



## **Delimitación**

### **Delimitación Temporal**

Se realizó la revisión documental de estudios relacionados con la evaluación, diagnóstico y tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) de forma temprana, publicados durante el periodo comprendido entre el 2010 y el 2020.

### **Delimitación Espacial**

Para esta investigación se realizó la consulta en sistemas de consultas como Google Académico y Dialnet.

## **Fuentes de Información**

Un aspecto muy importante en el proceso de una investigación tiene relación con la obtención de la información, pues de ello dependen la confiabilidad y validez del estudio, obtener información confiable y válida requiere cuidado y dedicación, estos datos o información que va a recolectarse son el medio a través del cual se responden las preguntas de investigación y se logran los objetivos del estudio originados del problema de investigación, estos deben ser confiables, es decir, deben ser pertinentes y suficientes, para lo cual es necesario definir las fuentes adecuadas para su recolección.

Un paso importante en la elaboración del marco teórico, es la ubicación correcta de las fuentes a las cuales se puede acceder para obtener la información. Espinoza y Toscano (2015) las fuentes de información son, todos los recursos que contienen datos formales, informales, escritos, orales o multimedia. Se dividen en tres tipos: primarias, secundarias y terciarias.



Por su parte, Del Cid, Méndez y Sandoval, (2011), definido el tema a investigar y las directrices que guiarán el estudio, y ahora, ¿en dónde se encuentra la información necesaria? Esta pregunta se responde analizando cuáles o quiénes son las fuentes de información. Pueden ser personas o documentos, esto dependerá del tipo de investigación que se realice. Una vez definidos quiénes o cuáles son las fuentes de información, se procede a definir en dónde se encuentran. De acuerdo con Cerda (1998) citado por Bernal (2010), usualmente se habla de dos tipos de fuentes de recolección de información: las primarias y las secundarias.

Ahora bien, para efectos de la investigación se utilizó la fuente de información secundaria por lo que según Espinoza y Toscano (2015) estos contienen información primaria, sintetizada y reorganizada, están especialmente diseñadas para facilitar y maximizar el acceso a las fuentes primarias o a sus contenidos. Componen la colección de referencia de la biblioteca y facilitan el control y el acceso a las fuentes primarias. Por su parte, Del Cid, Méndez y Sandoval, (2011), las fuentes secundarias se refieren a información obtenida de datos generados con anterioridad, es decir, no se llega directamente a los hechos, sino que se les estudia a través de lo que otros han escrito.

En el mismo tono, Bernal (2010), afirma que, en investigación, cuanto mayor rigor y exigencia se involucren en el proceso del desarrollo del estudio, más válido y confiable será el conocimiento generado, esta fuente secundaria que permita la obtención de los datos estará representada por textos, documentos, páginas web, artículos científicos y cualquier trabajo de investigación con rigurosidad metodológica. Ante los planteamientos por los autores hacen referencia a ellas cuando no se puede utilizar una fuente primaria por una razón específica, cuando los recursos son limitados y cuando la fuente es confiable, se utiliza para confirmar hallazgos, ampliar el contenido de la información de una fuente primaria y para planificar los estudios.

Cabe destacar, una de las características de las fuentes de información secundaria dentro de la investigación, es la información registrada por otros con relación al tema de interés, por ejemplo, informes, estadísticas, periódicos, revistas, entre otros, tomando en consideración atendiendo a la proximidad con el fenómeno de estudio y a los sujetos involucrados en el mismo.

Para efectos de esta investigación se acudirá como fuentes de información secundaria, en este caso artículos de periódicos digitales, artículos de revistas digitales, páginas de internet



vinculadas a la variable objeto de estudio como es analizar la importancia de la detección temprana del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

### **Técnicas e instrumento de Recolección de Datos**

La técnica que se utilizó en esta investigación fue la identificación, recogida y análisis de documentos relacionados con la evaluación, diagnóstico y tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) de forma temprana, vinculando las áreas de conocimiento de ciencias sociales y humanas, así como ciencias de la salud entre ellas la psicología, neurociencias, medicina y educación.

#### **Instrumento**

Para llevar a cabo esta investigación se diseñó e hizo uso de fichas bibliográficas como instrumento, que permitió registrar y organizar los datos bibliográficos de las fuentes documentales consultadas.

En esta unidad de registro se anotaron los diversos elementos que identificaron los artículos de investigación.

