

COMORBILIDADES AFECTIVO-COMPORTAMENTALES ASOCIADAS A LOS SUBTIPOS
DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS, NIÑAS Y
ADOLESCENTES, MANIZALES-CALDAS (2009-2011).

DIANA CAROLINA FANDIÑO TABARES

UNIVERSIDAD DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
MAESTRIA EN DESARROLLO INFANTIL

2013

COMORBILIDADES AFECTIVO-COMPORTAMENTALES ASOCIADAS A LOS SUBTIPOS
DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS, NIÑAS Y
ADOLESCENTES, MANIZALES-CALDAS (2009-2011).

DIANA CAROLINA FANDIÑO TABARES

Asesores:

VILMA VARELA CIFUENTES

JUAN BERNARDO ZULUAGA

UNIVERSIDAD DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
MAESTRÍA EN DESARROLLO INFANTIL

2013

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	7
1. JUSTIFICACIÓN	11
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
3. ANTECEDENTES.....	21
4. OBJETO DE ESTUDIO.....	32
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	33
6. OBJETIVOS	34
6.1 Objetivo General.....	34
6.2 Objetivos Específicos.....	34
7. MARCO TEÓRICO.....	35
7.1. Criterios diagnósticos del Trastorno por déficit de atención/hiperactividad	35
7.2 Desarrollo Socio-emocional en el TDA-H	46
7.3 Comorbilidad	53
7.4 El TDAH y su relación con Trastornos externalizados	55
7.5 El TDAH y su relación con Trastornos internalizados	60
8. METODOLOGÍA	79
8.1 Diseño de la investigación.....	79
8.2 Población universo.....	80
8.3 Muestra.....	80
8.4 Criterios de inclusión y de exclusión	82
8.5 Definición de Variables.....	83
8.6 Instrumentos	84
8.7 Tipo de análisis de la información	85
8.8 Aspectos éticos	87
9. RESULTADOS	90
10. DISCUSIÓN.....	103
11. CONCLUSIONES	114
12. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN DERIVADAS DEL PROCESO INVESTIGATIVO	116
13. REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS	118

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables.....	83
Tabla 2. Variables socio-demográficas	91
Tabla 3. Subtipos de TDAH.....	92
Tabla 4. Rangos de edad y subtipo de TDAH.	93
Tabla 5. Tipos de comorbilidad afectivo-comportamental.....	94
Tabla 6. Trastornos afectivo-comportamentales asociados por rango de edad	95
Tabla 7. Trastornos internalizados por rango de edad y subtipo de TDAH	97
Tabla 8. Trastornos internalizados/ externalizados por rango de edad	100

LISTADO DE GRÁFICOS

Tipos de Fobia Simple Específica	99
--	----

ANEXOS

Anexo A. Protocolo de instrucciones para la firma del Consentimiento Informado	127
Anexo B. Formato utilizado para el Consentimiento Informado.....	131
Anexo C. Formato / Protocolo Neuro-psicopedagógico	132
Anexo D. Resumen resultado entrevista MINIKID para niños y adolescentes	135

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mi padre, quien desde la distancia alienta mi desarrollo personal y profesional. Tú eres el motor que dinamiza cada una de mis metas y sueños.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quisiera agradecer a Dios por permitirme consolidar este sueño, esta meta académica y profesional. A mi padre, madre, abuelos, a mi familia entera, quienes con su respeto apoyaron este camino incondicionalmente.

A Jesús David Jiménez por apoyar paso a paso la realización de este proceso académico, gracias por sus reflexiones y críticas constructivas.

A Victor quien con su gusto y pasión por la estadística, enriqueció cada página de este trabajo.

A Margarita María, compañera de la Maestría, quien con su alegría y amor por los niños, motivó la reflexión continua sobre el Desarrollo Infantil. Extrañaré las charlas interminables, las bromas, las confrontaciones; todo ello permitió el alcance de este peldaño profesional.

A los profesores Juan Bernardo Zuluaga, Vilma Varela, Liliana González, quienes con su conocimiento, guiaron mi interés por la psicología del desarrollo, la clínica infantil y los procesos investigativos.

A todos y cada una de las personas aquí mencionadas, nuevamente mil gracias.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación exploratorio-descriptiva surgió de la necesidad de problematizar el trastorno por déficit de atención / hiperactividad (en adelante TDAH) y las asociaciones comórbidas afectivo-comportamentales presentadas en una muestra poblacional de niños (en adelante este término englobará a niños y niñas) y adolescentes de la ciudad de Manizales-Caldas.

Es importante reconocer que el trastorno por déficit de atención/hiperactividad ha generado en la última década un gran interés, por lo que tanto profesionales del área clínica como investigativa, se han interesado en estudiar esta condición, que altera notablemente la dinámica de actuación del sujeto que la presenta. Grau (2006) refiere que la alta tasa de prevalencia del TDAH, suscita continuos interrogantes sobre cómo este trastorno presenta una frecuente asociación con otras psicopatologías que influyen notablemente en la esfera cognitiva, afectiva y comportamental, además del impacto causado en la dinámica adaptativa y relacional que se teje en los procesos psico-sociales.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2002) en su Manual diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales (DSM IV- TR), TDAH es considerado un trastorno de inicio en la infancia, niñez o adolescencia, en el cual se señalan tres síntomas nucleares: déficit de atención, impulsividad e hiperactividad. Nicolau (2002) por su parte admite, que esta afectación dificulta los procesos de auto-control, ya que se evidencia, incapacidad para mantener la

atención, manejar efectivamente la expresión emocional, inhibir respuestas impulsivas, modular el comportamiento y nivel de actividad, basándose en las condiciones contextuales, proyección de consecuencias, entre otras.

La literatura científica es clara en afirmar que el TDAH es causado por condiciones de orden biológico; sin embargo, y como es propuesto por Asherson, Kunsti & Taylor (citados por Grau, 2006), se hace necesario ampliar dicha concepción e integrar en su comprensión variables de orden psicosocial, tales como: el ambiente familiar, escolar, social, los cuales ejercen un papel modulador que potencializa los procesos de auto-regulación, tan necesarios para que el sujeto que presenta dicha patología logre adaptarse al medio. Si por el contrario, estos contextos no brindan oportunidades ni herramientas para que esto se lleve a cabo, es muy factible que la evolución del trastorno sea negativa, ya que se profundizan los síntomas, se potencia la severidad, y se vulnera la calidad de vida

Cabe señalar entonces que el interés en este fenómeno surge de las múltiples configuraciones que tanto la teoría como los avances investigativos han propuesto frente al TDAH, de la práctica profesional clínico-educativa realizada años atrás con niños y adolescentes del programa Crianza con Cariño (Centro de desarrollo comunitario Versalles- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) que presentaban dicha problemática y generaban a diario inquietudes en relación a la evaluación, diagnóstico, intervención, medicación, entre otros; y de los cuestionamientos realizados por la Maestría en Desarrollo Infantil (Tercera Cohorte) y el grupo de investigación - Psicología clínica y procesos de salud en la línea de investigación: “Actores y escenarios del desarrollo infantil en el contexto clínico”.

En dicha línea de investigación se desarrolla actualmente el Macro-proyecto: “Caracterización Neuro-psicopedagógica de niños y adolescentes con Trastorno por déficit atencional/hiperactividad que asisten a programas de atención a la población infantil en la ciudad de Manizales”, el cual consta de cuatro fases orientadas a ampliar la dinámica contextual sobre este trastorno, e intenta definir :

- Fase 1: Perfil Académico-Cognitivo.
- Fase 2: Perfil Neuro-cognitivo.
- Fase 3: Perfil Afectivo-Comportamental.
- Fase 4: Sistematización de perfiles.

A partir de lo anteriormente descrito, se identifica entonces, que los hallazgos obtenidos en este proceso investigativo aportaron a la construcción de la tercera fase del Macro-proyecto (Perfil Afectivo- comportamental), ya que, se encontraron resultados que aclaran como se dinamiza la asociación comórbida afectivo-comportamental de 141 niños y adolescentes que presentan TDAH, a partir del análisis de variables tales como el rango de edad, sexo, subtipo, trastorno comórbido.

Los hallazgos de este estudio se destaca en forma general que el rango de edad con mayor presencia de comorbilidad es el de 8-11 años, el sexo con mayor prevalencia de TDAH y comorbilidad es el masculino y el subtipo de TDAH con mayor carga comórbida es el combinado. Por otra parte, la presencia de comorbilidad afectivo-comportamental fue del 32%, en el cual los trastornos internalizados se destacan con un porcentaje del 22%, seguido de los

trastornos externalizados con un 5,7% y un 4,3% de comorbilidades combinadas, donde hay presencia de dos más psicopatologías asociadas.

1. JUSTIFICACIÓN

La salud mental de la población infantil y adolescente se ha convertido actualmente en una preocupación de carácter mundial, que permea continuamente la creación y desarrollo de programas de promoción, prevención e intervención clínica, educativa y social. En este punto cabe destacar que la salud y la enfermedad mental son “fenómenos de gran complejidad, en los cuales intervienen aspectos de carácter ecológico y bio-psicosocial” (Arango & Moreno, 2008, p.539).

Estos autores mencionan que las cifras de estudios nacionales sobre salud mental, evidencian que el 40,1% de la población colombiana durante su ciclo de vida, sufre o ha sufrido de algún trastorno psiquiátrico, destacándose que la mayor prevalencia se relaciona con trastornos internalizados, externalizados, trastornos de la conducta alimentaria, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros. Cabe resaltar además, que la población infanto-juvenil comprendida entre los 8- 23 años de edad presenta mayor riesgo de padecer enfermedad mental, siendo la adolescencia temprana, la etapa más vulnerable para que se desencadenen estas condiciones psicopatológicas. Esta situación “empeora en gran medida el pronóstico, la productividad académica y vida económica de la población” (p.541).

Si a este panorama anteriormente descrito, se le suman condiciones económicas, educativas y socio-culturales precarias propias del contexto colombiano, las probabilidades de presentar enfermedad mental aumentan, lo que vulnerabiliza el proceso de desarrollo, puesto que los

niveles de afectación aumentan, trayendo consigo consecuencias psico-sociales más severas y crónicas.

En este sentido es importante mencionar que el Trastorno por déficit con atención/hiperactividad como problema de salud pública, ha suscitado en la última década un gran interés, tanto para los profesionales del área clínica como investigativa, quienes se han interesado en estudiar esta condición, que altera notablemente la dinámica de actuación del sujeto que la presenta; ya que el TDAH es reconocido como un trastorno de orden neurobiológico que se desarrolla en la etapa infantil, y se “caracteriza por un nivel de atención, impulsividad e hiperactividad no adecuado a la edad de desarrollo”. (Alda & Fernández, 2010, p.47). En este sentido la alta frecuencia e intensidad con que se manifiestan estas características anteriormente mencionadas, serán el detonante y el signo de alarma, para que tanto padres, educadores, terapeutas, entre otros; reconozcan que estas manifestaciones no son habituales ni esperables en el rango de edad, ni en el nivel de desarrollo en el que se encuentra el sujeto que las presenta.

Este reconocimiento cobra aún mayor validez, cuando las cifras de prevalencia del TDAH refieren continuos interrogantes sobre cómo este trastorno presenta una frecuente asociación con otras psicopatologías que influyen notablemente en la esfera cognitiva, afectiva y comportamental del sujeto, además del impacto en la dinámica adaptativa y relacional que se teje en los procesos psico-sociales (familia, escuela y comunidad), dado que dado que se deteriora notablemente la calidad de vida del niño o adolescente y de las redes de apoyo que acompañan su proceso de desarrollo y formación.

Álvarez, Soutullo, Díez y Figueroa (2013) señalan que al ser uno de los trastornos psiquiátricos más prevalente, es uno de los motivos de consulta más frecuente en los diferentes espacios de atención a población infanto-adolescente. Esta situación impone un reto a los profesionales del área de la psicológica, psiquiátrica, educativa, entre otros, frente a la necesidad de detectar de forma temprana esta condición psiquiátrica, y las posibles asociaciones comórbidas que empeoran el cuadro diagnóstico, y que requieren de modalidades diferenciales de intervención farmacológica, psicosocial, educativa y terapéutica a las sugeridas para un sujeto que presenta TDAH puro. Estos autores reconocen que la comorbilidad tiende a ser mayor en pacientes con TDAH combinado con síntomas agresivos importantes, al igual que pacientes que han iniciado el tratamiento tardíamente, presentan escaso nivel cultural y educativo, bajo coeficiente intelectual y existe, antecedentes familiares de este trastorno o de psicopatologías relacionadas con la bipolaridad, depresión o trastornos de conducta.

Se admite entonces, que es necesario intervenir esta problemática desde la infancia, brindando herramientas a los sujetos y sus agentes socializadores para que puedan equilibrar y atenuar las consecuencias bio-psicosociales a corto, mediano y largo plazo.; esto permite “elevantar la conciencia frente a la importancia de la salud mental de los niños”. (Arango et al., 2008, p.541).

El desarrollo de estas condiciones anteriormente mencionadas, hace parte inherente del empoderamiento y responsabilidad con que se asumen los retos que impone la vida cotidiana, las pautas de crianza, la coherencia comunicativa entre la diada niño-adulto; por lo cual, el enfoque de la salud mental es un ejercicio diario de interacción y socialización que reclama la ubicación

de estrategias potencializadoras en dos escenarios: en el niño como sujeto bio-psicosocial y en las redes contextuales que hacen parte de su entorno vincular. Ante esto Arango et al.(2008) reconocen que “no hay salud física sin salud mental, ni puede esperarse salud mental en el adulto sino ha existido en la infancia” (p.547).

Lo anteriormente descrito configura el contexto donde surgió el siguiente proceso investigativo que se orientó a describir la diada TDAH y las asociaciones comórbidas afectivo-comportamentales encontradas en una muestra de 141 niños y adolescentes de la ciudad Manizales, Caldas. Una de las razones para realizar esta investigación surge de la necesidad de aportar al fortalecimiento de una directriz conceptual y contextual, en cuanto a la definición de los comorbilidades afectivas y comportamentales implicadas en el trastorno. Se requieren estudios específicos que al estar situados localmente, permitan una lectura clara del fenómeno y de sus dinámicas propias, sin desconocer que las mismas, pueden relacionarse, compararse y extrapolarse a otros hallazgos encontrados en contextos regionales, nacionales e internacionales.

En este sentido, esta investigación representó un aporte al conocimiento del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y su relación con otras categorías clínico-psicopatológicas, lo cual aporta evidencias en torno a la construcción del perfil Afectivo-comportamental, que se ajusta a la tercera etapa del macro-proyecto de la Línea de investigación: “Actores y Escenarios del Desarrollo Infantil, en el contexto clínico”, perteneciente a la Maestría en desarrollo infantil, tercera cohorte.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al hablar de Trastorno por déficit de atención/hiperactividad se reconoce el impacto que éste tiene sobre la población infantil y adolescente. La literatura científica refiere que este trastorno presenta una prevalencia mundial cercana al 5% en la población infanto-adolescente; dichos datos son reportados diariamente por consultas médicas, psicológicas, psiquiátricas, procesos investigativos, entre otros. (Alvarez et al., 2013).

Estos mismos autores citando a Polanzyk (2007) reconocen que este trastorno tiene “una distribución variable por edad y sexo, afectando más a niños en edad escolar (6,6%), que a adolescentes (3%), y a niños y adolescentes varones (10%), que a niñas y chicas adolescentes (4%)” (p. 84). Es así como el TDAH se ha convertido probablemente en “la alteración neuro-comportamental de inicio y durante la infancia más estudiada en Colombia y en el mundo” (Montoya, Varela & Dussán, 2011, p.32); convirtiéndose en la queja más recurrente entre padres y educadores, ya que afecta negativamente la dinámica cotidiana del niño o adolescente y su interacción con los microsistemas (familia, escuela, grupo de pares, instituciones) donde se desenvuelve. Montoya et al. (2011) señalan que en la última década se ha asumido como un problema de salud pública en términos de disfuncionalidad de las funciones ejecutivas, que se manifiesta inicialmente en la infancia, se extiende a la adolescencia y acarrea consecuencias que se proyectan hasta la vida adulta.

Continuando con esta discusión, González (2006) identifica que el interés desde lo sobre el TDAH, radica en su alta prevalencia, carácter crónico y las consecuencias que a corto, mediano y largo plazo trae consigo. Dicho autor pone de relieve, que esta condición psicopatológica tanto en la infancia como en la adolescencia, genera fracaso y deserción escolar, interacciones negativas con el grupo de coetáneos, baja autoestima, tolerancia a la frustración; al igual que dificultades con el aprendizaje de habilidades y herramientas psicosociales. Todas estas características predisponen a los sujetos a presentar conductas adictivas, delictivas, que son en sí mismas válidos antecedentes de la posible incubación de problemáticas relacionadas con el ajuste socio-personal en la vida adulta. Por tanto el carácter crónico del TDAH menoscaba la capacidad adaptiva del individuo ante las condiciones del medio circundante. Este argumento se apoya en lo que autores como Faraone & Antshel (2008) científicamente reconocen al afirmar que el TDAH no empieza en edades adultas. “Todos los diagnósticos válidos de TDAH en adultos, tienen una historia evolutiva clara de síntomas que ya habían se manifestado en la infancia.” (p.131). Estos autores basan su afirmación, en la teoría de Barkley sobre el funcionamiento ejecutivo, donde se logra observar que las áreas afectivo-comportamentales, mayormente afectadas se relacionan con la toma de decisiones, el control de impulsos, capacidad de autocontrol y reacción contextual ajustada a las situaciones de la vida cotidiana. Aunado a ello, enfatizan en la dificultad que estos sujetos tienen para planificar y apropiarse de las instrucciones requeridas para llevar a feliz término, cualquier actividad de tipo laboral o académico; también señalan que se exponen más fácilmente a conductas de riesgo, lo que lugar a niveles altos de accidentabilidad o vulneración a terceros.