<b>Ficha de revisión bibliográfica</b>	
<b>Título de la investigación</b>	
<b>Autores</b>	
<b>Fecha de publicación</b>	
<b>Revista - Volumen</b>	
<b>Link de internet</b>	
<b>Resumen</b>	



## **Procedimiento**

El procedimiento de investigación se realizó en cinco fases descritas a continuación:

Fase I: Se definió el método adecuado para el análisis del material bibliográfico.

Fase II: Precisar las fuentes y las estrategias de búsqueda bibliográfica

Fase III: Análisis de los documentos (aplicación de estrategias de lectura crítica, retórica de la ciencia y género textual).

Fase IV: Se seleccionó, sistematizó y analizó la información encontrada, utilizando estrategias como organización de fichas bibliográfica según los resúmenes que permitieron articulación la información.

Fase V: Planteamiento de conclusiones y redacción del artículo de revisión.

## **Aspectos Éticos**

Para el desarrollo de la presente investigación se tuvo en cuenta lo estipulado en la Ley 23 de 1982 emitida por el congreso de la Republica de Colombia, donde se decreta los derechos de autor, puesto que se considera que los autores de obras literarias, científicas y artísticas gozarán de protección para sus obras en la forma prescrita en dicha ley.

El presente estudio realizó consultas, recopilación y análisis de diferentes fuentes bibliográficas realizando el debido reconocimiento del autor a través de las citas y referencias bibliográfica.



## Presentación de Resultados y discusión

A continuación, se presentan los resultados de la revisión documental, teniendo en cuenta la consecución de los objetivos específicos planteados en la investigación, iniciando entonces con la presentación de los resultados de investigaciones que describen los diferentes rasgos del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) manifestados durante los primeros años de vida del niño.

<b>Rasgos de presentación temprana del trastorno de déficit de atención con hiperactividad TDAH</b>	
<b>Autores y fecha</b>	Hidalgo y Soutullo (2019)
<b>Hallazgos</b>	Existen demostraciones en cuanto la detección precoz en los infantes, que solo el 2-3% de los niños en edad escolar están siendo adecuadamente diagnosticados y tratados, teniendo un alto riesgo para el avance de sus cerebros durante una etapa crítica, adicionalmente los problemas de comorbilidad empeoran el pronóstico.
<b>Autores y fecha</b>	Pedreira y González (2017)
<b>Hallazgos</b>	Aunque en la práctica clínica es difícil establecer el diagnóstico de TDAH hasta los 7 años, algunos niños, ya en sus primeros años, manifiestan algunos rasgos conductuales que pueden disparar las alarmas.
<b>Autores y fecha</b>	Velarde, Vattuone, Gómez y Vélchez (2017)
<b>Hallazgos</b>	Experimentado procedimientos para el TDAH en niños en edad escolar, de manera masiva en lapsos continuados, generando acciones significativas aportes al tratamiento médico el cual se puede colocar para tratar esta dificultad, aunque datos oficiales señalan poco diagnóstico del trastorno.
<b>Autores y fecha</b>	Rodilo (2015)
<b>Hallazgos</b>	El diagnóstico de TDAH se basa principalmente en los criterios establecidos por el DSM V logrando una categorización más uniforme de trastornos que no cuentan con un marcador biológico.
<b>Autores y fecha</b>	Jodar, Redolar, Blázquez, González, Muñoz, Periañez y Viejo (2013)
<b>Hallazgos</b>	Señalan el déficit de atención como un trastorno frecuente en infantes y adolescentes, con una presencia que fluctúa entre un 4 y un 8% pertenecientes al sistema formal educativo, se manifiesta más en varones, con un 75%, al exteriorizar los síntomas con impulsividad en relación a las del sexo opuesto.



<b>Autores y fecha</b>	Fernández y Gonzalvo (2011)
<b>Hallazgos</b>	Plantean el impacto sobre el desarrollo normal y su repercusión más allá de la infancia hacen que sea uno de los problemas más relevantes en estas edades de la vida. Sobre esta base, con el fin de facilitar el diagnóstico precoz es significativa la intervención temprana por parte de los distintos profesionales implicados, donde, los pediatras de atención primaria lleven a cabo la detección sistemática del TDAH en edades claves de la vida.

Del mismo modo se presentan los documentos relacionados con la revisión o descripción de criterios diagnósticos del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños.

<b>Criterios diagnósticos del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)</b>	
<b>Autores y fecha</b>	El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Academia Americana de Psiquiatría DSM-V (2013).
<b>Hallazgos</b>	A-1) Inatención A-2) Hiperactividad e Impulsividad B) Síntomas que causan alteraciones están presentes antes de los 7 años. C) Alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes, sea la escuela, casa o trabajo. D) Deben existir pruebas de que hay un problema clínicamente significativo del funcionamiento social y académico o laboral. E) Los síntomas no están presentes exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia o cualquier otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno.
<b>Autores y fecha</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10, 1992)
<b>Hallazgos</b>	Trastorno Hiperactivo déficit de atención son al menos 6 síntomas durante 6 meses, otro aspecto sintomatológico como la hiperactividad e impulsividad.
<b>Autores y fecha</b>	Yáñez y Prieto (2016)
<b>Hallazgos</b>	Sostienen que el DSM-V es la versión más reciente, conservando los nueve síntomas de inatención, pero se colocan en un solo apartado los síntomas de hiperactividad y de impulsividad, lo cual reduce a seis los primeros y conserva los tres de la última categoría, para dar también un total de nueve síntomas de hiperactividad-impulsividad.





<b>Autores y fecha</b>	Rodilo (2015)
<b>Hallazgos</b>	El diagnóstico de TDAH se basa principalmente en los criterios establecidos en el DSM-V que surgió del consenso de expertos y de una amplia investigación, para lograr una categorización más uniforme de trastornos que no cuentan con un marcador biológico.
<b>Autores y fecha</b>	Moreno, Martínez y Tejada (2015)
<b>Hallazgos</b>	El diagnóstico de TDAH se basa en los criterios indicados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10). Ambos contemplan el diagnóstico en edad adulta, siendo los mismos criterios diagnósticos, donde, no existe ningún marcador biológico o prueba/test patognomónico de TDAH, el diagnóstico se basa en una historia clínica detallada buscando evidencias para su dictamen, indagando en el paciente y su entorno.
<b>Autores y fecha</b>	Jiménez (2012)
<b>Hallazgos</b>	Se identifica con el criterio diagnóstico del CIE-10 para el TDAH, haciendo mención a los trastornos hipercinéticos, siendo los rasgos principales el déficit de atención y la hiperactividad, los que se deben manifestar en más de una situación, produciendo relaciones sociales desinhibidas, comportamiento antisocial y baja autoestima. Se trata de un trastorno neurobiológico que se manifiesta en dificultades de autorregulación en tres aspectos concretos: la capacidad para mantener la atención; el control de la impulsividad y el grado de actividad. Por su parte, en el DSM-V no se mencionan subtipos sino formas de presentación, aunque se conserva la subclasificación de inatención, hiperactividad, impulsividad y combinada.

Como tercer elemento están las fuentes bibliográficas relacionadas con la prevalencia del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños.

<b>Prevalencia del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)</b>	
<b>Autores y fecha</b>	Hidalgo y Soutullo, (2019).
<b>Hallazgos</b>	Utilizando los criterios del DSM- V la prevalencia se sitúa entre el 3-7% (5%). Con la CIE-10 la prevalencia es del 1,5%.
<b>Autores y fecha</b>	Francia, Miguez y Peñalver (2018)
<b>Hallazgos</b>	



	La prevalencia del TDAH en torno al 5% de la población infantil.
<b>Autores y fecha</b>	Yáñez y Prieto (2016)
<b>Hallazgos</b>	El TDAH es el trastorno del neurodesarrollo de mayor prevalencia en la edad escolar, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), su prevalencia se estima en un 5% resultando más frecuente en varones que en mujeres en una proporción de 2 a 1, asimismo, mencionan que la prevalencia cambia, de acuerdo con los instrumentos que se usen, los criterios clínicos aplicados y la población estudiada. Por otro lado, refieren que entre 30 y 70% de los pacientes que presentaron TDAH en la infancia todavía manifiestan síntomas clínicos importantes en la edad adulta.
<b>Autores y fecha</b>	Barrios, Matute, Ramírez, Chamorro, Trejo y Bolaños (2016)
<b>Hallazgos</b>	Mencionan aun cuando el DSM-V estima en 5% la prevalencia del TDAH en niños, este aclara que el porcentaje puede variar de acuerdo con la región geográfica en la que se realizó el estudio, ya sea por un efecto cultural en la interpretación del comportamiento de los niños o por diferencias metodológicas en la obtención del diagnóstico.
<b>Autores y fecha</b>	Rodríguez, González y Gutiérrez, (2015)
<b>Hallazgos</b>	Existen números de prevalencia dispares, situadas entre el 2 y el 15%, la mayoría de los estudios indican que el trastorno afecta al 5% de los niños en edad escolar.
<b>Autores y fecha</b>	Moreno, Martínez y Tejada (2015)
<b>Hallazgos</b>	Mencionan la prevalencia en niños es del 4-12 %; de estos dos tercios continuarán con sintomatología en la edad adulta, se estima que globalmente la prevalencia en adultos está en torno a un 2-3 %.
<b>Autores y fecha</b>	Álvarez y Pinel (2015)
<b>Hallazgos</b>	Aluden siendo uno de los trastornos del neurodesarrollo más comunes en la infancia, que se prolonga a la edad adulta, la prevalencia en niños de edad escolar, se sitúa entre el 3 y el 7%.
<b>Autores y fecha</b>	Fernández y Gonzalvo (2011)
<b>Hallazgos</b>	El trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) representa el problema más frecuente de la salud mental en la infancia y adolescencia, con una prevalencia cercana al 5%.