Dejando de lado la discusión sobre el TDAH y sus consecuencias en la vida adulta, se encuentra que al realizar un énfasis en población infanto-juvenil; Cornejo et al. (2005) define que la prevalencia de este trastorno en la población mundial oscila entre 1,7% y el 20%. Dicha variación depende de los diversos métodos de evaluación empleados y criterios metodológicos utilizados; al igual que de las variables contextuales y socio-demográficas implicadas. Sin embargo, se considera que la prevalencia estimativa más adecuada para el TDAH está entre el 5-10% . (López -Villalobos, Serrano & Delgado, 2004).

En Colombia, se encuentra que investigadores como Vélez, Talero, González e Ibañez (2008) en un estudio descriptivo, de corte transversal encontraron que la tasa de prevalencia del TDAH en la ciudad de Bogotá en niños entre los 5-12 años, fue del 5,7%. En muestra de 1.010 niños una frecuencia de aparición del trastorno en 584 sujetos (57,8%), quienes cumplieron con los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-IV.

En este estudio el subtipo más prevalente fue el inatento con un 25%, en un segundo lugar el combinado con un 24% y en último lugar el hiperactivo-impulsivo con un 0,8% de aparición. Al relacionar lo anteriormente descrito con la variable género, se encuentra que el subtipo inatento presenta mayor prevalencia en el género femenino. En cambio existe una “relación significativa ($p= 0,00$) con el género masculino en el grupo general y los subtipos hiperactivo y combinado” ($p.06$). Por otro lado el estudio es contundente en afirmar que “la distribución del trastorno por edad, mostró una mayor frecuencia entre los 7-12 años para los tres subtipos, como en los otros estudios socializados en el país” (p.11).

A diferencia de este estudio, el grupo de investigación de FUNDEMA orientado por Pineda, Lopera, Henao, Palacio & Castellanos (2001) realizó un estudio de prevalencia similar con población escolar de la ciudad de Manizales, entre los 4-17 años y de diferentes estratos socio-económicos. Posterior a todo el proceso de unificación de criterios para la determinación de la muestra y la participación voluntaria de los sujetos, se logró contar con una muestra de 341 niños y adolescentes.

En el proceso de análisis de resultados se encontró que la prevalencia del TDAH fue de un 17,1% en niños y adolescentes. Allí se determinó que el subtipo con mayor prevalencia es el combinado (57 sujetos), destacándose que el sexo masculino asociado a un estrato socio-económico bajo, es más proclive a presentar dicha condición psicopatológica; dinámica diferencial a la encontrada en el sexo femenino, donde el subtipo más frecuente es el inatento. Por otro lado, se encuentra que el subtipo hiperactivo-impulsivo es poco frecuente y que entre los 6 y 17 años, sólo se presenta en una tasa porcentual del 2%.

En este punto es pertinente mencionar que Faraone et al. (2008) asumen que “la diferenciación entre TDAH y otros trastornos clínicos, constituye a menudo, la parte más complicada, dada la elevada comorbilidad entre el TDAH y otros trastornos psiquiátricos” (p.132). Por otra parte Álvarez et al. (2013) reconocen que entre el 40 y el 80 % de los casos reportados presentan esta condición. Esta amplia variación porcentual observada es el resultado de las diversas metodologías investigativas utilizadas, al igual que las condiciones divergentes de las muestras estudiadas. A pesar de estas consideraciones, la mayoría de los estudios coinciden en afirmar que los niños y adolescentes con subtipo de TDAH combinado, que iniciaron tardíamente

su intervención clínica, presentan mayor probabilidad de desarrollar comorbilidad afectivo-comportamental.

En consonancia con lo anteriormente mencionado, se encuentra que en los contextos familiares de estos sujetos existe una ausencia parcial o total de pautas de crianza, violencia intrafamiliar, consumo y abuso de sustancias psicoactivas, deterioros significativos en la salud mental de sus integrantes; al igual que desconocimiento frente a la forma como se debe abordar el proceso de acompañamiento familiar, ante la existencia de un TDAH y posibles comorbilidades afectivo-comportamentales. A este panorama se le suma situaciones escolares vulnerabilizadoras, tales como: maltrato escolar, matoneo, falta de claridad sobre los criterios necesarios para intervenir desde lo psicopedagógico esta condición psicopatológica, lo que genera entonces, que estos niños y adolescentes sean rechazados o rotulados el cansón, desatento, o incluso utilizan el término hiperactivo sin tener total claridad de sus características clínicas.

Las siguientes expresiones escuchadas tanto en el contexto educativo y familiar, tales como: *“el niño sigue igual, esas pastas no le están sirviendo para nada”, “yo lo llevo a que juegue con el psicólogo, pero él sigue igual de desobediente”, “desde que lo llevé al psiquiatra está más grosero que nunca y para completar va perder el año”, “ya no está tan cansón en el colegio, pero está teniendo pesadillas y se está orinando en la cama otra vez”*; son evidencias cotidianas, de que es importante redefinir el proceso de diagnóstico e intervención del TDAH a la luz de las asociaciones comórbidas, con el fin de permitir procesos atencionales más integrales orientados

a generar calidad de vida y ante todo credibilidad en el escenario y los actores vinculados a la salud mental:

Desde una mirada ecológica del desarrollo infantil se identifica que así como estos escenarios se ven afectados por la psicopatología presentada por uno de sus miembros; en muchas ocasiones, dichos contextos también mantienen y potencian el trastorno, generando a su vez tierra fértil para la aparición de asociaciones comórbidas que empeoran la situación. Por lo anterior, esta investigación se realizó con la intención de aportar claridades frente a la estructuración de un perfil afectivo-comportamental en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH, que a menudo es pasado por alto desde el mismo inicio de la evaluación diagnóstica, lo cual crea continuos interrogantes frente a la asertividad y contingencia del tratamiento escogido y en muchas ocasiones, deviene en situaciones de desmotivación y deserción de los proceso psicoterapéuticos iniciados.

3. ANTECEDENTES

A continuación se presentan los antecedentes investigativos realizados en España, México, Colombia y Caldas durante los últimos diez años:

En primer lugar, Rodríguez, López- Villalobos, Garrido, Sacristán, Martínez & Ruiz (2009), realizaron un estudio psicométrico-clínico para determinar la tasa de prevalencia y de comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y su distribución entre los subtipos del trastorno, en las comunidades de Castilla y León (España). En esta investigación también fue objeto de análisis, la categoría rendimiento escolar y las diferencias encontradas en niños con TDA-H/ casos y con ausencia del problema/ controles, que estuviesen escolarizados y ubicados entre los 6 a 16 años. Estos autores retomando a Barkley (2006) determinan que el TDAH presenta altas tasas de comorbilidad en relación a trastornos relacionados con las siguientes dimensiones: comportamiento, estado de ánimo y aprendizaje; siendo más frecuentes las alteraciones de índole comportamental en el fenotipo hiperactivo- impulsivo y las alteraciones relacionadas con ansiedad y depresión en el fenotipo inatento.

La población del estudio fue de 212.567 alumnos de educación primaria y secundaria de escuelas públicas y privadas. Utilizaron un diseño de carácter polietápico estratificado y proporcional por conglomerados, a través del cual definieron una muestra de 1.095 casos de educación primaria y 434 casos de educación secundaria. La media etárea fue de los 10,73 años; clasificando a su vez, la muestra en género masculino con un 51,87% y un 48,12% para el femenino.

Los criterios de inclusión utilizados fueron: “todos los alumnos de los centros y aulas seleccionadas al azar que aceptaron su participación en el estudio de educación primaria y secundaria” (p.255). Aunado a ello, los instrumentos utilizados fueron un cuestionario que requería ser diligenciado por padres y profesores denominado attention-deficit/ hiperactivity disorder rating scales, el cual se estructura a partir de la clasificación propuesta por el DSM-IV (1994). Posteriormente se realizó un filtro con los estudiantes que presentaron en la primera fase del estudio, puntuaciones por encima del percentil 90, que refleja en la prueba mencionada, un diagnóstico de TDAH. A partir de allí, los padres de los estudiantes que cumplieron con este indicador, contestaron el cuestionario científicamente validado y estandarizado (Child Symptom Inventory - CSI) de Gadow y Sprafkin, donde se analiza la comorbilidad asociada al TDAH a modo de frecuencia.

Las asociaciones comórbidas retomadas por el estudio de Rodríguez et al. (2009) fueron las siguientes:

“Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: como categoría única; trastorno del comportamiento: negativismo desafiante y trastorno disocial; trastornos por ansiedad: ansiedad generalizada, fobia específica, fobia social, trastorno por ansiedad de separación, trastorno obsesivo-compulsivo, y trastornos por estrés pos-traumático; trastornos del estado de ánimo (unipolar): que incluye las categorías de trastorno distímico y trastorno depresivo mayor; trastornos por tics (tics motores y/o vocales) y enuresis como categoría única”(p.256).

Para el análisis de los datos se utilizaron paquetes estadísticos descriptivos y exploratorios; con un nivel de significancia del 0.05%. En los hallazgos encontrados se señala que la frecuencia de prevalencia de TDAH total para Castilla y León (España), “corresponde a un criterio psicométrico y clínico de 6,66%”(p.259). La distribución por subtipo fue de 65,75% para TDAH/combinado, el cual fue identificado como subtipo con mayor predominancia; un 19,17% para TDAH/ hiperactivo- impulsivo y 15,06% para TDA/ inatento. Asimismo se destaca que al relacionar los subtipos y la variable sexo, se encuentra que la mayor prevalencia se genera en el sexo masculino con un 8,97%, y que al comparar los subtipos con el tipo de institución (privada – pública) y bloque académico (primaria- secundaria), el subtipo predominante sigue siendo el combinado con 4,38% y con una frecuencia mayor en el género masculino.

En otro momento del análisis se identifica que la frecuencia de comorbilidad total, fue de un 71%, donde las agrupaciones comórbidas más habituales fueron: “los trastornos de ansiedad (46%), trastornos del comportamiento (31%), trastornos del estado del ánimo (9%), trastornos por Tics (10%) y enuresis (12%)” (p.261). Se concluye además que el “fenotipo combinado/hiperactivo-impulsivo es más frecuente que el fenotipo inatento en trastornos del comportamiento, ansiedad, enuresis, y tics; sucediendo a la inversa en los trastornos del estado del ánimo” (p.261); dicha conclusión sugiere la existencia de una correspondencia importante entre el TDAH y la comorbilidad con trastornos internalizados y externalizados que afectan notablemente el rendimiento, comportamiento escolar y ajuste psicosocial. Es así como las mayores dificultades se relacionan con el desarrollo socio-emocional (calidad de los procesos interaccionales con grupo de pares y figuras de autoridad, acatamiento de la norma y de las pautas de comportamiento, conductas de planificación y autocontrol de las actividades escolares, tanto individuales como colectivas).

En cuanto al ámbito educativo se encuentran relaciones significativas entre la presencia de TDAH y el rendimiento académico insuficiente, donde la comprensión lecto-escrita y lógico-matemática son las áreas mayormente afectadas.

Como segundo antecedente, se expone el estudio realizado por Flores (2009) sobre “las características de comorbilidad encontradas en los diferentes subtipos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la ciudad de Puebla, México”. Conviene enfatizar que esta investigación planteó la necesidad de analizar las características de comorbilidad de 61 casos de niños con TDA-H divididos de forma proporcional en los tres subtipos: Inatentos, hiperactivo e impulsivos. El investigador en mención, cita en su artículo la postura de estudios realizados por Klassen, Miller, Fine, quienes “han encontrado que la calidad de vida de los pacientes adolescentes y adultos con diagnóstico infantil con TDAH no sólo se encuentra negativamente relacionada con la severidad de los síntomas de inatención, sino también con los de la comorbilidad asociada” (p.592). Lo anterior implica que en estudios de carácter longitudinal existe una correlación importante entre el TDA-H como diagnóstico infantil y formas residuales en la adolescencia y la adultez de trastornos de conducta, tales como el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), depresión, ansiedad, inestabilidad emocional y fluctuaciones en el control de la conducta.

En su estudio, Flores concluye que “el tipo de comorbilidad puede ser tanto o más importante que la presencia del TDAH para complicar la conducta clínica de los sujetos con este trastorno” (p.593). Su hipótesis de trabajo se construye, a partir de los modelos propuestos por Barkley (1997) & Diamond (2005), quienes plantean que existen evidencias en torno al tipo de comorbilidad presentada y el subtipo de TDAH diagnosticado. Estos autores concluyen entonces,

que los sujetos con TDAH combinado, presentan trastornos de conducta en los que la agresividad es el módulo central, la cual se refleja a través de conductas desafiantes, mayor labilidad emocional, que dificulta el aprendizaje de habilidades sociales necesarias para inhibir respuestas impulsivas y organizar la conducta ante situaciones de la vida cotidiana.

En este sentido la atención es uno de los procesos comprometidos, pero no el único; ya que el rechazo a la regulación de la conducta, el no acatamiento de reglas, la falta de estimación de las consecuencias de sus actos, búsqueda inmediata de gratificación y bajos umbrales de motivación para realizar tareas estructuradas, influyen para que el sujeto presente múltiples dificultades en su desarrollo socio-emocional a la hora de interactuar con el entorno (Grupo de pares, figuras de autoridad, normatividad institucional, entre otros). Este antecedente investigativo plantea que si bien, la falla atencional ha sido el aspecto más importante en la conceptualización del TDA-H; Barkley y Diamond (citados por Flores, 2009) afirman que “no es un factor general válido para explicar la impulsividad, la hiperactividad, la poca tolerancia a la frustración, la labilidad emocional y todas las demás características” (p.593).

Esto explica porque la hiperactividad e impulsividad son consecuencia de notables defectos funcionales relacionados con la regulación conductual, que son más evidentes en trastornos de la conducta y dificultades al momento de canalizar oportunamente la agresividad (Factor frontomedial-subcortical). Por otra parte, en el subtipo inatento no se evidencian las características descritas anteriormente; dichos autores indican que en este subtipo se observa una disminución en la velocidad y capacidad de procesamiento acompañada de una marcada afectación de la memoria de trabajo (factor fronto-parietal). Esta afirmación pone de relieve la diferencia existente entre los mecanismos cerebrales comprometidos en cada uno de los subtipos,

al igual que el reconocimiento de las posibles asociaciones comórbidas que se pueden desarrollar, al igual que el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico a seguir.

El diseño metodológico utilizado por Flores (2009) integra los siguientes aspectos: la muestra fue conformada por 61 participantes (todos del sexo masculino, con edades comprendidas entre los 6-10 años). Los criterios de inclusión propuestos para este estudio fueron: a) la asistencia por primera vez a consulta privada de neurología pediátrica; b) No estar medicados previamente para este trastorno; c) No haber recibido tratamiento psicológico; d) Asistir a escuela privada; e) Asistir a evaluación neuropsicológica privada; f) Presentar diagnóstico de TDA-H; g) Coeficiente intelectual (CI) medio – determinado por la escala WISC-R. Asimismo los criterios de exclusión propuestos fueron: a) Presentar otras patologías del neuro-desarrollo como: “epilepsia o déficit cognitivo”.

A los 61 participantes se les aplicó una entrevista clínica realizada por el área de neuro-pediatría y neuropsicología, además de una entrevista psicológica basada en la categorización diagnóstica propuesta por el DSM-IV TR, y los criterios clínico-psicológicos identificados por Esquivel y Heredia (2002). Toda esta estructura permitió obtener información en torno a la comorbilidad presentada por la muestra escogida y las características neuropsicológicas encontradas.

La muestra escogida para esta investigación, presentó la siguiente condición:

“La muestra se dividió en tres grupos, 20 sujetos en el grupo 1: trastorno por déficit de atención (TDA); 20 sujetos en el grupo 2: trastorno por déficit de

atención con hiperactividad (sin impulsividad) (TDA-H) y 21 sujetos en el grupo 3: trastorno por déficit de atención con impulsividad (con o sin hiperactividad) (TDA-I-H)” (p.594).

En otro momento de la investigación, Flores basado en el modelo propuesto por Diamond (2005) caracteriza la comorbilidad en dos grandes categorías: comorbilidad cognitiva que incluyen los trastornos que afectan áreas como el aprendizaje, lectoescritura, matemáticas, visoespacialidad, memoria, lenguaje y la comorbilidad conductual-psicológica donde se incluyen trastornos relacionados con la conducta, el estado del ánimo, la ansiedad y características particulares como: baja tolerancia a la frustración, conductas de infantilización, dificultades de socialización, inseguridad y timidez.

El análisis de la información se realizó por medio de la prueba de probabilidad de Fischer, donde se determina la frecuencia en relación al número de sujetos que hacen parte de la muestra, con un nivel de significancia (α) de 0.05. Los resultados encontrados en este antecedente investigativo identifican que: La mayor frecuencia de comorbilidad cognitiva se evidencia en el grupo 1 (TDA/ subtipo inatento) y a su vez la comorbilidad conductual-psicológica se acentúa en el grupo 3 (TDA-subtipo combinado); por lo cual los resultados muestran la existencia de dos grupos extremos que acentúan su relación con la comorbilidad de forma definida.

Se evidencia así mismo, que los sujetos del grupo 3 tienden a presentar dificultades apremiantes en áreas relacionadas con el auto-control conductual y emocional; por tanto externalizan con mayor facilidad conductas disruptivas. Análogamente los sujetos del grupo 1

presentan dificultades de socialización no de carácter disruptivo, sino dificultades asociadas al retraimiento social, bajo concepto de sí mismo y timidez.

El autor observa que es interesante establecer que el grupo anteriormente descrito, posee un perfil comórbido definido para la dimensión cognitiva, dado que estos sujetos presentan una mayor frecuencia de dificultades en todo lo concerniente con áreas donde se involucran procesos como el desarrollo viso-espacial, la disfasia y los trastornos del aprendizaje, a diferencia de lo hallado en los grupos 2 y 3.

Por su parte el grupo 2 (TDA-subtipo hiperactivo/impulsivo) se considera en este estudio como un grupo intermedio donde el perfil comórbido no está bien definido; sin embargo la asociación comórbida encontrada, se caracteriza por actitudes o comportamientos regresivos, algunas dificultades viso-espaciales, trastornos de lectoescritura, baja tolerancia a la frustración y ansiedad.

El tercer antecedente investigativo es un estudio realizado en el contexto colombiano, por Holguín, Osío, Sánchez, Carrizosa & Cornejo (2007), quienes a partir de una estructura metodológica descriptiva de corte transversal, se orientaron a determinar la comorbilidad asociada al TDA-H en población escolar en el municipio de Sabaneta, durante el año 2001. Este estudio tuvo un enfoque neuro-epidemiológico, el cual se orientó a determinar la distribución por subtipo de TDAH, relaciones comórbidas, además de una caracterización socio-demográfica de la muestra definida. A partir de la aplicación de formularios de tamización según criterios del DSM-IV, entrevista semi-estructurada (que incluía criterios diagnósticos propuestos por el DSM-IV para los diferentes tipos de comorbilidades), prueba de CONNERS y de nivel de inteligencia.

La muestra representativa al azar fue de 460 estudiantes, los cuales presentaban las características propias de la dinámica diagnóstica del TDAH y cumplían con los criterios establecidos para la selección de la muestra. Los investigadores colombianos anteriormente mencionados enfatizan que el TDAH es el problema de comportamiento más común durante la infancia, constituyéndose en la enfermedad crónica más frecuente del período escolar y que representa a su vez, un problema complejo por su inicio temprano y las repercusiones generadas en la vida cotidiana del niño y su familia. Reconocen también, que el proceso investigativo y de diagnóstico de esta psicopatología es un proceso complejo, puesto que: “su asociación frecuente con otras entidades agrava su evolución, ensombrece su pronóstico y dificulta su tratamiento” (p.103).

En la etapa de análisis de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS 8.0, y de forma descriptiva se definieron los elementos utilizando “medidas de tendencia central, medidas de dispersión y desviación estándar” (p.107). En el aparte donde se describen los resultados del estudio expuesto, se encontró que la prevalencia de TDAH en la comunidad estudiantil del municipio de Sabaneta, fluctúa entre un 15% y 20,4%; frecuencia significativa y equiparable a la encontrada en estudios nacionales e internacionales. Es importante mencionar que al igual que los anteriores antecedentes investigativos expuestos, el subtipo de TDAH más frecuente en Sabaneta, fue el Combinado con una frecuencia de aparición del 9.6%.

Por otro lado cabe mencionar, que esta investigación no realizó un análisis de la comorbilidad, clasificándola por subtipos de TDAH; por lo cual, los hallazgos encontrados se generalizan a toda la categoría psicopatológica. Aclarada esta situación, se identifica que la

dinámica de asociación comórbida encontrada, tiene la siguiente dinámica: “las dificultades de aprendizaje (15,1%), seguidas del trastorno oposicionista desafiante (5%), ansiedad generalizada y trastorno de conducta (2,7%), fobias (2,3%), depresión (1,8%), Trastorno bipolar (1,8%) Trastorno obsesivo (0.9%) y epilepsia (0.9%)” (p.102).

Dentro de la discusión propuesta, se encuentra que la comorbilidad encontrada en Sabaneta, varía significativamente de estudios internacionales realizados por Wolraich y Cols. 1996 – Linskey, 2001 (citados por Holguín et al, 2007), quienes señalan que a pesar que la comorbilidad es variable, la literatura científica de forma continua ha definido los trastornos de conducta y el trastorno oposicionista desafiante como las mayores asociaciones comórbidas con valores porcentuales que sobrepasan 12,4%., por su parte el valor porcentual encontrado en el estudio de Sabaneta, es menor (2,7% y 5%) frente a la coexistencia de estos trastornos comórbidos.

Al realizar un rastreo en el departamento de Caldas, sobre antecedentes relacionados con el proceso de investigación aquí planteado, se halló el informe final de prevalencia realizado por la Dirección Territorial del departamento de Caldas y la Universidad de Caldas (DTSC. 2010), acerca de los trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Dicho informe asume que la salud mental es una condición elemental y necesaria para potenciar la capacidad adaptativa de los individuos y se encuentra íntimamente relacionada con el bienestar y la calidad de vida de las personas.

Este estudio fue de corte descriptivo-correlacional, transversal, con una muestra de 617 niños y adolescentes entre los 7 y 18 años y 1269 adultos (del área urbana y rural, no institucionalizados), seleccionados por medio de un muestreo aleatorio multietápico. Los

instrumentos utilizados fueron la entrevista neuro-psiquiátrica internacional (MINI), cuestionarios de orden socio-demográfico y el cuestionario del APGAR familiar.

Al detallar los resultados hallados en este informe epidemiológico, se encuentra que en los sujetos entre los 7 y 18 años de edad existe una alta prevalencia de TDAH, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y riesgo de suicidio. Así mismo, los trastornos del comportamiento presentan una prevalencia del 8,7%, de los cuales el TDAH es el más frecuente, con un 7,1% de presencia en la muestra retomada por el estudio. Para este porcentaje de la población, la distribución por subtipos corrobora la tendencia descrita en otras investigaciones, donde el subtipo combinado prevalece con un 4.4%; en un segundo lugar, se presenta el subtipo inatento con un 1,9%, y el subtipo hiperactivo- impulsivo con un 0,8%. Se identifica además, que los niños y adolescentes que presentan dicho trastorno, presentan una relación significativa con el desarrollo de trastornos tales como: Negativista desafiante con un 2,8%, y el trastorno disocial con un 1.9%.

Como información estadística relevante, este informe expone que la prevalencia del TDAH a nivel mundial se encuentra entre el 1 y el 20%, pronunciándose con mayor fuerza en países como: Estados Unidos y Puerto Rico. Por su parte en Colombia se han encontrado frecuencias cercanas al 15%, donde el género masculino es más prevalente y subtipo combinado presenta mayor predominio, seguido del inatento y del hiperactivo-impulsivo.

Con el recorrido de antecedentes investigativos realizado hasta el momento, se observa la importancia de realizar estudios acerca de la dinámica comórbida afectivo-comportamental del TDAH en niños, niñas y adolescentes de la ciudad de Manizales-Caldas.

4. OBJETO DE ESTUDIO

Comorbilidades afectivo-comportamentales asociadas a los diferentes subtipos del trastorno por déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) en niños, niñas y adolescentes, que asisten a programas de atención a población infantil de la ciudad de Manizales-Caldas.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las comorbilidades afectivo-comportamentales asociadas a los diferentes subtipos del trastorno por déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) en niños, niñas y adolescentes que asisten a programas de atención a población infantil de la ciudad de Manizales-Caldas?

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo General

Describir la comorbilidad afectivo-comportamental asociada a los diferentes subtipos del trastorno por déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH), en niños, niñas y adolescentes que asisten a programas de atención a población infantil de la ciudad de Manizales-Caldas.

6.2 Objetivos Específicos

Identificar las comorbilidades afectivo-comportamentales asociadas a los casos de TDAH y su distribución de frecuencias en los subtipos combinado, inatento e hiperactivo-impulsivo.

Comparar la presencia de comorbilidad afectivo-comportamental entre los diferentes rangos de edad (5 – 7 años/8-11 años/ 12-15 años), de acuerdo al subtipo de TDAH.

7. MARCO TEÓRICO

7.1. Criterios diagnósticos del Trastorno por déficit de atención/hiperactividad

Navarro (2009), indica que la designación del trastorno cambia en relación al sistema nosológico que se utilice para observar sus manifestaciones cognitivo-conductuales. Actualmente tanto el DSM-IV en su versión revisada (DSM-IV-TR) como el CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) evidencian convergencia, en cuanto a la designación de los criterios diagnósticos del TDAH; por tanto su utilización depende de cómo los criterios allí expuestos, se ajustan en mayor o menor proporción a las características poblacionales y socio-demográficas de los sujetos que presentan esta condición.

Un ejemplo de ello, es la utilización del CIE-10 en Europa, dado que los investigadores identifican que este manual diagnóstico se adecua más a lo observado en ese contexto. De acuerdo a los criterios del DSM-IV TR (2002), el TDAH hace parte de la categoría de los trastornos que tienen su desarrollo en el inicio de la infancia, niñez o adolescencia y a su vez, se vincula con la sub-categoría de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.

Según este manual diagnóstico, el TDAH se presenta cuando seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa en relación a la etapa de desarrollo.

Según el DSM-IV TR, 2002 (citado por Navarro, 2009) define la siguiente lista de síntomas que permiten definir actualmente la presencia de TDAH y el subtipo que se presenta en el sujeto evaluado:

“Los síntomas indican una elevada falta de atención (o desatención), connotada por los siguientes criterios: a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades; b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas; c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente; d) A menudo no sigue instrucciones y no finalizan tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento Negativista o incapacidad para comprender las instrucciones); e). A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades; f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos);g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (como juguetes, trabajos escolares, lápices, libros o herramientas); h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes; i) A menudo es descuidado en las actividades diarias”. (Navarro, 2009, p.)

En un segundo bloque sintomático el niño debe presentar seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad/impulsividad, los cuales han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa en relación con el nivel de desarrollo:

“La Hiperactividad implica: a) A menudo mueve en exceso las manos o los pies o se remueve en el asiento. b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones

en las que es inapropiado hacerlo; c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo (en los adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud); d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio; e) A menudo ‘está en marcha’ o actúa como si ‘tuviera un motor’; f) A menudo habla en exceso” (Navarro, 2009, p. 49).

Asimismo la Impulsividad está representada por:

“a) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas; b) A menudo tiene dificultades para guardar turno; c) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos)” (p. 50).

Otros criterios implicados son:

“ a) Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad; b) Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa); c) Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral; d) Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental” (p.51). Así como el trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o algún un trastorno de la personalidad.

Cabe señalar que el TDAH (Trastorno por déficit de atención/hiperactividad), es considerado uno de los trastornos de mayor relevancia a la hora de apreciar la psicopatología

infantil. Por tanto, su observación clínica implica identificar la afectación manifestada en las diferentes dinámicas relacionales del niño en su contexto. En este sentido Zuluaga (s.f.) asume que el TDA-H, excluyendo las discapacidades mentales es probablemente el trastorno psicopatológico de mayor impacto en el desarrollo y en la vida del niño, trayendo consigo consecuencias funcionales en el entorno familiar, educativo y social-comunitario.

Este síndrome neuro-conductual, tiene su origen en condiciones de carácter neurobiológico y genético; sin embargo, se destaca que el componente psicosocial, es una dimensión significativa en la forma como se manifiesta este síndrome. La literatura científica, identifica que de acuerdo a la configuración de los patrones de comunicación, interacción y socialización, dados en los diferentes contextos donde se desenvuelve el niño o adolescente que presenta este trastorno (familia, contexto educativo, comunidad, entre otros), se puede definir la complejidad de la manifestación del mismo; así como, el deterioro significativo de su funcionalidad, lo cual se convierte en condiciones que potencian calidad de vida o muy por el contrario, la vulneran, dando lugar, a la aparición de factores de riesgo, que complejizan la dinámica psicopatológica del TDAH.

Según Barckley (citado por Zuluaga, 2009):

“El TDA-H es un trastorno del desarrollo, caracterizado por unos niveles evolutivamente inapropiados de problemas atencionales, sobreactividad e impulsividad. Normalmente surgen ya en la primera infancia, son de naturaleza relativamente crónica y no pueden explicarse por ningún déficit neurológico importante, ni por otros de tipo sensorial, motor o del habla, sin que tampoco se

detecte retraso mental o trastornos emocionales graves. Estas dificultades guardan una gran relación con una dificultad para seguir las conductas gobernadas por reglas (CGR) y con problemas para mantener una forma de trabajo consistente a lo largo de períodos de tiempo más o menos largos” (p.2).

Barkley (citado en Torres, 2011) reconoce además, que el TDAH es un trastorno que afecta los procesos de autocontrol, el mantenimiento de la atención, control de impulsos y nivel de actividad. Dado este contexto se puede definir entonces, que el TDAH genera dificultades en el control de la conducta a corto, mediano y largo plazo; así mismo, afecta el reconocimiento de los pasos necesarios para alcanzar una meta o logro y en ese mismo sentido, proyectar las consecuencias que genera la realización de una conducta o la toma de decisiones. Es pertinente mencionar que para realizar el diagnóstico de este trastorno en la población infanto-adolescente, es necesaria la detección de sus síntomas en los diferentes contextos donde se desenvuelve el sujeto; aunado a ello, debe existir una relación de afectación en el área funcional y relacional.

De acuerdo con Soutullo & Mardomingo (2010), esta psicopatología es uno de los trastornos que presentan mayor incidencia en la edad infantil, a razón de la cronicidad de sus síntomas y la elevada comorbilidad, que a mediano y largo plazo afectan sustancialmente la calidad de vida del niño y de su red vincular. Los autores mencionan que en la última década, este trastorno se ha convertido en un importante problema de salud pública, debido a: a) Su alta prevalencia en la población infantil; b) Inicio en etapas precoces de la Infancia; c) Generación de condiciones incapacitantes y crónicas; d) Afectación contextual, vulneración de la calidad de vida; e) Alta presencia de comorbilidad cognitiva, emocional y comportamental.

A continuación se retoman las definiciones propuestas por Soutullo et al. (2010) respecto a las tres dimensiones que conforman la estructura diagnóstica del TDAH:

7.1.1 Déficit atencional.

Los niños y adolescentes que presentan este éste trastorno no prestan atención suficiente a los detalles o cometen errores por descuido en las tareas escolares u otras actividades de su cotidianidad. Sumado a ello, suelen experimentar dificultades para mantener la atención en actividades académicas o lúdicas, resultándoles difícil persistir en una tarea hasta finalizarla con éxito. A menudo parecen tener la mente en otro lugar, como si no escucharan lo que se les está sugiriendo; se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes e interrumpen frecuentemente las tareas que están realizando, para atender a ruidos o hechos triviales que usualmente son ignorados sin problema por los demás sujetos. Aunado a ello, suelen ser olvidadizos en lo que concierne a la vida cotidiana, lo que se demuestra en la pérdida constante de objetos personales y en la dificultad para planificar y organizar sus actividades escolares, de aseo personal, entre otras. En las situaciones sociales, los déficits de atención pueden expresarse como cambios frecuentes en la conversación, en actitudes de no escucha, dificultad para atender y mantener el hilo conductor de una conversación, ausencia de conductas de seguimiento de normas planteadas en las diferentes transacciones interpersonales. Estos factores descritos interfieren notablemente en el despliegue de la capacidad intelectual del niño, por lo que suelen vivenciar continuos fracasos escolares.

Ante este panorama, Soutullo (2008) reconoce que los niños que presentan inatención, les cuesta realizar una actividad por mucho tiempo, por lo que se desmotivan fácilmente, requiriendo

un esfuerzo cognitivo extra para poder cumplir con las actividades planteadas y evitar distraerse con cualquier otro elemento o estímulo diferente que se le presente. Ante esta situación es muy común que la figura de autoridad, deba realizar acciones de instigación y direccionamiento conductual continuo.

“La inatención hace que cualquier estímulo o situación que se cruce por el camino del niño, le haga perder el norte y olvidarse de lo que estaba haciendo, dejando las cosas a medias. Los padres dicen –está en todo y en nada, cambiando su foco de atención, sin alcanzar nunca el objetivo final” (Soutullo, 2008, p.13).