En cuanto a los estudios que plantean las posibles causas del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se evidencia lo siguiente:

<b>Causas del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)</b>	
<b>Autores y fecha</b>	Francia, Miguez y Peñalver (2018)
<b>Hallazgos</b>	Provocado por una deficiencia en la regulación de ciertos neurotransmisores que se encargan de funciones como atender, procesar información, enfocar, controlar los impulsos y memorizar y, también, de las funciones motrices y psíquicas.
<b>Autores y fecha</b>	Yáñez y Prieto (2016)
<b>Hallazgos</b>	Las deficiencias encontradas cambian de acuerdo con la predominancia de los síntomas como inatención, hiperactividad e impulsividad o combinados. Se ha propuesto que los niños con TDAH, en especial el subtipo hiperactivo-impulsivo y combinado, presentan deficiencias en varios componentes de las funciones ejecutivas relacionados con tres áreas del lóbulo frontal: orbitofrontal, dorso lateral y cíngulo.
<b>Autores y fecha</b>	Moreno, Martínez y Tejada (2015)
<b>Hallazgos</b>	Mencionan las características de los pacientes diagnosticados de TDAH influyen notablemente a lo largo de su vida, tanto en el ámbito social y familiar, como profesional, demostrando que estos pacientes logran una menor formación académica, aun teniendo niveles de inteligencia similares al resto de la población. Los adolescentes y niños con este trastorno tienen mermada la autoestima y las habilidades sociales.
<b>Autores y fecha</b>	Sauceda (2014)
<b>Hallazgos</b>	Cada vez se conoce más sobre el origen del TDAH, al igual que numerosos padecimientos, resulta de una mezcla de elementos, el principal de ellos la base genética, estudios recientes muestran que también existen elementos tardíos que pueden desencadenar este trastorno del que generalmente se cree se trata de una enfermedad propia de la niñez. Hay factores genéticos que emergen durante la transición de la niñez a la adolescencia y de ésta a la edad adulta, lo cual sugiere que el TDAH es un fenotipo



	complejo del desarrollo caracterizado por continuidad y cambio de las influencias genéticas al través del ciclo de vida.
<b>Autores y fecha</b>	Jodar, Redolar, Blázquez, González, Muñoz, Periañez y Viejo (2013)
<b>Hallazgos</b>	La causa última del TDAH todavía se desconoce, pero existe una clara evidencia de que los factores genéticos juegan un papel importante, se calcula un riesgo aproximado del 50 % de posibilidad de presentar el trastorno si uno de los padres también lo padece, estudios realizados con gemelos muestran una concordancia del trastorno en entre un 50% y un 80% en gemelos homocigotos, y una concordancia del 30% en gemelos heterocigotos, asimismo, estudios de genética molecular han podido relacionar el trastorno con varios genes de diferentes cromosomas (5p13, 6q12, 16q13, 17p11 y 11q22-25).

Finalmente se hace la presentación de fuentes bibliográficas que describen la importancia de la detección temprana del déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en los niños.