7.1.2 Presencia de Hiperactividad.

La hiperactividad se manifiesta como inquietud constante, sensación subjetiva de inquietud interna, realización de acciones motoras no contingentes al espacio- tiempo en el cual el niño se desenvuelve; frente a esto González (2006) describe que el movimiento iniciado por el sujeto no tiene ningún fin definido ni propósito aparente, surge de la nada, sin contexto que respalde dicha conducta. Sumado a ello, realiza ruidos, silbidos, habla excesivamente y experimenta dificultades para participar en actividades sedentarias de grupo o en las clases escolares. En síntesis la hiperactividad “no va dirigida hacia un fin, es moverse por moverse. Con frecuencia estos síntomas molestan e interrumpen a las personas que se encuentran a su alrededor” (Soutullo et al., 2010, p. 57).

Se hace necesario aclarar que en la edad infantil es normal y además esperado un alto nivel de actividad física en los niños; sin embargo el concepto hiperactividad implica el componente de exageración del movimiento constante, poco orientado que genera realmente desajuste en el grupo de pares, y en los escenarios regulados por límites y reglas. La diferencia radica en que los sujetos con hiperactividad están en movimiento constante, les cuesta permanecer en posiciones definidas por largos periodos de tiempo, suelen ser ruidosos, tocan objetos continuamente sin un objetivo claro. Son percibidos por las figuras de autoridad con niveles de inquietud y nerviosismo que se manifiesta en acciones, tales como: “mordisquear y romper los lápices y bolígrafos, desarmar las cosas con piezas o estropeando algunas de ellas y no pueden armarlas de nuevo”. (Soutullo, 2008, p. 14).

7.1.3 Impulsividad y dificultades en la auto-regulación conductual

La impulsividad se manifiesta por una impaciencia constante que indica una frecuente dificultad para aplazar las respuestas. Basándose en lo anteriormente enunciado, dicha condición se caracteriza por la externalización de conductas y respuestas precipitadas, que se observan en la generación de comentarios fuera de lugar, interrupciones constantes en medio de las transacciones interpersonales, se inmiscuyen en los asuntos de los demás, se apropian de objetos de otras personas, dejando de lado las normas y límites definidos por las figuras de autoridad o el contexto en el cual se encuentran; lo anterior da lugar a alteraciones en las normas familiares, interpersonales y escolares; especialmente en la adolescencia.

La impulsividad además se manifiesta como la dificultad para “inhibir o modular las respuestas o reacciones inmediatas ante las situaciones” (Soutullo, 2008, p.15). De igual modo, Navarro (2009) y González (2006) señalan que los niños y adolescentes con TDAH presentan dificultades para reflexionar sobre las consecuencias que generan sus comportamientos o decisiones; es decir, les cuesta proyectar temporo-espacialmente las reacciones propias y las contextuales.

“Los niños con TDAH no tienen diálogo interior antes de realizar una acción, no valoran las posibilidades ni las consecuencias de cada posible” (Soutullo, 2008, p.15). Podría además señalarse que la falta de control y de estilos de afrontamiento oportunos, les hace sujetos poco reflexivos ante las condiciones contextuales y sus posibilidades personales. Dicho en otras palabras, suelen comprometerse fácilmente ante las demandas del medio externo, sin valorar los pro y contra de su probable capacidad de respuesta.

La falta de planificación y desdoblamiento cognitivo-conductual, crean un efecto bola de nieve, detonado por su incapacidad para decir no, ante situaciones que no son capaces de resolver por sí solos. Cuando este panorama anteriormente mencionado se manifiesta, requieren del sustento de otras personas para poder resolver la situación, hasta el punto que serán estas personas, las que culminen la tarea o actividad; sumado a ello, estas personas que actúan como soporte, serán posteriormente juzgadas por los sujetos con TDAH, como los causantes de las dificultades generadas en realidad, por ellos mismos.

Esta ausencia de auto-referencia y auto-reflexión, da lugar a continuos conflictos en las relaciones interpersonales, siendo a su vez, el detonante que activa elementos de alto riesgo, tales

como: conductas disruptivas, consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas, ejercer conductas sexuales de riesgo, mayor riesgo de sufrir accidentes, dado que llevan a cabo conductas para-suicidas como practicar deportes de riesgo sin las condiciones de protección oportunas; estos escenarios mencionados, se presentan con mayor nitidez durante la etapa de adolescencia.

Para comprender desde otra perspectiva la complejidad del TDAH, se retoman los planteamientos de Brown (2010) quien afirma que el TDAH es un trastorno complejo del desarrollo dinámico del sistema de autogestión inconsciente del encéfalo. Que a su vez genera deterioros en la autorregulación de la emoción. El autor afirma que sus síntomas pueden evidenciarse en la primera infancia aunque a veces solo se hacen evidentes en la adolescencia cuando la persona enfrenta los retos propios de esta etapa. Reafirma que el TDAH es un problema de la dinámica química del encéfalo, pero igualmente reconoce que los factores ambientales también influyen en su aparición. Así mismo plantea que esta patología aumenta el riesgo de que la persona sufra de trastornos conductuales, afectivos y cognitivos a lo largo de su vida.

Este autor también reconoce que el déficit relacionado con el control de conductas impulsivas se manifiesta en la vida cotidiana, a través de la dificultad continua para lograr canalizar de forma pertinente la agresividad, lo que da como resultado conflictos interpersonales (con adultos y pares), insistencia y obstinación constante para satisfacer sus propias necesidades sin pensar en las consecuencias, conflictos en el ámbito escolar relacionadas con inadecuada expresión verbal y física, incapacidad para organizar-se y planificar sus conductas, mínimo acatamiento de los límites propuestos por figuras de autoridad, torpeza motora fina y/o gruesa,

escasa tolerancia a la frustración ante la cual reaccionan con irritabilidad o labilidad emocional, escaso manejo de la dimensión espacio-temporal, baja autoestima, y una marcada tendencia a involucrarse en actividades de riesgo.

Uno de los aspectos que más sobresale en la dinámica del TDAH, son los problemas relacionados con lo conductual, será normalmente el motivo por el cual los adultos decidan llevar al niño o adolescente a un profesional de la salud. González (2006) define que a través de estas consultas se intenta obtener respuestas frente a las dificultades relacionadas con la concentración, organizacional conductual, consistencia entre lo aprendido y lo manifestado con la acción, así como la dificultad existente con el acatamiento de normas y reglas, presencia de labilidad emocional, “baja tolerancia a la frustración, pobres destrezas para relacionarse con los demás, comportamiento temerario, autoestima baja, entre otros” (p.55). Según este autor, muchos padres y maestros, debido a la falta de conocimiento frente al TDAH “han fracasado en ayudar a sus hijos y estudiantes, pese a su buena voluntad, ya que han tomado decisiones fundamentadas sin tener la información correcta” (p.55).

Lo anteriormente manifestado se explica, según Barkley (citado por González, 2006) ya que el TDAH se relaciona con un fallo en los procesos definidos por la Neuropsicología como funciones ejecutivas. Éstas son definidas como “actividades mentales complejas necesarias para el proceso de planificación, organización, guía, revisión, regularización y evaluación de los comportamientos necesarios para poder alcanzar metas” (p.56).

A través de dichas funciones que se desarrollan entre el primer año de vida y la etapa de la juventud, se logra guiar el comportamiento hacia metas claras y planificadas, por tanto posibilitan

los procesos de auto-regulación, control de impulsos y seguimiento instruccional. Según el texto abordado las funciones ejecutivas son : a) Memoria de trabajo: habilidad para retener información que permita dinamizar y ejecutar acciones relacionadas con el futuro inmediato; b) Lenguaje interno: Es la voz interna que direcciona el comportamiento hacia metas u objetivos claros, permitiendo a su vez, la realización y la consecución de planes mentales, para resolver alguna situación; c) Habilidad para auto-regular las emociones y la motivación: Permite el control de la expresión emocional, como estructura que sostiene los procesos motivacionales ante tareas, donde las recompensas externas no son frecuentes ni inmediatas, se relaciona además, con la capacidad de espera; d) Habilidad para solucionar problemas: La cual permite enfrentar asertivamente los obstáculos y situaciones conflictivas que se presentan en la vida cotidiana, a través del dominio de sí mismo y el desdoblamiento cognitivo-conductual que exige el conflicto o tarea que se le presenta. Sin embargo, es de aclarar que en los niños y adolescentes con TDAH “ la dificultad para inhibir impulsos entorpece las funciones ejecutivas. Como resultado son distraídos, olvidadizos y desorganizados. Éstos también tienden a no terminar las tareas que tienen que realizar; y, por lo general, no se dan tiempo para pensar en las consecuencias de una acción en particular” (p.57).

7.2 Desarrollo Socio-emocional en el TDA-H

López, Rodillo & Kleinsteuber (2008) precisan que el TDAH es la “condición neurobiológica más prevalente en niños y adolescentes asociada a un importante impacto funcional, personal, familiar y social” (p.511). Del mismo modo y parafraseando a Orjales (2008) dicho impacto funcional se debe a que los sujetos que presentan este trastorno evidencian un

desarrollo inmaduro en el área socio-emocional, que por lo general afecta sustancialmente los procesos de interacción y socialización con el grupo de pares y con figuras de autoridad, ya sean padres, maestros u otros referentes de la comunidad.

A continuación y de acuerdo a lo expuesto por la autora anteriormente mencionada, se describen las características que más sobresalen en el desarrollo socio-emocional en el niño o adolescente con déficit de atención/hiperactividad:

7.2.1 Baja Tolerancia a la Frustración.

Como es sabido las exigencias escolares, familiares y formativas son inherentes al desarrollo infantil. A medida que se crece las pautas de comportamiento se complejizan y requieren de un proceso de internalización y análisis situacional continuo. Por tanto se encuentra que “los niños con TDAH se ven sometidos a un mayor número de situaciones frustrantes a lo largo de su desarrollo” (Orjales, 2008, p.66). Dado que la frustración sólo es producto del sentimiento de incapacidad ante la imposibilidad de responder asertivamente a las demandas que habitualmente exige el entorno. El continuo feedback negativo de la frustración sumado a las críticas, condicionamientos del medio y las reducidas experiencias de éxito, dan lugar a “sentimientos de indefensión que contribuyen de forma clara a hacerle cada vez más intolerante ante situaciones de exigencia (...), cuando la exigencia no está controlada, el niño se desespera, tira la toalla y se niega a trabajar o a obedecer” (p.66).

7.2.2 Baja autoestima o Autoestima aparentemente inflada.

Siguiendo la misma línea teórica, se encuentra que el auto-concepto definido como imagen del sí-mismo, es el producto del encuentro de información configurada a partir de las experiencias personales y las retroalimentaciones que brinda el contexto y las personas cercanas e importantes para el niño o adolescente. En el proceso de interacción del sujeto con TDAH, se observa un mayor número de situaciones de fracaso, mayor dificultad para educar, aunado a una resistencia a adaptarse a las condiciones del contexto (pautas y normas de comportamiento). Estos niños y adolescentes cometen daños por descuido, falta de precisión en sus movimientos, mínima conciencia de sus errores y dificultades; todo ello , configura comportamientos rebeldes y obstinados que se vuelven pautas cotidianas que se acumulan hasta forjar una baja autoestima.

La baja autoestima se manifiesta con mayor frecuencia en el subtipo inatento, y se relaciona directamente con el bajo rendimiento académico, que es la resultante de las dificultades atencionales, los descuidos, actitudes de evasión y la baja motivación por actividades que requieren esfuerzo y disposición cognitiva; todo este marco da lugar a que el niño o adolescente sea castigado, retroalimentado negativamente, al ser comparado con sus familiares o compañeros de estudio. “Podemos decir que en el niño hiperactivo se dan ambas cosas: tiene dificultades para hacerlo y no quiere hacerlo” (Orjales, 2008, p.67).

Por el contrario, esta autora también reconoce que los subtipos hiperactivo/impulsivo y combinado suelen presentar una autoestima inflada como mecanismo protectorio de su auto-concepto, intentando atribuirse continuamente los éxitos y responsabilizando de los fracasos a

otras personas o a lecturas distorsionadas que ellos mismos realizan del entorno, tales como: críticas, factores sociales, naturales, que según ellos, dieron lugar a dificultades que afectaron el logro de los objetivos propuestos en diversas situaciones cotidianas. En otras palabras, siempre existirá para estos sujetos, un antagonista que deteriora o condiciona negativamente el alcance de los logros familiares, escolares, sociales, interpersonales, entre otros.

De acuerdo a las características individuales, educativas y socio-familiares del sujeto que presenta este trastorno, las dificultades en la autoestima, se pueden agrupar en las siguientes categorías:

En primer lugar se agrupan los niños que expresan abiertamente su incapacidad, puesto que se quejan y exhiben abiertamente su incompetencia. Son evasivos con todos los escenarios que demanden y exijan esfuerzo; aunado a ello son altamente sensibles y ante el fracaso muestran conductas pasivo-agresivas.

En un segundo lugar se encuentran los sujetos que intentan por todos los medios, esconder sus sentimientos de indefensión o incapacidad. A menudo ocultan el temor, son insistentes, demandantes y buscan de manera excesiva direccionamiento continuo por parte de figuras de autoridad o de su grupo de coetáneos para ejecutar oportunamente sus actividades. Según la literatura, dicha agrupación, es más común en niñas que en niños y se relaciona estrechamente con altos niveles de ansiedad ante los resultados escolares, mayores niveles de auto-exigencia y dedicación, que no logran potenciar y reflejarse en los resultados del proceso académico.

El último grupo se relaciona con niños y adolescentes que actúan con una autoestima inflada; por tanto actúan con arrogancia, y prepotencia; lo cual funciona como un mecanismo de defensa ante la frustración y la negativa imagen que en verdad, tienen de sí mismos. De otro lado son sujetos que ante los ataques o exigencias del medio externo, desplazan sus errores en los demás, son hábiles desequilibrando a sus padres, profesores, compañeros con ofensas o comentarios sobre errores que pudieron haber cometido en el pasado, al igual que con recriminaciones, mentiras o burlas.

“Por lo general estos niños son frecuentemente rechazados por sus compañeros y por los adultos que los interpretan como egoístas, desconsiderados y crueles... cuanto peor es la autoestima del niño, peor será su comportamiento de cara a los demás” (Orjales, 2008, p.69).

7.2.3 Aparición de sentimientos depresivos.

La autora mencionada con antelación, precisa que existe un “mayor índice de sentimientos depresivos en niños hiperactivos en comparación con los niños no hiperactivos de su misma edad y condición social” (p. 69). Estos hallazgos definen las líneas de aparición de los sentimientos depresivos. La primera se relaciona con el grupo de sujetos que presentan características propias de la depresión infantil, donde la autoestima es el factor más vulnerado y otro grupo que se orienta a la externalización de comportamientos mayormente relacionados con la euforia infantil,

donde el auto-concepto es “tan extremadamente positivo que parece rozar con la irrealidad...es la imagen que aquí no pasa nada” (p. 69).

7.2.4 Desfase entre la capacidad intelectual y emocional.

El sujeto con TDAH es descrito por los actores de los microsistemas que se relacionan con él (familia, escuela, entre otros), como un individuo generador de situaciones problemáticas, se destaca por ser el centro de atracción negativo, dado que exhibe conductas infantiles, labilidad emocional, discontrol de impulsos, por lo cual, resulta más “vulnerables a las dificultades de relación con el entorno” (Orjales, 2008, p. 71). Se admite entonces, que los niños y adolescentes que presentan esta condición psicopatológica, presentan dos posiciones extremas a la hora de reaccionar en los contextos sociales donde se desenvuelven cotidianamente: 1) Se relacionan con total indiferencia de las situaciones causadas por ellos mismos o por otros referentes sociales; 2) O en su lugar, reaccionan con una total afectación, donde la reacción emocional rebasa el límite esperado para la edad y la circunstancia.

7.2.5 Necesidad de llamar la atención.

Orjales es contundente en afirmar que “tras la desobediencia, muchas veces se esconde el deseo de llamar la atención de los adultos, aunque sea a costa de un castigo o una regañina” (p. 71); por tanto dependen de la aprobación de los adultos, así sea de manera negativa.

7.2.6 Dificultades en las relaciones sociales.

En el desarrollo socio-emocional infantil, el área de las relaciones interpersonales es una de las más afectadas, a causa del TDAH. Miranda, Presentación y López , 2004 (citadas en Orjales, 2008) definen que estos sujetos conocen las estrategias psicosociales, además han sido orientados por figuras de autoridad frente a la forma como deben comportarse; sin embargo, la dificultad se presenta a la hora de aplicarlas en su vida cotidiana; ya que a pesar de discriminarlas, actúan impulsivamente, les cuesta realizar lecturas contextuales de sus demandas o necesidades, así como, predecir las posibles consecuencias de sus actuaciones.

Estos autores describen que la necesidad de gratificación inmediata crea tensiones en el proceso interaccional, por tanto, les aleja de tener relaciones interpersonales adecuadas y estables. Ante la necesidad de satisfacción en un corto plazo, se tornan egoístas, esto hace que sus compañeros eviten jugar o estudiar con ellos. Es importante mencionar que existen otras fuentes de alejamiento interpersonal, tales como: la torpeza psicomotora, incapacidad para seguir instrucciones y externalización continua de agresividad en medio de diversas actividades o escenarios.

7.3 Comorbilidad

La comorbilidad o diagnóstico dual es definida como la co-existencia temporal en el mismo individuo de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad. En este sentido Artigas-Pallares (2003) asume que para poder darle un significado oportuno al término comorbilidad se requiere de dos elementos determinantes: El primero es “que la presencia de la comorbilidad condicione una forma de presentación, pronóstico y abordaje terapéutico, distinto para cada proceso comórbido...” (p.68); y el segundo elemento se relaciona con la frecuencia de aparición de uno de los trastornos cuando el otro está presente; esto será significativo a nivel de prevalencia aislada en la población general.

Angold & Pliszka, 2009 (citados por Alvarez et al., 2013) reconocen que la comorbilidad puede ser definida como concurrente cuando el “niño cumple criterios de dos o más trastornos en el momento de evaluación o sucesiva cuando el niño cumple criterios de TDAH en un momento de su vida y cuando estos síntomas mejoran o se resuelven con la edad, desarrolla un nuevo trastorno” (p.84). Será esta configuración diagnóstica mencionada, la que debería definir como se realiza el proceso de intervención, puesto que si sólo se tienen en cuenta, la sintomatología propia del TDAH y no se ahonda en otras situaciones, se dejan de lado aspectos diagnósticos todavía más problemáticos que el mismo TDAH. “La identificación y delimitación de estos problemas es una cuestión prioritaria tanto para la configuración de un diagnóstico diferencial adecuado, como para la aplicación de un tratamiento eficaz y amplio que cubra todas las necesidades del niño”. (Navarro, 2009, p.105).

Alvarez et al. (2013) menciona que el Trastorno por déficit de atención/hiperactividad es uno de los trastornos psiquiátricos que presenta mayor frecuencia en la población infanto-adolescente, siendo recurrente además la presencia de trastornos comórbidos asociados. Es pertinente mencionar, que entre el 40-80% de los sujetos que presentan diagnóstico de TDAH, se evidencian este tipo de asociaciones comórbidas.

“Las cifras de comorbilidad varían según el tipo de muestra estudiada poblacional versus clínica, niños pequeños versus adolescentes, inicio del tratamiento precoz versus tardío, y TDAH combinado versus todos los subtipos (predominio inatento, predominio hiperactivo-impulsivo y combinado). Así, la prevalencia de comorbilidad tiende a ser mayor en aquellos estudios que incluyen muestras clínicas, pacientes adolescentes, con TDAH combinado y pacientes que han iniciado el tratamiento tardíamente:” (Alvarez et al., 2013, p.84).

Estos autores también mencionan que la aparición de trastornos comórbidos en la esfera afectivo-comportamental, son consecuencia de otros factores, tales como: diagnóstico y tratamiento tardío, bajo coeficiente intelectual, condiciones socio-económicas y culturales vulnerables, presencia de antecedentes de psicopatología familiar. En consonancia con lo mencionado, se observa que el subtipo con mayor vulnerabilidad es el combinado, siendo más recurrente un inicio temprano y continua presencia de sintomatología agresiva e impulsiva visible en contextos de actuación diferentes (familia, escuela, comunidad).

A continuación se presentan los trastornos comórbidos afectivo-comportamentales mayormente asociados al trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

7.4 El TDAH y su relación con Trastornos externalizados (Trastornos de conducta disruptiva)

La prevalencia de la relación existente del TDAH con estos trastornos presenta una alta variabilidad; sin embargo, Dalsgaard (citado por Díaz, 2006) propone una frecuencia de relación con trastorno oposicionista desafiante del 36%, y con el trastorno disocial de un 16,3% aproximadamente. Díaz (2006) reconoce que si bien, el trastorno negativista desafiante en la infancia no predice el trastorno disocial en la adolescencia; si se puede afirmar que el TDAH es un predictor potente en la generación de un trastorno de conducta en la adolescencia o de trastornos de personalidad en la vida adulta. Por su parte, Barkley (citado en Díaz, 2006) asume que los sujetos con presencia TDAH que nunca recibieron diagnóstico y tratamiento oportuno, presentan un riesgo elevado de desarrollar un posible trastorno de conducta, consumo de sustancias psicoactivas, conductas disruptivas, delictivas, entre otros.

De acuerdo con Achenbach & Edelbrock, 1983; Roca & Alemán, 2000 (citados por Díaz, 2006) los trastornos externalizados son aquellas psicopatologías que se caracterizan por la exteriorización de conductas disruptivas y alteraciones del comportamiento donde la agresividad, impulsividad, oposicionismo, falta de autocontrol y regulación conductual-emocional son constantes. Al respecto conviene decir que Díaz (2006) en la definición de este perfil comórbido la presencia o ausencia de la agresividad “es fundamental como indicador de riesgo en la

presentación prospectiva de los trastornos de conducta” (p. 47). Afirma que las dificultades de conducta presentan una relación proporcional y son consustanciales a la presencia de TDAH. Por lo cual, se presenta constantemente diagnósticos errados. Según el autor los trastornos de conducta deben comprenderse desde dos ópticas: la categorial utilizada en el escenario clínico e investigativo y la dimensional: relacionada con el escenario del tratamiento y la intervención psicoterapéutica.

Asimismo desde una perspectiva más psicosocial, Buró y Cols. Citado por Díaz, (2006) estudiaron la interacción entre la conflictividad familiar y el peso de la genética en la presentación de trastornos de conducta en el TDAH. Estos investigadores concluyen que factores tales como: la psicopatología paterna, el nivel socioeconómico bajo, la conflictividad familiar, el maltrato físico y/o psíquico aumentan el riesgo de presentar este tipo de comorbilidad.

Otro elemento destacable es el antecedente evolutivo. Aunque no existen evidencias científicamente comprobadas, la literatura científica que aborda aspectos relacionados con la intervención clínica, destacan que los trastornos de conducta al presentarse como categorías comórbidas del TDAH; deben ser detectados a temprana edad, dado que la existencia de pautas agresivas e impulsivas en edad pre-escolar son condiciones fértiles para generar a futuro trastornos de la esfera conductual.

7.4.1 Trastorno Opositorista Desafiante.

El Trastorno Opositorista Desafiante (TOD) se clasifica en el DSM-IV (2002) dentro de los trastornos de la infancia, juventud o adolescencia y se caracteriza por la manifestación continua de conductas hostiles y desafiantes dirigidas a figuras de autoridad, que es constante al menos por 6 meses. Estas conductas generan un deterioro importante en las dinámicas cotidianas y relaciones interpersonales del sujeto que presenta dicho diagnóstico. Estos niños y adolescentes se caracterizan por ser negativos, discutidores y perder fácilmente el control de la situación. Entre sus consecuencias más evidentes se encuentra baja autoestima, baja tolerancia a la frustración y depresión.

Según el DSM-IV TR (2002) los criterios diagnósticos para son: a) a menudo se encoleriza e incurre en pataletas, b) a menudo discute con adultos, c) a menudo desafía a los adultos y se rehúsa a cumplir sus normas, d) a menudo molesta deliberadamente a otras personas, e) acusa a otros de sus errores o mal comportamiento, f) a menudo es susceptible de ser molestado por otros, g) a menudo es colérico y resentido, h) a menudo es rencoroso o vengativo.

“Estos niños suelen ensayar argumentos para no seguir instrucciones que reciben o para no responsabilizarse de sus propios actos, molestan deliberadamente a los demás y frecuentemente culpan a los otros de sus propios errores o disconductas. A menudo se sienten fácilmente heridos por los demás y tienen tendencia a ser resentidos y vengativos” (Joselevich, 2003, p.63).

7.4.2 Trastorno Disocial de la conducta.

El Trastorno Disocial (TD) implica que durante mínimo doce meses el paciente manifieste conductas donde sobresale la agresión física a personas, animales, propiedad privada; incurriendo además en conductas disruptivas como: robo, violación de las normas, irrespeto continuo a figuras de autoridad, callejización. Todo éste panorama conductual trae consigo un deterioro significativo en la vida social, familiar, académica del sujeto que lo presenta.

“El trastorno disocial es un patrón de comportamiento persistente en que violan los derechos de los otros o importantes reglas sociales establecidas y que deberían respetarse a determinada edad (...) Despliegan comportamientos fanfarrones, prepotentes, agresivos e inician peleas con frecuencia. Eventualmente utilizan armas que puedan dañar a otros, ser crueles físicamente con otras personas o bien con animales y cometer robos con o sin violencia” (Joselevich, 2003, p.64).

Algunos estudios han revelado que el trastorno disocial es producto de un daño en la corteza pre-frontal, lo que le impide que el niño o adolescente planee y mida los riesgos de sus acciones; dicha condición cerebral sumada a un ambiente hostil y disfuncional genera el desarrollo de trastornos de conducta, como el aquí descrito. El trastorno disocial de la conducta puede aparecer entre las edades de 9 a 17 años, las personas mas vulnerables a la presencia de este trastorno son aquellos niños y adolescente que viven en estratos socioeconómicos bajos donde existe la presencia de conductas delictivas como robos, sicariatos, expendio de SPA entre otros.

7.4.3 *Trastorno Explosivo intermitente.*

De acuerdo con el CIE-10 (1992), la característica esencial del trastorno explosivo intermitente es a) la aparición de episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que da lugar a violencia o destrucción de la propiedad. b) El grado de agresividad expresada durante el episodio es desproporcionado con respecto a la provocación o a la intensidad del estresante psicosocial precipitante. c) El diagnóstico solo se establece después de haber descartado otros trastornos mentales que cursan con episodios de comportamiento agresivo (trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad).

Para diagnosticar este trastorno debe tenerse en cuenta que los episodios agresivos no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva o de una enfermedad médica (traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer). Entre los síntomas y trastornos asociados al trastorno explosivo intermitente, están: las conductas impulsivas y agresivas generalizadas, rasgos narcisistas, obsesivos, paranoides o esquizoides; así como, una predisposición a episodios explosivos de cólera en medio de situaciones de estrés. El trastorno puede aparecer tras un fracaso académico, dificultades interpersonales, accidentes, periodos de hospitalación, entre otros.

7.5 El TDAH y su relación con Trastornos internalizados (Depresión, ansiedad y riesgo de suicidio)

Autores como Achenbach & Edelbrock, 1983(citado por Sarason, 2006) señalan que los trastornos internalizados de la conducta infantil se refieren a los problemas de ajuste ambiental que se manifiestan en comportamientos de inhibición, inquietud, evitación, timidez, etc. Los trastornos descritos por la literatura científica como Internalizados, son aquellos que presentan síntomas primarios, tales como: la ansiedad y la depresión, caracterizados por:

“El predominio de emociones negativas de ansiedad y tristeza, inhibición conductual, conductas de aislamiento y de evitación con alta restricción emocional defensiva...El aislamiento social media en las vivencias de soledad y baja autoestima, que se derivan de la insuficiencia de refuerzos positivos” (Sarason, 2006, p.122), proporcionados por el medio socio-familiar.

Es importante destacar que la mayor prevalencia de trastornos internalizados se reporta en mujeres. Estos trastornos asociados al TDAH, tienden a pasar desapercibidos, puesto que se relacionan mayormente con preocupaciones y pensamientos alterados; por lo cual su sintomatología, suele ser más encubierta y menos observable, que la encontrada en los trastornos externalizados.

Investigaciones han revelado que el grupo de niños y adolescentes con TDAH, tienen mayor proporción de sufrir ansiedad y depresión respecto al grupo de niños que no padecen este trastorno. De modo que la comorbilidad oscila entre un 15% y un 20% (Biederman, 1998; Neuman et al., 1999 citados en López – Villalobos, et al, 2004). Estos mismos autores afirman que la comorbilidad de la depresión y el TDAH en la infancia y la adolescencia es contraproducente, generando una alta morbilidad, dinámicas de incapacidad mayores y un pronóstico negativo a largo plazo.

7.5.1 Trastornos de Ansiedad.

Los trastornos de ansiedad, según Joselevich (2003), Tannock citado por Brown (2003), son los problemas psiquiátricos de mayor prevalencia, durante la infancia y la adolescencia. Aunado a ello, la diada TDAH y Trastornos de ansiedad, no es extraña ante la mirada de los investigadores y de los clínicos; puesto que se señala que su presencia conjunta se evidencia entre el 25% al 35% de las muestras tanto clínicas como epidemiológicas. Tannock citado por Brown (2003) señala que los factores de riesgo más apremiantes, y que pueden desencadenar la generación de un trastorno de ansiedad son: los patrones familiares relacionados con núcleos de ansiedad, problemas manifestados durante la etapa de gestación, rasgos temperamentales del sujeto que se relacionan con “emotividad alta en la infancia o timidez y retraimiento excesivos y persistentes en situaciones no familiares durante la infancia y la niñez temprana” (Joselevich, 2003, p.132). También se señala que los trastornos de ansiedad pueden ser consecuencia de una

alta confluencia de acontecimientos estresores, sumados a baja autoestima y un funcionamiento psicosocial y académico alterado.

Al revisar la literatura científica sobre la relación existente entre TDAH y trastornos de ansiedad, se encuentra que alrededor de “cada cuatro niños con TDAH probablemente presenta uno o más trastornos de ansiedad concurrentes...tanto en muestras cultural y regionalmente diversas, así como en muestras derivadas clínicamente de niños con TDA-H y niños con trastornos de ansiedad” (Joselevich, 2003, p.133).

7.5.2 Perfil de la ansiedad.

De modo general la ansiedad es definida como “un sentimiento de miedo y de aprensión difuso, vago y muy desagradable” (Sarason, 2006, p.238). desde esta perspectiva los trastornos de ansiedad, presentan en su dinámica de activación, síntomas cognitivos (pensamientos intrusivos, etc), al igual que síntomas motores (temblores, tensiones musculares, entre otros), y fisiológicos (aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, entre otros); que se manifiestan en forma de preocupación constante sobre situaciones que son interpretadas desde una óptica catastrófica, negativa y en muchas ocasiones obedece a condiciones automáticas de la misma experiencia de ansiedad y no de lo que realmente sucede en la vida cotidiana del individuo.

Schachar (citado por Díaz, 2006) propone que la ansiedad que presentan los niños con TDAH reviste una serie de características semiológicas específicas: manifiestan sentimientos de preocupación excesiva y anticipaciones ansiosas por situaciones de fracaso.

Son sujetos miedosos, que sufren comúnmente de alteraciones psicósomáticas, son sensibles y suspicaces en las relaciones interpersonales y familiares. En lo que respecta a la dinámica del TDAH, algunos autores refieren que son niños menos hiperactivos e inatentos, aunque no existe un acuerdo generalizado al respecto. Es importante mencionar que presentan un mayor número de acontecimientos vitales, baja autoestima y peor rendimiento escolar y social.

Según Brown (2003) los niños que presentan TDAH y algunos de los trastornos pertenecientes al espectro ansioso, suelen ser sujetos mayormente preocupados, puesto que suelen inquietarse continuamente por su capacidad, rendimiento y/o comportamiento, antes, durante y después de actividades académicas, sociales, o deportivas; por lo cual requieren y solicitan continua retroalimentación del medio y de agentes sociales, para asegurar que su actuación sea la correcta. Aunado a ello, se anticipan de forma emocionalmente negativa ante eventos futuros, tales como: visitas al médico, cambio de colegio, paseos, entre otros. Este autor concluye que los niños y adolescentes con presencia de trastornos de la ansiedad y TDAH, son descritos por sus padres y docentes como: sujetos con “una preocupación excesiva por la competencia en determinadas áreas, preocupación irreal por acontecimientos futuros, necesidad excesiva de asegurarse, quejas somáticas, hipersensibilidad o susceptibilidad importante a la vergüenza o la humillación” (Brown, 2003, p.137). Además de “una historia evolutiva de atención escasa e

inquietud motora y de conducta impulsiva” ((Brown,2003, p.137); sumada a manifestaciones de nerviosismo, dificultades para concentrarse y finalizar las tareas encomendadas.

Artigas Pallares, 2003 (citado por García y Rivera, 2009), proponen que uno de los aspectos que distinguen al niño con TDAH con comorbilidad ansiosa, es que no suele ser disruptivo e impulsivo, por el contrario son niños más lentos e ineficientes que aquellos que tiene TDAH sin ansiedad comórbida. Otros autores como Méndez, Olivares & Bermejo, 2006 ((citadas en García et al., 2009), al realizar un análisis topográfico de la ansiedad, reconocen tres de tipos de respuestas: psico-fisiológicas, motoras y cognitivas. El primer tipo de respuestas incluye las respuestas electro-dérmicas, tales como: sudoración, respuestas cardiovasculares taquicardia, movimientos musculares, espasmos o aumento de la frecuencia respiratoria.

En segundo lugar, se encuentran las respuestas de tipo motor que incluyen: respuestas de evitación activa, evitación pasiva, escape, y motoras alteradas (aparición de perturbaciones en la conducta motora verbal como temblor de la voz, bloqueos y repeticiones, así como de la conducta no verbal como por ejemplo los tics y temblores).