<b>Importancia de la detección temprana del déficit de atención con hiperactividad (TDAH)</b>	
<b>Autores y fecha</b>	Yáñez y Prieto (2016)
<b>Hallazgos</b>	El diagnóstico del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un proceso que debe iniciar con una entrevista exhaustiva al propio paciente, a los padres o familiares más cercanos y a los profesores, la entrevista debe ir encaminada tanto a documentar los síntomas propios del trastorno como aquellos que puedan estar relacionados con algún otro trastorno comórbido, es necesario conocer la forma y edad de inicio de los síntomas, cuál ha sido su evolución y cuáles son los antecedentes
<b>Autores y fecha</b>	Moreno, Martínez y Tejada (2015)
<b>Hallazgos</b>	Manifiestan la existencia de múltiples instrumentos de evaluación del TDAH en adultos y niños que pueden ayudar en el diagnóstico, como es entrevistas semiestructuradas, escalas auto administradas por el observador, sea familia conviviente o por el propio paciente. Dentro de las entrevistas



	<p>semiestructuradas y escalas destaca para la evaluación retrospectiva del paciente el Wender Utah Rating Scale (WURS) y el ADHD Symptom Rating Scale, las entrevistas semiestructuradas, como la Entrevista Diagnóstica del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en adultos (DIVA 2.0) y la Conners Adult ADHD Diagnostic Interview.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En cuanto a los rasgos de presentación temprana del trastorno de déficit de atención con hiperactividad TDAH, los trabajos realizados por Hidalgo y Soutullo (2019), presentan testimonios en cuanto la detección precoz en los infantes, que solo el 2-3% de los niños en edad escolar están siendo apropiadamente calificados y tratados, aumentando el riesgo y sumando los problemas de comorbilidad que agravan el pronóstico. Por su parte, Pedreira y González (2017) en la experiencia clínica es difícil establecer el diagnóstico hasta los 7 años, algunos niños, ya en sus primeros años, revelan rasgos conductuales que generan alertas.

De igual forma, se destaca los planteamientos de Velarde, Vattuone, Gómez y Vílchez (2017), donde cifras oficiales señalan bajo diagnóstico del trastorno. Siguiendo a Rodilo (2015), existe una clasificación equivalente del trastorno que no poseen un marcador biológico. De la misma forma para Jodar, Redolar, Blázquez, González, Muñoz, Periañez y Viejo (2013) señalan el déficit de atención como un trastorno frecuente en infantes y adolescentes, Finalmente, Fernández y Gonzalvo (2011), plantean con el fin de facilitar el diagnóstico precoz es propia la mediación temprana por parte de los distintos profesionales involucrados.

En relación a los criterios de diagnósticos del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), tomando como referencia el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Academia Americana de Psiquiatría DSM-V (2013), este sintetiza en tres categorías inatención, hiperactividad e impulsividad, con síntomas antes de los 7 años, presentes en dos o más ambientes, sea la escuela, casa o trabajo, demostrando pruebas de que hay un problema clínicamente significativo con respecto a lo social y académico o laboral. asimismo, los síntomas no están presentes exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo. Por su parte, Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10, 1992), se denomina trastorno hiperactivo déficit de atención con al menos 6 síntomas durante 6 meses, incluyendo otro aspecto sintomatológico como la hiperactividad e impulsividad.

Continuando con el proceso de revisión Yáñez y Prieto (2016), sustentan que el DSM-V colocan por separado los síntomas de hiperactividad y de impulsividad, lo cual comprime a seis los



primeros y conserva los tres de la última clase, para dar también un total de nueve síntomas de hiperactividad e impulsividad. Para Rodilo (2015), el diagnóstico de TDAH se basa principalmente en los criterios establecidos en el DSM-V, aunque no cuentan con un marcador biológico. En esa línea Moreno, Martínez y Tejada (2015), el diagnóstico de TDAH se basa en los criterios indicados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10), ambos vislumbran el diagnóstico en edad adulta, siendo los mismos criterios diagnósticos, donde, no existe ningún marcador biológico o prueba/test patognomónico de TDAH.

De la misma forma para Jiménez (2012), se identifica con el criterio diagnóstico del CIE-10 para el TDAH, haciendo mención a los trastornos hipercinéticos, siendo los rasgos principales el déficit de atención y la hiperactividad, los que se deben manifestar en más de una situación, produciendo relaciones sociales desinhibidas, comportamiento antisocial y baja autoestima. Por su parte, en el DSM-V mantiene la subclasificación de inatención, hiperactividad, impulsividad y combinada.

Con respecto a conocer la prevalencia del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños, investigaciones como la de Hidalgo y Soutullo (2019), se soportan en los criterios del DSM-V con una prevalencia situada entre el 3-7% (5%) y con el CIE-10 la prevalencia es del 1,5%. Por su parte, Francia, Mígues y Peñalver (2018), la prevalencia es aproximadamente el 5% de la población infantil. Otros estudios muestran, como los de Yáñez y Prieto (2016), se sostienen que la mayor prevalencia es en la edad escolar, de acuerdo con el DSM-V, su prevalencia se estima en un 5% resultando más frecuente en varones que en mujeres en una proporción de 2 a 1, Por otro lado, refieren que entre 30 y 70% de los pacientes que presentaron TDAH en la infancia todavía manifiestan síntomas clínicos importantes en la edad adulta.

Otras investigaciones como la de Barrios, Matute, Ramírez, Chamorro, Trejo y Bolaños (2016), se fundamentan en el DSM-V estimada en 5% la prevalencia del TDAH en niños, este aclara que el porcentaje puede variar de acuerdo con la región geográfica en la que se realizó el estudio, ya sea por un efecto cultural en la interpretación del comportamiento de los niños o por diferencias metodológicas en la obtención del diagnóstico.

Tomando como referencia a Rodríguez, González y Gutiérrez, (2015) el trastorno afecta al 5% de los niños en edad escolar. De la misma forma Fernández y Gonzalvo (2011), el (TDAH) representa la complicación más usual de la salud mental en la infancia y adolescencia, con una



prevalencia cercana al 5%. Sin embargo, Moreno, Martínez y Tejada (2015), sugieren la prevalencia en niños del 4-12 %; de estos dos tercios permanecerán con sintomatología en la adultez, se calcula que de forma general la prevalencia en adultos está en torno a un 2-3 %. Asimismo, Álvarez y Pinel (2015), la prevalencia en niños de edad escolar, se sitúa entre el 3 y el 7%.

En correspondencia a las causas del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trabajos desarrollados como los de Francia, Mígues y Peñalver (2018), que es originado por una insuficiencia en la ordenación de algunos neurotransmisores responsables de funciones de atención, procesamiento de información, orientación, impulsos, memoria, así como, el aspecto motriz y psíquico. Otros estudios como Yáñez y Prieto (2016), muestran que las carencias observadas cambian dependiendo de la predominancia de los síntomas como inatención, hiperactividad e impulsividad o combinados. Se ha planteado que los niños con TDAH, en especial el subtipo hiperactivo-impulsivo y combinado, muestran privaciones en varios elementos de las funciones ejecutivas concernientes con tres áreas del lóbulo frontal: orbitofrontal, dorso lateral y cíngulo

Otras investigaciones como las de Moreno, Martínez y Tejada (2015), mencionan las características y causas de los pacientes diagnosticados de TDAH influyen marcadamente a lo largo de su vida, tanto en el ámbito social y familiar, como profesional, continuando con el proceso de revisión Saucedo (2014), explica numerosos padecimientos, resulta producto de la base genética, lo cual sugiere que el TDAH es un fenotipo complejo del desarrollo caracterizado por prolongación y cambio de los influjos genéticos durante la vida. Para reforzar este criterio, Jodar, Redolar, Blázquez, González, Muñoz, Periañez y Viejo (2013), la causa última del TDAH es desconocida, existiendo una clara evidencia de que los factores genéticos juegan un papel significativo, se calcula un riesgo aproximado del 50 % de posibilidad de presentar el trastorno si uno de los padres también lo padece, estudios de genética molecular han podido relacionar el trastorno con varios genes de diferentes cromosomas (5p13, 6q12, 16q13, 17p11 y 11q22-25).

En referencia acerca de la importancia de la detección temprana del déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en los niños, estudios previos de Yáñez y Prieto (2016), este es un proceso que debe iniciar con una entrevista exhaustiva al propio paciente, a los padres o familiares más cercanos y a los profesores, relacionada a fundamentar los síntomas propios, así como, la



comorbilidad. Por su parte, Moreno, Martínez y Tejada (2015), manifiestan la existencia de múltiples instrumentos de evaluación del TDAH en adultos y niños que pueden ayudar en el diagnóstico, como es entrevistas semiestructuradas, escalas auto administradas por el investigador, sea familia conviviente o por el propio paciente.





## Conclusiones

Con respecto al objetivo específico denominado describir los diferentes rasgos del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) manifestados durante los primeros años de vida del niño, se concluye solo el 2-3% de los niños en edad escolar están siendo adecuadamente diagnosticados y tratados, en la experiencia clínica es difícil establecer el diagnóstico hasta los 7 años, algunos niños, ya en sus primeros años, revelan rasgos conductuales que generan alertas, existen cifras gubernamentales señalando bajo diagnóstico del trastorno, asimismo, existe una clasificación equivalente del trastorno que no poseen un marcador biológico, facilitar el diagnóstico precoz en infantes y adolescentes es propia la mediación temprana por parte de los distintos profesionales involucrados.