El tercer grupo es el de las respuestas cognitivas, el cual se refiere a la percepción de los estímulos amenazadores de carácter interno y externo, sumada a la autoevaluación negativa de su comportamiento, preocupación por sus reacciones somáticas (temblores sudoración, quebrantamiento de la voz), conductas de escape y evitación, y expectativas de daño.

La literatura científica reconocen que los trastornos de ansiedad mayormente relacionados con el TDAH son: Ansiedad de separación, trastorno de angustia, agorafobia, fobias específicas,

fobia social, trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), trastorno por estrés postraumático, Trastorno por estrés agudo, Trastorno de ansiedad generalizada.

7.5.3 Trastorno de ansiedad por separación.

Joselevich (2003) determina que este trastorno es padecido por niños “que no han logrado afrontar el natural desagrado que sienten los pequeños al ser separados de sus padres, parientes o cuidadores”(p.67). Estos sujetos ante situaciones de separación, desarrollan ansiedad, evidenciada a través de llanto incontenible, berrinches, síntomas psicósomáticos, se rehúsan a dormir solos, continuas pesadillas, ir a la escuela o compartir con otros agentes sociales. “No es extraño que este trastorno vaya acompañado de fobias” (p.67). Los sujetos que padecen este tipo de trastorno, experimentan una ansiedad excesiva, que se manifiesta en los momentos que implican separación o alejamiento de las figuras primarias, a las cuales se encuentra enlazado de forma patológica. Esta preocupación excesiva se liga a ideas recurrentes de pérdida (ocurrencia de accidentes, de enfermedades, muerte) ligadas al momento de la ausencia de sus cuidadores.

Esta misma autora manifiesta que estos niños suelen mostrarse agitados, invadidos por un pánico, que se transforma en resistencia o negativa a ir a la escuela; por tanto externalizan conductas regresivas y en ocasiones no coherentes al nivel madurativo, emocional e intelectual en el cual se encuentran.

7.5.4 *Trastorno de Ansiedad Generalizada.*

De acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV y el CIE -10, este trastorno se caracteriza porque el sujeto presenta por más de seis meses, sentimientos ansiedad y preocupación excesiva ante una gran cantidad de acontecimientos y situaciones. Se caracteriza por una continua dificultad para controlar estas preocupaciones; presencia de síntomas como inquietud e impaciencia, fatiga, irritabilidad, dificultad para concentrarse, tensión muscular y alteraciones del sueño. De igual forma, los síntomas físicos propios de este trastorno, provocan malestar clínicamente significativo, deterioro social y académico. “Es una comorbilidad frecuente y conlleva mucho sufrimiento personal, se caracteriza por preocupaciones excesivas y aprehensivas que abarcan diferentes situaciones” (Joselevich, 2003, p. 68).

7.5.5 *Fobia simple específica.*

Este trastorno se define como una respuesta inmediata de ansiedad excesiva e irracional que se desencadena por la presencia o la anticipación ante objetos, situaciones, o seres vivos (Las rutas de adquisición de una fobia son: el condicionamiento directo, el aprendizaje observacional, y la transmisión de información de sujeto a sujeto o a través de las creencias socio-culturales/ religiosas).

“Tradicionalmente, se ha destacado la importancia del condicionamiento clásico en la génesis y del condicionamiento operante en el mantenimiento de respuestas fóbicas. Sin embargo, en el curso del desarrollo es posible que los adultos moldeen inadvertidamente o intencionalmente ciertos miedos infantiles, reforzando conductas de temor y extinguiendo o castigando el comportamiento apropiado” (García et al., 2009, p.45).

Frente a las distinciones encontradas en la fobia simple específica, se encuentra las siguientes categorías: (a) *Animal*. Miedo persistente detonado por la presencia física o virtual de un animal (serpiente, arañas, insectos, gatos, ratones, aves, entre otros); (b) *Ambiente natural*. Reacción de miedo provocado por condiciones naturales extremas (tormentas, huracanes, temblores, ciclones, brisas fuertes, entre otros); (c.) *Sangre-Inyecciones-Heridas*. Miedo ante el hecho de tener que recibir algún tipo de tratamiento o intervención, que implique cualquiera de los elementos anteriormente mencionados, sumado a ello, existe también reacciones de miedo ante contextos quirúrgicos y hospitalarios, o la manipulación de cualquier tipo de carnes. (d.) *Situacional*. El miedo surge como consecuencia del contacto con medios de transporte, ascensores, lugares cerrados, altos, puentes, túneles, entre otros. (e) *Otro tipo*. En esta categoría entran situaciones generadoras de miedo, tales como: sensaciones de ahogo, miedo a infectarse de alguna enfermedad, ruidos fuertes, disfraces, etc. (García et al., 2009, p.45).

Estos autores citan en su informe, la investigación realizada por Lipsitz (2002) donde encuentran que “el 90% de las fobias a animales, el 84% de las fobias a la sangre/inyecciones y el

67% de las fobias de tipo ambiente natural (alturas) empezaron en la infancia” (p.44), en edades inferiores a los 12 años; en comparación con las fobias situacionales, que corresponden sólo al 18% y generalmente se presentan en etapas evolutivas posteriores (adolescencia y adultez).

7.5.6 *Trastorno de angustia.*

Es un trastorno derivado del trastorno de ansiedad, se encuentra igualmente clasificado tanto en el DSM-IV como en el CIE- 10 se caracteriza por que la persona presenta miedo intenso sin motivo racional, llamados crisis de angustia o ataques de pánico, acompañados tanto de síntomas físicos como psicológicos, estas crisis se presentan en situaciones conocidas por el sujeto sin embargo desencadenan un miedo irracional y exagerado.

Este ataque de pánico surge de manera abrupta y está acompañado de miedo a morir, a presenciar una catástrofe, perder la razón, entre otras situaciones, se caracteriza también por estar acompañado de síntomas fisiológicos como taquicardia, sudoración excesiva, temblores, sensación de ahogo, opresión en el pecho, mareos, desmayos, escalofríos o visión borrosa. Este trastorno afecta del 2 al 6 % de la población y tiene fuertes repercusiones a nivel social y personal, como por ejemplo el abuso de sustancias psicoactivas, depresión, tendencias suicidas, etc.

7.5.7 *Agorafobia.*

La agorafobia es una sensación de ansiedad o evitación de situaciones donde es difícil escapar o encontrar ayuda en caso de que se sufra un ataque de pánico. En la agorafobia, el miedo corresponde a una amplia gama de situaciones como encontrarse solo en lugares públicos y concurridos, en transportes públicos o lugares lejanos a la propia casa, conducir por una autopista. A pesar de tener una tasa menor de prevalencia que otros trastornos se constituye como uno de los más incapacitantes, ya que impacta negativamente la vida cotidiana. El miedo y angustia experimentada limita la vida social, familiar y académica.

Para el DSM-IV TR (2002), el trastorno de angustia con agorafobia corresponde a la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intenso, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos (presencia de palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, sensación de irrealidad o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias, sensación de entumecimiento, hormigueo, escalofríos, entre otros.

7.5.8 *Fobia social / Trastorno de Ansiedad social.*

Bados, 2001 (citado por García et al., 2009) define que la fobia social o trastorno de ansiedad social, se caracteriza por un “miedo intenso y persistente en respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público de la propia persona, teme a actuar de un modo que sea humillante o embarazoso” (p. 41). Dicho trastorno tiene como núcleo central un miedo marcado, que corresponde a una continua respuesta de evitación de situaciones, donde el niño o adolescente, puede evidenciar ideas, sentimientos o conductas que lo hagan lucir ridículo o poco importante para otros referentes sociales. Existe por tanto, un temor intenso a ser evaluado u observado por los demás, por lo que evitan continuamente situaciones sociales que impliquen estas condiciones en su vida cotidiana.

Los sujetos que padecen este trastorno, suelen interactuar poco con su grupo de pares, dicho tejido relacional, se caracteriza por ser insuficiente e insatisfactorio, lo que retroalimenta el aislamiento y el estilo pasivo de estos sujetos.

Según el DSM-IV los criterios diagnósticos para la fobia social son: a) Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier

interrelación con un adulto; b). La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar; c). El individuo adulto reconoce que este temor es excesivo o irracional, sin embargo en los niños puede faltar este reconocimiento; d). Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos; e.) Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en las situaciones sociales o actuaciones en público temidas interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales, académicas o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo. f.) En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

7.5.9 Trastorno Obsesivo- compulsivo.

El trastorno obsesivo- compulsivo (TOC) se caracteriza por “el hecho de que el sujeto presenta obsesiones y compulsiones persistentes que el sujeto considera como intrusas e inapropiadas y que le provocan una ansiedad o malestar significativo (...) las obsesiones más frecuentes son temor a contaminarse o a enfermarse, dudas repetitivas, preocupación excesiva por el orden, impulsos de carácter agresivo, entre otros” (Joselevich, 2003, p. 68).

Por su parte las compulsiones se definen según dos criterios, uno el comportamiento y el otro el objetivo de dicha conducta. Estos rituales compulsivos tienen como finalidad la prevención o reducción del malestar; sin embargo, estos comportamientos no están conectados de forma realista con aquello que se pretende neutralizar o prevenir y además resultan claramente excesivos.

7.5.10 Trastorno de estrés postraumático.

El CIE -10 (1992) reconoce que el trastorno por estrés postraumático es una condición psicopatológica que se desarrolla en el sujeto, después de la exposición a un acontecimiento impactante relacionado con eventos catastróficos, situaciones de violencia, donde la integridad física, psicológica se vio amenazada. Ante este evento, la víctima de este hecho, responde con temor, desesperanza y horror intenso. Es preciso mencionar que en los niños y adolescentes que evidencian este diagnóstico se comportamientos des-estructurados y agitados.

El acontecimiento traumático puede ser re-experimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas: a) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma; b) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que

producen malestar. En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible; c) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos, los niños pequeños pueden re escenificar el acontecimiento traumático específico; d) Presencia de malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático; e) Presencia de respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

Sumado a esto, se presentan síntomas, tales como: conductas evitativas, esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades o contextos relacionados con el suceso traumático. Se observa también, falta de motivación relacionada con actividades significativas que anteriormente causaban interés, sensación de desapego o enajenación frente a los demás, restricción de la vida afectiva, falta de confianza en sí mismo y en las redes de apoyo.

Finalmente es preciso mencionar que para diagnosticar este trastorno, las alteraciones anteriormente mencionadas deben tener una duración mayor a un mes y generar malestar clínico significativo o deterioro en las dinámicas de interacción vinculadas con la esfera familiar, social, académica, entre otros.

7.5.11 *Episodio Depresivo Mayor y Riesgo de Suicidio.*

Identificar la comorbilidad entre el TDAH y el episodio depresivo mayor, requiere que los síntomas se presenten en dos o más ambientes en los que interactúa el niño o adolescente, debe presentarse antes de los 7 años de edad y causar un deterioro clínicamente significativo en la actividad social y académica. “La depresión infantil puede presentar inatención, problemas de relación con los compañeros, problemas de conducta e inquietud; sin embargo, suele acompañarse de tristeza, apatía o pérdida de ilusión y ser frecuentemente episódica, por contraposición al TDAH” (López, 2004, p.207).

Spitz, Pliszka, 2009; Mick, 2003 (citados por Alvarez, Soutullo, Díez & Figueroa, 2013) refieren que los síntomas típicos del sujeto con tristeza son, apatía, cansancio, desmotivación generalizada, irritabilidad, necesidad de estar sólo, alteraciones del sueño y la alimentación, ideas persistentes de culpa, inutilidad, que desembocan en etapas evolutivas como la adolescencia en ideación suicida o conductas parasuicidas. Es claro, entonces que estas manifestaciones del trastorno comórbido mencionado aquí, afectan significativamente el rendimiento académico y las relaciones interpersonales.

“La depresión en niños y adolescentes puede llegar a ser una enfermedad grave, y está muy infra-diagnosticada. No se debe olvidar que la depresión es la principal causa de suicidio a cualquier edad, por lo que debe ser diagnosticada y tratada de forma adecuada y precoz. En los casos de TDAH y trastorno depresivo asociado, el riesgo de suicidio aumenta con la triple asociación TDAH+TC+ Trastorno Depresivo” (James, 2004 citado por Álvarez, 2013, p. 18)

Autores como Grath y Joselevich, (citados por Barnathan, 2004) coinciden en afirmar que el TDAH posee dos dimensiones: una dimensión cognitiva que se manifiesta en el problema de atención característico del TDAH y una dimensión conductual, donde se hace evidente la presencia de conductas disruptivas y, en esta medida la aparición de impulsividad e hiperactividad; así el sujeto que presenta éste cuadro psicopatológico, no posee la capacidad de autoadministrarse, ni modular sus propias conductas, lo cual guarda una clara relación con la imposibilidad de guiarse o de seguir conductas gobernadas por reglas.

Como consecuencia los niños con TDAH son más difíciles de educar, de aquí que reciban con mayor frecuencia una información negativa sobre su comportamiento y sus tareas, por lo que se ven expuestos a un mayor número de fracasos y errores. Estos niños se esfuerzan cotidianamente por realizar acciones que agraden a los demás, pero los resultados no siempre son satisfactorios y cometen más errores incluso cuando se esfuerzan más.

A menudo se le presentan tareas o actividades que les exige mayor control atencional y auto-dominio, modulaciones conductuales y ejecutivas para los cuales no se encuentran habilitados; aumentando así su sensación de frustración o fracaso. Tras fracasar en algunas tareas paulatinamente los adultos dejan de ofrecerle responsabilidades por miedo a que no las cumplan, lo cual es recibido por el niño como un mensaje negativo respecto a su capacidad, lo anterior genera sentimientos de inseguridad y de incompetencia.

Pujol y Tort, 2001(citados por Grau, 2006) reiteran que en el contexto escolar las inadecuadas estrategias de autocontrol presentes en la conducta de estos niños, dan lugar a

problemáticas de tipo relacional con sus compañeros de clase, amigos que se relacionan principalmente con sus dificultades atencionales y conductas impulsivas; por lo que evidencian rechazo al contexto escolar, grupos de pares, núcleo familiar e incluso a sí mismos, mostrándose desmotivados para superar las dificultades.

Nicolau (2002) describe que una característica propia de estos sujetos es su desarrollo emocional inmaduro, en relación a compañeros de su misma edad. Dicho desarrollo se caracteriza por una fuerte labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración y una tendencia marcada a la baja autoestima; que se manifiesta principalmente en el área del auto-concepto y se hace evidente en su conducta a través de sentimientos de incapacidad, aparición de actitudes depresivas y desfase entre la capacidad intelectual y emocional.

Las pautas de socialización e interacción son las áreas más afectada por estas manifestaciones anteriormente mencionadas, dado que los procesos de relación intrapersonal e interpersonal son inadecuados y en consecuencia, son rechazados ya que, poseen menores estrategias para iniciar relaciones de amistad, solucionar conflictos, ponerse en el lugar de los otros, entre otros. De acuerdo a Satir (citada en Barnathan, 2004); se destaca que la autoestima y el autoconcepto de una persona dependen la relación complementaria de los otros, y por ende de las confirmaciones que ellos proveen. El niño o adolescente con TDAH no se percata de seguir ordenes, instrucciones, y en ocasiones intenta imponer las reglas que él establece, pero que además él mismo no cumple; estas experiencias causan en el campo desequilibrios como consecuencia de las conductas disruptivas e inmaduras del sujeto con TDAH, esto hace que el grupo de pares, y figuras de autoridad empiecen a alejarlo; puesto que la continua retroalimentación negativa de sus faltas crean continuos reclamos por sus comportamientos

inadecuados, dando lugar a reiteradas experiencias de humillación que impactan negativamente su autoestima y autoconcepto.

Estas dinámicas de tipo vincular hacen que el niño o adolescente con TDAH desarrolle trastornos relacionados con la esfera afectiva-emocional tales como: trastornos depresivos y trastornos relacionados con el espectro suicida.

En esta dimensión también se destaca que los trastornos de carácter afectivo, como el trastorno depresivo mayor es más prevalente en niños con TDAH, que en niños que no poseen dicho déficit atencional. Para Biederman (citado por Díaz, 2006) la prevalencia de dicho trastorno comórbido varía en la literatura científica entre un 15 y un 75%. Aunado a ello se destaca que los niños que presenta TDAH/ subtipo inatento presentan mayor probabilidad de desarrollar un trastorno afectivo que un niño o adolescente que presenta TDAH/ subtipo combinado. Frente a esto, Artigas- Pallares (2003) ratifica que:

“Los aspectos depresivos que más se suelen apreciar en niños con TDAH son la falta de autoestima, el estado de ánimo irritable, falta de energía, somatizaciones, y problemas del sueño. También debe hacerse notar que algún síntoma relacionado con la dificultad para concentrarse es propio tanto del TDAH como del trastorno depresivo” (p.74).

Los diferentes autores anteriormente retomados asumen que la sintomatología propia de los trastornos afectivos, aparecen posteriormente al diagnóstico del TDAH, reiteran además, que el curso de dicha psicopatología no difiere de las manifestaciones del trastorno afectivo en niños que no presentan TDAH. La literatura científica no reporta que la presencia del TDAH sea un

factor predisponente para el riesgo de suicidio; sin embargo, es de manifestar que la presencia de la diada TDAH y depresión sumada a rasgos de personalidad agresivos e impulsivos, si genera un factor de riesgo significativo de ideación y conductas auto-lesivas.

8. METODOLOGÍA

8.1 Diseño de la investigación

La presente investigación tuvo en enfoque cuantitativo de tipo no experimental, transversal, de corte –exploratorio-descriptivo. Por tanto, es un estudio social- cuantitativo que permitió un acercamiento descriptivo a la dinámica de los diferentes subtipos del trastorno de atención/hiperactividad y las asociaciones afectivo-comportamentales que presentaron 141 niños y adolescentes asistentes a programas de atención a población infantil de la ciudad de Manizales-Caldas (2009-2011). Este estudio presentó un diseño de tipo No Experimental, dado que se realizó sin manipular deliberadamente las variables; por tal razón, centra sus esfuerzos en observar y sistematizar la información del fenómeno social anteriormente mencionado, dentro de su contexto natural, para posteriormente analizar los datos emergentes. Por otra parte, la connotación de transversal en el estudio hace referencia a la condición sincrónica en la que se estudió el fenómeno en función de su desarrollo en un momento dado.

En el caso particular de este proceso investigativo, se realizó un análisis de los registros de la entrevista neuro-psiquiátrica internacional (M.I.N.I-KID) aplicada a niños y adolescentes durante el periodo del 2009 al 2011, que fueron diagnosticados por el área de psiquiatría con TDAH y cumplieron además, con los criterios de inclusión propuestos por el macro-proyecto, del cual se desprende esta investigación.

El análisis de la información realizado permitió describir e identificar factores significativos a nivel socio-demográfico y clínico propios de la dinámica contextual del TDAH; además de brindar hallazgos importantes para la configuración así del perfil afectivo-comportamental del niño o adolescente con TDAH en la ciudad de Manizales, Caldas.

8.2 Población universo

La población universo estuvo conformada por niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH, escolarizados en los ciclos de primaria y secundaria, que participaron en el Macro-proyecto de investigación: Caracterización neuro-psicopedagógica de niños y niñas con TDA-H que asisten a programas de atención en la ciudad de Manizales- Caldas.

8.3 Muestra

Es importante anotar que el Macro- proyecto de la Línea de investigación: Actores y escenarios en el contexto clínico de la Maestría en Desarrollo Infantil, al cual está adscrito este proceso investigativo, cuenta con una base de datos de aproximadamente 400 niños y adolescentes entre los 5 y 15 años, distribuidos entre casos y controles. De la base de datos anteriormente descrita se sistematizó la información socio-demográfica y clínica de 168 sujetos; sin embargo, algunos de los sujetos presentaban información incompleta o dudosa que requería un proceso de valoración o de ajuste posterior. Por tal razón y en aras de agilizar la etapa de

análisis de información, se conformó una muestra definitiva de 141 sujetos (niñas, niños y adolescentes) que cumplieron con los criterios de inclusión y aunado a ello, la información contenida en los folios de evaluación se encontró completa y dispuesta para el análisis. Estos sujetos se encontraban entre los 5 y 15 años de edad, de estratos socio-económicos diversos (bajo, medio y alto), vinculados en su etapa escolar a instituciones educativas privadas y públicas de la ciudad de Manizales.

Se hace necesario reconocer que el equipo de investigadores adscritos al Macro -proyecto realizó un proceso de capacitación a los profesores de las diferentes instituciones educativas, para que afinaran sus observaciones en relación a la presencia de TDAH en la población escolar. Sumado a ello, fueron entrenados en el diligenciamiento de las pruebas de tamizaje, que permitieron rastrear la dinámica del trastorno. Aquellos sujetos que cumplieron con los criterios de diagnóstico del TDAH y presentaron los criterios de inclusión, fueron remitidos a la fundación FADESCO. Posterior a la firma del consentimiento informado por parte de los padres o acudientes de familia, se realizó la valoración psiquiátrica que permitió rastrear la presencia del trastorno, el subtipo, y las comorbilidades afectivo-comportamentales asociadas.

Añádase además que los niños y adolescentes fueron valorados medicamente para descartar cualquier tipo de trastorno neurológico, sistémico o sensorial; que pudiese alterar el diagnóstico hallado en la aplicación de la entrevista psiquiátrica (M.I.N.I -KID); este nuevo filtro permitió que el equipo investigador descartara a aquellos sujetos, que a pesar de presentar el cuadro de

signos y síntomas propios del TDAH, tenían en su historia evolutiva condiciones médicas que controvertían el diagnóstico hallado anteriormente.

8.4 Criterios de inclusión y de exclusión

8.4.1 *Criterios de inclusión.*

- a) Sujetos escolarizados que presenten un diagnóstico de TDAH, según los criterios propuestos por el DSM-IV y que cuentan con un coeficiente intelectual mayor o igual a 85.
- b) Ser evaluados en áreas, tales como: cognitiva, afectivo-comportamental y académica (lectura y escritura) que permitan el desarrollo de análisis secundarios, en el caso particular de esta investigación: las comorbilidades afectivo-comportamentales asociadas a los diferentes subtipos del TDAH.

8.4.2 *Criterios de exclusión.*

- a) Sujetos que presenten trastornos generalizados del desarrollo, trastorno afectivo-bipolar, alteraciones de orden neurológico, discapacidad cognitiva global (retardo mental) o un coeficiente intelectual menor a 85.

8.5 Definición de Variables

A continuación se encuentra la tabla 1, que contiene la operacionalización de las variables de análisis utilizadas en el proceso investigativo evidenciado en este documento:

Tabla 1.
Operacionalización de las variables de análisis

Variable	Descripción	Nivel de Medición	Valores
CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS			
Rango de edad	Edad en años cumplidos.	Ordinal	1 Entre los (5 y 7 años). 2 Entre los (8- 11 años). 3 Entre los (12-15 años).
Sexo	Femenino y masculino	Nominal	1 Femenino. 2 Masculino
Estrato Socioeconómico	Estrato socio-económico estipulado por factura de agua	Ordinal	1 Bajo (1 y 2) 2 Medio (3 y 4) 3 Alto (5y 6)
Etapas Escolares	Estar cursando alguna de las siguientes etapas escolares: Transición, Primaria, Secundaria.	Ordinal	1 Transición 2 Primaria 3 Secundaria
Tipo de institución educativa	Privada y Publica	Nominal	1 Privada 2 Publica
SUBTIPO DE TDAH			
Valoración del criterio A para TDAH según el DSM IV para definir los subtipos	Reunir 6 o más síntomas de inatención y 6 o más síntomas de Hiperactividad/Impulsividad persistentes por más de 6 meses.	Nominal	1 Subtipo Combinado (TDAH/C)
	Reunir 6 o más síntomas de inatención persistentes por más de 6 meses.	Nominal	2 Subtipo Inatento (TDAH/I)
	Reunir 6 o más síntomas de Hiperactividad/Impulsividad persistentes por más de 6 meses.	Nominal	3 Subtipo Hiperactivo/Impulsivo (TDAH/HI)
COMORBILIDAD AFECTIVO-COMPORTAMENTAL			
Trastornos Internalizados	Episodio depresivo mayor	Nominal	1 Episodio depresivo mayor
	Riesgo de suicidio	Nominal	2 Riesgo de suicidio
	Trastorno de angustia	Nominal	3 Trastorno de angustia
	Agorafobia	Nominal	4 Agorafobia
	Trastorno de ansiedad social	Nominal	5 Trastorno de ansiedad social

	Trastorno obsesivo-compulsivo	Nominal	6	Trastorno obsesivo-compulsivo
	Estado por estrés postraumático	Nominal	7	Estado por estrés postraumático
	Fobia simple específica	Nominal	8	Fobia simple específica
	Trastorno de ansiedad por separación	Nominal	9	Trastorno de ansiedad por separación
	Trastorno de ansiedad generalizada	Nominal	10	Trastorno de ansiedad generalizada
Trastornos Externalizados	Trastorno disocial de la conducta	Nominal	11	Trastorno disocial de la conducta
	Trastorno explosivo intermitente	Nominal	12	Trastorno explosivo intermitente
	Trastorno opuscionista desafiante	Nominal	13	Trastorno opuscionista desafiante
Dos o más comorbilidades asociadas	(Internalizados + Externalizados)	Nominal	14	Dos o más comorbilidades asociadas

8.6 Instrumentos

Para la realización de esta investigación se utilizó la entrevista M.I.N.I-KID (Mini International Neuropsychiatric Interview/ Mini-entrevista Neuro-psiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes), la cual fue adaptada al español colombiano por Pineda en el año 2006. Este instrumento se configura como una entrevista diagnóstica de orden estructurado, de duración breve que explora los principales trastornos psiquiátricos definidos en eje I del DSM-IV TR, con alta aceptación en el medio clínico e investigativo, en torno a su validez y confiabilidad interna.

Su tiempo promedio de aplicación es de 15 a 20 minutos y se sugiere que la aplicación adecuada de este instrumento requiere de un entrenamiento oportuno en el manejo de las categorías diagnósticas esbozadas en la misma. Pineda (2006) reconoce que las preguntas de la entrevista están diseñadas para evocar los criterios diagnósticos específicos; por tanto, las preguntas deben enunciarse de forma pausada y leerse palabra por palabra, para permitir la

comprensión del enunciado. Si por alguna razón el niño o acudiente no logran comprenderlas, la persona encargada de la aplicación solicita ejemplos que permitan tejer y detectar la relación existente entre la situación ejemplificada y el criterio diagnóstico afirmado en la prueba.

En razón de asegurar la confiabilidad y validez en la aplicación del M.I.N.I-KID, ésta se realizó garantizando la utilización de adecuados criterios clínicos; el Macro-proyecto contó con la participación de un psiquiatra capacitado por el Grupo de Neurociencias de la Universidad de Antioquia, quien evaluó la totalidad de casos y controles que hacían parte de la población universo del estudio mencionado. Al contar con un profesional capacitado para realizar la evaluación diagnóstica inicial (Prueba Gold Stándar) mencionada, se acredita la no contaminación de los resultados de la prueba, dado que su manejo y aplicación se encuentra previamente calibrado y estandarizado.

8.7 Tipo de análisis de la información

La etapa de análisis de información del presente estudio se apoyó en la estadística descriptiva. Para ello, se utilizó un software especializado en el manejo de información estadística (SPSS, versión 21.0) y herramientas gráficas y de elaboración de tablas propias del programa Microsoft Excel, versión 2010.

8.7.1 *Procedimiento.*

a) *Desarrollo del Macro –proyecto.*

El equipo del Macro-proyecto ajustó las baterías y protocolos para realizar la valoración de los niños y adolescentes. Se realizó la aplicación y diligenciamiento de las baterías y protocolos definidos.

b) *Revisión documental y recepción de información relacionada con el estudio sobre subtipos de TDAH y comorbilidades afectivo-comportamentales asociadas.*

Se diseñó la plantilla para el diligenciamiento de los datos, a partir de la información detectada en el protocolo neuro-psicopedagógico y el formato de M.I.N.I-KID ajustado y avalado por el Macro-proyecto. A continuación se revisan los folios clínico-investigativos de cada sujeto evaluado, de donde se extrajo los datos e información clínica para realizar los análisis pertinentes relacionados con el objeto de la presente investigación.

c) *Análisis de la información.*

Se realiza la sistematización de la información socio-demográfica y clínica. Posteriormente se analizó la información, en la cual se obtuvo resultados relacionados con: características socio-demográficas de la muestra, subtipo de TDAH y su distribución según rango de edad;

comorbilidades afectivo-comportamental presentadas y su distribución, según subtipo de TDAH y rango de edad.

Esta fase se desarrolló en tres momentos, así:

- *Primer momento:* Corresponde a la descripción de las características socio-demográficas de la muestra estudiada (sexo, etapa escolar, rango de edad, estrato socioeconómico y tipo de institución escolar).
- *Segundo momento:* Se analiza la distribución de la muestra, según subtipo de TDAH diagnosticado (Inatento, hiperactivo – impulsivo, y combinado), y rango de edad.
- *Tercer momento* Se analiza la distribución de la comorbilidad afectivo-comportamental encontrada en la muestra. Presencia de trastornos internalizados, trastornos externalizados o comorbilidad de dos o más trastornos, según subtipo de TDAH, rango de edad.

8.8 Aspectos éticos

Camacho de Báez (2003) propone que los principios éticos del quehacer psicológico en la investigación son el respeto, el beneficio y la justicia. Estos aspectos fueron puestos en marcha a través de: la generación de un registro de consentimiento informado, a través del cual los adultos responsables de los niños y adolescentes participantes en el estudio, aprobaron la asistencia de estos sujetos a las diferentes etapas de evaluación propuestas por el Macro-proyecto. Sumado a esto, se realizó un amplio proceso de socialización frente al tratamiento de los datos obtenidos en dichas sesiones, los cuales fueron utilizados, respetando la identidad de los sujetos participantes.

Estas características permitieron entonces, obtener una claridad frente a los alcances, condiciones y lineamientos del proceso investigativo.

“El saber realizar investigación en una forma ética conduce a la habilidad para obtener resultados válidos, la cooperación necesaria de los participantes y el apoyo social necesario para sustentar la ciencia” (Camacho de Báez, 2003, p.6).

El desarrollo del Macro proyecto de la Maestría en Desarrollo Infantil, al dar inicio a la aplicación de los diferentes instrumentos parametrizados, realizó un proceso concertado con los padres de familia de los niños y adolescentes para explicar la dinámica y requerimientos de la valoración. Posterior a esta socialización el padre o representante legal, a través de la firma del consentimiento informado (Anexo B), acepta participar en el escenario de evaluación, el cual consta de varias sesiones en la que se aplica una serie de baterías orientadas a identificar aspectos socio-demográficos, familiares, cognitivos, emocionales y comportamentales de los sujetos de la muestra.

Retomando lo propuesto por Richaurd, 2007 & Nuremberg,1974 (citados por Camacho de Báez, 2003) la investigación se debe orientar a generar conocimiento científico frente al fenómeno abordado, dando lugar a conclusiones en pro del beneficio de los sujetos valorados y de la población en general. Por tanto, el Macro-proyecto generó condiciones apropiadas para el escenario evaluativo, a través de la implementación de herramientas (pruebas, test, entrevistas) científicamente avaladas y estandarizadas que fueron aplicadas por profesionales entrenados y capacitados, en contextos apropiados para la consecución de las etapas de evaluación , respetando al niño o adolescente y a su representante legal, quienes tuvieron la posibilidad de poner fin al

proceso , cuando así lo consideraran pertinente, puesto que estaban amparados en el principio de la no maleficencia.

9. RESULTADOS

Cada uno de los procesos de análisis realizados en este trabajo investigativo, se efectuaron con el programa de software SPSS (versión 21.0), y las tablas y gráficos fueron elaborados con el programa Microsoft Excel (versión 2010). A continuación se describen los tres momentos definidos para analizar la información:

Momento 1 (Descripción de las características socio-demográficas de la muestra estudiada).

Dentro de este apartado del proceso de análisis, se presentan los resultados estadísticos obtenidos frente a las características socio-demográficas de los niños y adolescentes con diagnóstico de TDA-H participantes del estudio. La tabla 2 contiene las distribuciones de frecuencia y porcentuales de las variables socio-demográficas de los participantes en el estudio.

Tabla 2.*Distribución de frecuencias y porcentual de las variables socio-demográficas*

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Rango de Edad	5 a 7 años	38	27
	8 a 11 años	63	44,7
	12 a 15 años	40	28,4
Sexo	Femenino	25	17,7
	Masculino	116	82,3
Etapa escolar	Transición	6	4,3
	Primaria	87	61,7
	Secundaria	48	34
Tipo de institución educativa	Privada	73	51,8
	Pública	68	48,2
Estrato socio-económico (ESE)	Bajo	44	31,2
	Medio	78	55,3
	Alto	19	13,5

Se observó que el rango de edad 2 (8 a 11 años) tuvo una mayor representatividad, con cerca de la mitad de los casos. Se identificó además, que alrededor del 90 % de los participantes pertenecen a los estratos socio-económico bajo y medio, al igual que sucede con la variable sexo, en la que 4/5 partes de los participantes pertenecen al sexo masculino. Por otro lado, se encontró que los participantes de la muestra se distribuyen equitativamente entre instituciones privadas y públicas, mientras que en la etapa escolar la primaria tiene la mayor representación con aproximadamente 2/3 de la muestra.

Momento 2 (Distribución de la muestra, según subtipo de TDAH diagnosticado y rango de edad).

En este momento se observa la información correspondiente a la distribución de la muestra respecto a los subtipos de TDAH y a los rangos de edad establecidos para el análisis. La tabla 3 presenta la distribución de frecuencias y porcentual de la muestra de acuerdo a los subtipos de TDAH.