En relación al objetivo específico señalado como revisar los criterios diagnósticos del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños, se concluye tomando como referencia el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Academia Americana de Psiquiatría DSM-V (2013) y la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10, 1992), estos coinciden en cuanto a los criterios de diagnósticos del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), en sintetizarlo en tres rubros inatención, hiperactividad e impulsividad, sin embargo, el CIE- 10 le añade la palabra hipercinético, en ambas corrientes, no existe ningún marcador biológico o prueba/test patognomónico de TDAH.

En cuanto al objetivo específico denominado conocer la prevalencia del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños, se concluye una prevalencia de un 5% resultando más usual en varones con respecto a mujeres en una proporción de 2 a 1, la mayor prevalencia es en la edad escolar, que entre 30 y 70% de los pacientes que presentaron TDAH en la infancia todavía manifiestan síntomas clínicos importantes en la edad adulta, a pesar de que los estudios realizados por los distintos autores, coinciden con las cifras en cuanto a la prevalencia del trastorno, se dilucida que la cifra se modifica de acuerdo con la zona geográfica donde se desarrolló la investigación, también, por la cultural presente que incide en el análisis de la actuación de los niños o por divergencias metodológicas en la preparación del diagnóstico.



En referencia al objetivo específico denominado estudiar las posibles causas del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) según las diferentes teorías existentes, se concluye que los niños estudiados muestran privaciones en varios elementos de las funciones ejecutivas concernientes con tres áreas del lóbulo frontal: orbitofrontal, dorso lateral y cíngulo, asimismo, las causas de los pacientes diagnosticados de TDAH influyen marcadamente a lo largo de su vida, tanto en el ámbito social y familiar, como profesional,

También, resulta producto de la base genética, lo cual sugiere que el TDAH es un fenotipo complejo del desarrollo caracterizado por prolongación y cambio de los influjos genéticos durante la vida, para reforzar, la causa última del TDAH es desconocida, existiendo una clara evidencia de que los factores genéticos juegan un papel significativo, se estima un riesgo aproximado del 50 % de posibilidad de presentar el trastorno si uno de los padres lo posee, estudios de genética molecular han podido relacionar el trastorno con varios genes de diferentes cromosomas (5p13, 6q12, 16q13, 17p11 y 11q22-25).

En correspondencia al objetivo específico denominado concluir acerca de la importancia de la detección temprana del déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en los niños, se concluye este es un proceso que debe iniciar con una entrevista exhaustiva al propio paciente, a los padres o familiares más cercanos y a los profesores, relacionada a fundamentar los síntomas propios, así como, la comorbilidad, existen múltiples instrumentos de evaluación del TDAH en adultos y niños que pueden ayudar en el diagnóstico, como es entrevistas semiestructuradas, escalas auto administradas por el investigador, sea familia conviviente o por el propio paciente.



## Recomendaciones

Consta un convencimiento científico, en Colombia el TDAH genera un indudable dificultad para la Salud Pública en los infantes, conjuntamente concurren planteamientos sustentados desde la generación de políticas públicas de primera infancia y desde la reglamentación vigente que acceden a su incorporación como preferencia de intervención, posterior a una adecuada detección temprana, al ser esta patología a transformarse en una complicación no solo particular sino para el entorno social, es recomendable evaluar el alcance y el compromiso, así como, la voluntad política en materia de primera infancia en el país.

Se hace significativo que en las etapas de intervención del TDAH, se ejecuten programas multimodales que faciliten el abordaje de comorbilidades como la motricidad, tópico poco desarrollado, por ser un trastorno evolutivo, se requiere un tratamiento consiste en psicoeducación y manejo de la conducta, apoyo académico y tratamiento farmacológico.

El diagnóstico del TDAH es exclusivamente clínico, para efectuarlo deben ser aplicadas diferentes métodos, pruebas biológicas y entrevistas que, apropiadamente utilizadas, favorecen a obtener diagnóstico seguro y fiable, necesario para cumplir un correcto tratamiento, se recomienda a los padres o representantes llevar al niño a un especialista, al momento de observar desviaciones en el patrón de conducta.

Se ha partido describiendo en cuanto a la sintomatología del TDAH, se han reconocido distintas particularidades que inciden negativamente en la identidad del niño al obtener el diagnóstico, éstas han ido cambiando desde admitir a los niños con sintomatología hiperactiva, impulsiva y desatenta, se recomienda al entorno familiar tener paciencia y empatía.



## Referencias Bibliográficas

- Álvarez, S; & Pinel, A. (2015). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en mi aula de infantil. *Reop.* 26 (3). p145-152. ISSN: 1139-7853
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5). Editorial Psiquiátrica Estadounidense, 2013. (Libro on-line en Internet) (consultado el 05/10/2020) Disponible en: <http://www.psychiatry.org/dsm5>.
- Baena, G. (2014). Metodología de la investigación. Serie integral por competencias. México. Grupo Editorial Patria.
- Barrios, O. Matute, E. Ramírez, M. Chamorro, Y. Trejo, S. & Bolaños, L. (2016). Características del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares mexicanos de acuerdo con la percepción de los padres. *Rev. Suma psicología.* 23 (11): 101-108. doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.05.001
- Bernal, C. (2010), Metodología de la investigación. Administración, economía, humanidades y ciencias sociales. 3ra. Edit. Bogotá. Colombia. Editorial Pearson.
- Bianchi, E. (2012). Problematizando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (2), pp. 1021-1038. Disponible en: <http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/cinde/index.html>
- Fernández, M. & Gonzalvo, C. (2011). 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. *Rev. Elsevier España, S.L.* 76 (5): 256-256. doi:10.1016/j.anpedi.2011.10.004
- Francia, A. Míguas, M. & Peñalver, Y. (2018). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, algunas consideraciones en su diagnóstico y su tratamiento. *Rev. Acta Médica del Centro.* 12 (4): 9-11.
- García de Vinuesa, F. (2017). Prehistoria del TDAH: aditivos para un diagnóstico insostenible. *Papeles del Psicólogo.* 38(2), pp. 107-115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2829>
- Gómez, L. (2011). Un espacio para la investigación documental. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica.* 1. (2), 4-8
- Hidalgo, M. & Soutullo, C. (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Universidad de Navarra. Pamplona, Vol. 3. 1-23.
- Jiménez, J. (2012). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en población escolar de la Comunidad Autónoma de Canarias. *Rev. European Journal of Education and Psychology.* 5 (1): 13-26. doi: 10.1989/ejep.v5i1.87
- Jodar, M. Redolar, D. Blázquez, J. González, B. Muñoz, E. Periañez, J. & Viejo, R. (2013). *Neuropsicología.* 1ª Edit. Barcelona. España. Editorial. UOC.



- Lei, L; & Deng, D (2015). Investigación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en escuelas primarias rurales y urbanas en Guangxi, China. *Clínica Psicológica*, XXIV, (2). pp. 157-165. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281946783008>
- Ley 23/ 1982 de 28 enero. Sobre derechos de autor. Congreso de la república de Colombia. Disponible en: <http://derechodeautor.gov.co:8080/documents/10181/182597/23.pdf/a97b8750-8451-4529-ab87-bb82160dd226#:~:text=La%20publicaci%C3%B3n%20de%20las%20obras,obras%20originales%20que%20fueron%20utilizadas.>
- Moreno, M. Martínez, M. & Tejada, A. (2015). Actualización en el tratamiento del trastorno del déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en Atención Primaria. *Rev. Clín Med Fam*; 8(3): 231-239
- OMS CIE-10. Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid. Editorial: Meditor.
- Pedreira, J; y González, J. (2017). Evidencias diagnosticas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y la adolescencia. *Pediatr Aten Primaria*. 1(9): 147-152 ISSN: 1139-7632.
- Ramos, C. (2016). La cara oculta del TDAH. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 6 (1), 226-253 ISSN: 1688-7026
- Rodríguez, P; González, I; & Gutiérrez, M. (2015). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Pediatr Integral*. XIX (8): 540–547. Disponible en: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org)
- Rodillo, E. (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *REV. MED. CLIN. CONDES* - 2015; 26(1) 52-59
- Sauceda, J. (2014). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un problema de salud pública. *Facultad de Medicina de la UNAM* 57(5) 14-19.
- Velarde, M. Vattuone, J. Gómez, M. & Vílchez, L. (2017). Nivel de conocimiento sobre Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en médicos del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud en Lima, Perú. Publicado en la revista *Neuropsiquiatra* 080 Vol. (1). Lima. Perú.
- Yañez, M. & Prieto, D. (2016). “Trastorno por déficit de atención/hiperactividad”. *Neuropsicología de los trastornos del neurodesarrollo. Diagnóstico, evaluación e intervención*. 1ª edit. México, D.F. Editorial El Manual Moderno.