Tabla 3.
Distribución de frecuencias y porcentual de los subtipos de TDAH

Subtipo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Combinado	95	67,4
Inatento	45	31,9
Hiperactivo/Impulsivo	1	0,7

De los 141 participantes del estudio se encontró prevalencia del subtipo combinado sobre los otros dos subtipos, teniendo éste una representación de más de 2/3 de la muestra. El resto de participantes pertenecen al subtipo inatento a excepción de un solo caso diagnosticado con el subtipo Hiperactivo/Impulsivo. Dada la mínima representación del subtipo hiperactivo/impulsivo dentro de la muestra, se determinó que para el resto de descripciones y análisis presentados, se descartaría hacer referencia o comparación alguna con este subtipo. En la siguiente tabla se encuentra la distribución porcentual y de frecuencias de la muestra, de acuerdo a los rangos de edad y su correspondiente representación de cada uno de los subtipos de TDAH.

Tabla 4.*Distribución de frecuencias y porcentual por rangos de edad y subtipo.*

Rango de edad	Subtipo-TDAH	Frecuencia	Porcentaje (%)
5 a 7 años	Combinado	30	81,1
	Inatento	7	18,9
8 a 11 años	Combinado	45	71,4
	Inatento	18	28,6
12 a 15 años	Combinado	20	50,0
	Inatento	20	50,0

Se observó que existe una predominancia del subtipo combinado en los rangos de 5 a 7 años y de 8 a 11 años, siendo 4 veces mayor la cantidad de participantes con este diagnóstico respecto al subtipo inatento en el primer caso y de algo más de 2/3 en el segundo caso. En el rango de 12 a 15 años la distribución es homogénea entre los subtipos. Al aplicar la prueba de Chi-cuadrado para analizar la asociación entre las variables rango de edad y subtipo, se encontró que existe dependencia entre éstas ($p=0,01$).

Dado que se encontró en el proceso estadístico anteriormente realizado, se calculó el coeficiente de V de Cramer para determinar la fuerza en la que las variables analizadas se asocian, encontrándose una relación débil entre ellas (V de Cramer=0,256).

Momento 3 (Distribución de la comorbilidad afectivo-comportamental encontrada en la muestra, según subtipo de TDAH, rango de edad).

La tabla 5 evidencia la distribución de frecuencias y porcentual de los tipos de comorbilidad afectivo-comportamental encontrada en los 141 participantes del estudio.

Tabla 5.
Distribución de frecuencias y porcentual por tipos de comorbilidad afectivo-comportamental.

Comorbilidad afectivo-comportamental	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sin trastorno comórbido (sólo Dx: TDAH)	96	68,1
Trastornos internalizados	31	22,0
Trastornos externalizados	8	5,7
Trastornos internalizados/externalizados	6	4,3

En la tabla anterior, se observa que más de 2/3 de la muestra no presenta ningún tipo de comorbilidad asociada. Por tanto, para los análisis que se realizarán en este apartado, se tendrá en cuenta los 45 casos (31,9%) de la muestra total, que presentaron algún tipo de comorbilidad afectivo-comportamental asociada. Respecto a las comorbilidades afectivo-comportamentales asociadas presentes, más de 2/3 de los casos (68,8%) corresponden a trastornos internalizados, mientras que el resto de casos presentan trastornos externalizados y trastornos internalizados/externalizados, con un 17,8% y 13,3% respectivamente.

Tabla 6.
Distribución de frecuencias y porcentual de trastornos afectivo-comportamentales asociados por rango de edad.

Subtipo	Agrupación Comórbida	Rango de edad					
		5 a 7 años		8 a 11 años		12 a 15 años	
		Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Combinado	Trastornos internalizados	7	53,8	9	42,9	3	27,3
	Trastornos externalizados	1	7,7	5	23,8	2	18,2
	Trastornos internalizados/externalizados	2	15,4	4	19	0	0
Inatento	Trastornos internalizados	3	23,1	3	14,3	6	54,5

Conviene distinguir que cerca de la mitad de los participantes con comorbilidades afectivo-comportamentales asociadas se encuentran en el rango de 8 a 11 años, mientras que los demás rangos se dividen casi equitativamente con una representación de $\frac{1}{4}$ de la muestra identificada con asociación afectivo-comportamental. En cuanto a la agrupación comórbida, se destaca que los trastornos internalizados se presentan en algo más de $\frac{2}{3}$ de la muestra, mientras que en el resto de los participantes la existencia de trastornos externalizados y trastornos internalizados/externalizados se da en proporciones muy semejantes.

Por otra parte, al examinar la distribución de los trastornos afectivo-comportamentales en función de los subtipos, se encuentra que en el subtipo combinado se presentan los tres tipos de agrupaciones comórbidas mencionadas en la tabla 6 (trastornos internalizados, trastornos externalizados, trastornos internalizados/externalizados); mientras que en el subtipo inatento sólo se refleja asociación comórbida con trastornos de carácter internalizado.

En relación al subtipo combinado se destaca en primer lugar, que la agrupación comórbida más común son los trastornos internalizados, con una ocurrencia del 57,6% de los casos. A su vez, al examinar esta distribución en función del rango de edad, los resultados muestran que los trastornos internalizados en este subtipo, se presentan con mayor frecuencia en el rango de 8 a 11 años, con un 47,4% de los casos, seguido por el rango de 5 a 7 con un 36,8%. De igual forma, los trastornos externalizados tienen mayor aparición en el rango de 8 a 11 años, con un 62,5% de los casos, seguido por el rango de 12 a 15 con un 25%. Por último, los trastornos internalizados/ externalizados, sólo se dan en los rangos de 5 a 7 y de 8 a 11, teniendo también mayor aparición en el rango de 8 a 11, con un 66,7% de los casos.

En cuanto al subtipo inatento, sólo existe asociación comórbida con trastornos de carácter internalizado. Al examinar en este subtipo, la distribución de los trastornos internalizados en función de los rangos de edad, se concluye que estos se presentan con mayor frecuencia en el rango de 12 a 15 años con un 50% de los casos, mientras que en los otros dos rangos la cantidad de casos tiene igual representación.

De los resultados anteriormente mencionados, se destaca como en el subtipo combinado, la relación con agrupaciones comórbidas, ya sean internalizadas, externalizadas o mixtas, reducen su frecuencia de aparición con el aumento de edad, mientras que en el subtipo inatento se amplía la asociación de trastornos internalizados comórbidos con el aumento de edad.

Momento 3.1. Comorbilidad afectivo-comportamental: TDAH y Trastornos Internalizados.

La tabla 7 presenta la distribución de frecuencias y porcentual de los participantes con trastornos internalizados por rango de edad y subtipo:

Tabla 7.
Distribución de frecuencias y porcentual de los trastornos internalizados por rango de edad y subtipo de TDAH.

Rango de edad	Subtipo	Tipo de trastorno internalizado	Frecuencia	Porcentaje (%)
5 a 7 años	Combinado	Fobia simple específica	7	70
		Inatento	3	30
		Total	10	100
8 a 11 años	Combinado	Fobia simple específica	7	58,3
		Trastorno de ansiedad por separación.	2	16,7
	Inatento	Fobia simple específica	2	16,7
		Trastorno de ansiedad por separación.	1	8,3
		Total	12	100
12 a 15 años	Combinado	Fobia simple específica	3	33,3
		Fobia simple específica	3	33,3
	Inatento	Trastorno de ansiedad social	2	22,2
		Trastorno de ansiedad por separación.	1	11,1
		Total	9	100

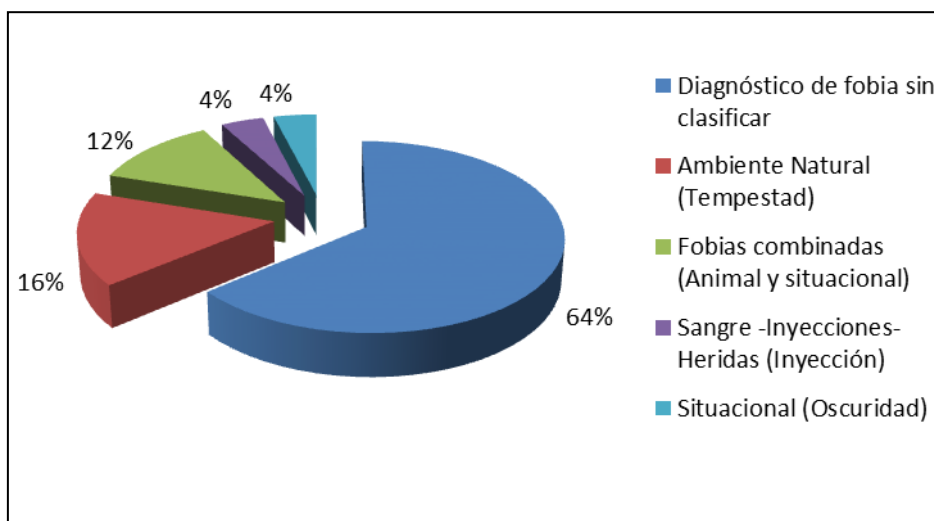
En relación con el tipo de trastorno internalizado comórbido presentado, se admite que la Fobia Simple Específica es el trastorno que presenta mayor frecuencia, ya que se observa en el 80,6% de los casos, seguida por el trastorno de ansiedad por separación con el 12,9%, y un último lugar se encuentra el trastorno de ansiedad social con un 6,5%.

Por otra parte, al examinar los diferentes trastornos comórbidos de tipo internalizado de acuerdo al rango de edad, se identifica que la Fobia Simple Específica se presenta en todos los rangos, siempre con el mayor porcentaje de aparición. Este fenómeno se genera de igual forma si se examinan los datos en función del subtipo. Con relación a los subtipos, en el combinado, la Fobia Simple Específica se da de manera exclusiva en los rangos de 5 a 7 años y de 12 a 15 años, mientras que en el rango de 8 a 11 se identifica la aparición de otro tipo de diagnósticos, tales como: ansiedad por separación, aunque en una menor proporción. Por su parte, en el subtipo inatento la diversidad de trastornos comórbidos de tipo internalizado, aumentan con la edad, destacándose que la Fobia Simple Específica siempre aparece en mayor proporción que los otros trastornos internalizados; de esta manera, en el rango de 5 a 7 años, la Fobia Simple Específica es exclusiva, en el rango de 8 a 11 se observan sujetos con otro tipo de diagnósticos, tales como: ansiedad por separación, y en el rango de 12 a 15, fobia, ansiedad de separación y trastorno de ansiedad social.

Momento 3.1.1. Tipos de Fobia Simple Específica encontrados.

De acuerdo a la revisión teórica y a la información obtenida en los registros de entrevista realizados con los participantes del Macro-proyecto, se encontró una clasificación de los casos de Fobia Simple Específica en función del estímulo o fuente generadora de la dinámica de este trastorno. Es importante aclarar que en esta apartado solo se consideraron 25 casos, dado que dentro de las historiales clínico-investigativos revisados, sólo esta cifra de participantes, contaba con un diagnóstico más amplio de la fobia, ya que incluía la tipología y fuente generadora de la reacción fóbica. La gráfica 1, muestra la distribución obtenida:

Gráfico 1.
Tipos de Fobia Simple Específica



De los casos categorizados, las Fobias asociadas al ambiente natural son las que se presenta con mayor frecuencia, seguida por las fobias combinadas, destacándose la tipología

animal y la situacional, y en una menor proporción las fobias relacionadas con elementos relacionados con sangre (inyecciones, heridas o condiciones hospitalarias) y las fobias de tipo situacional, siendo la de oscuridad el mayor motivo reportado en esta clase de fobia.

Momento 3.2. Comorbilidad afectivo-comportamental: TDAH y Trastornos Externalizados.

Los trastornos externalizados sólo se presentaron de manera exclusiva en el subtipo de combinado (18%). Así mismo, el Trastorno Opositor Desafiante (TOD), es el único trastorno externalizado identificado en la muestra, el cual, presentó una mayor frecuencia en el rango de 8 a 11 años (11,11%), seguido del rango de 12-15 (4,44%) y el de 5 a 7 años (2,22%).

Momento 3.3. Comorbilidad afectivo-comportamental: TDAH y Trastornos Externalizados + Internalizados.

La tabla 8 presenta la distribución de frecuencias y porcentual de los participantes con dos o más trastornos asociados por rango de edad.

Tabla 8.
Distribución de frecuencias y porcentual de los trastornos internalizados/ externalizados por rango de edad.

Subtipo	Rango	Fobia Simple Específica / TOD		Fobia Simple Específica/TOD/Ansiedad por separación	
		Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Combinado	5 a 7 años	1	25	1	50
	8 a 11 años	3	75	1	50

Los trastornos clasificados como Internalizados/externalizados sólo se presentaron en el 13,3% de los casos. A su vez, el subtipo combinado, es el único que presenta este tipo de asociación, en los rangos de edad de 5-7 años y de 8 a 11 años. De los 6 sujetos que presentan esta condición, 2/3 tienen diagnósticos comórbidos relacionados con Fobia Simple Específica y el Trastorno Oposicionista desafiante. Para los casos con tres asociaciones comórbidas se encuentra una aparición de las tipologías anteriormente mencionadas, sumado al Trastorno de Ansiedad por separación.

10. DISCUSIÓN

A través de este estudio se intentó, describir la comorbilidad afectivo-comportamental asociada a los diferentes subtipos del trastorno por déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH), en una muestra de 141 niños niñas y adolescentes, entre los 5 y 15 años de edad, que asisten a programas de atención a población infantil de la ciudad de Manizales-Caldas. Una vez procesada la información del total de la muestra obtenida, se logró determinar los siguientes aspectos:

En cuanto a las características socio-demográficas, se destaca el predominio participantes de sexo masculino, con un 82,3% de representatividad en la muestra estudiada. Al respecto conviene decir que esta tendencia es similar a la encontrada en estudios de prevalencia del TDAH, tanto a nivel nacional como internacional (Vélez, Talero, González e Ibáñez, 2008; López-Villalobos et al., 2004) donde es mayor el diagnóstico en el género masculino, existiendo un factor de 4 a 1, en los casos reportados de hombres frente al de mujeres. En otros referentes, la proporción mencionada aumenta hasta un factor de 10 a 1 (Orjales, 2008).

Cabe señalar además, que la variable sexo cobra vital importancia en el análisis, ya que al observar la dinámica sintomática diferencial reportada por la literatura científica, se encuentra que las mujeres presentan mayor sintomatología relacionada con el subtipo inatento, mientras que los hombres se destacan por evidenciar síntomas característicos de

los subtipos hiperactivo-impulsivo y combinado, así como conductas disruptivas de carácter secundario (Urzúa, Domic, Cerda, Ramos & Quiroz, 2009; Vélez et al., 2008). No obstante, dado el tamaño de la muestra del presente estudio y la diferencia presentada en la relación de casos entre hombres y mujeres, no se consideró el sexo como una de las variables principales a analizar.

Otra de las variables socio-demográficas estudiadas fue la edad, donde se destaca la frecuencia del rango de 8 a 11 años, con una representación cercana a la mitad de la muestra estudiada. Dicho resultado es congruente con la distribución de edad hallada por Rodríguez et al, 2009 ; Grau, 2006; González, 2006 & Nicolau, 2002, quienes reconocen que este rango de edad agrupa un gran porcentaje de los procesos de evaluación diagnóstica sobre el TDAH. Los autores mencionados asumen que en esta etapa se inician procesos académicos y de relación interpersonal más exigentes, donde la regulación conductual, el seguimiento de normas y límites, la necesidad de organizar la dinámica temporo-espacial para culminar sus tareas escolares y enfrentarse a tareas repetitivas que aplazan la posibilidad de satisfacción inmediata se hacen más evidentes; estas exigencias de carácter socio-cultural delimitan los comportamientos esperados en los niños que presentan estas edades, y que en muchas ocasiones no son los observados en sujetos con TDAH, puesto que exhiben conductas más inmaduras, que no les permite auto- controlarse conductualmente, mantener la atención, manejar efectivamente la expresión emocional e inhibir respuestas impulsivas, así como modular el comportamiento y nivel de actividad basándose en condiciones contextuales y proyección de consecuencias, todas estas condiciones mencionadas generan una mayor preocupación en padres y docentes quienes

recurren a servicios de salud mental y de neurología pediátrica para obtener una respuesta diagnóstica y de intervención contundente.

Cabe señalar que estos autores reconocen la importancia de realizar procesos de intervención integral (a nivel educativo, familiar, psicológico y psiquiátrico, entre otros) desde el mismo momento en que se realiza el diagnóstico; esto permite mitigar la sintomatología básica del trastorno, evitando que factores socioculturales, biológicos y psicosociales ligados a etapas evolutivas posteriores como la adolescencia, generen la aparición y realce de comportamientos, tales como: bajo rendimiento académico, deserción escolar, aislamiento social, baja autoestima, conductas disruptivas (robo, callejización, conductas delictivas, asociación a grupos de pares anti-convencionales, uso y abuso de sustancias psicoactivas, entre otros) que complejizan la evolución del trastorno y por tanto, la eficacia del tratamiento.

Al igual que en los estudios realizados por Pascual-Castroviejo, 2002; Rodríguez, 2009; Navarro, 2009; González, 2006 & Calderon, 2010, el subtipo más frecuente en el actual estudio fue el combinado, con una representación del 67,4%. Las investigaciones sobre el TDAH ponen de relieve que existe un mayor número de casos diagnosticados con subtipo combinado, observándose en éstos, una acentuada relación con dificultades de conducta que traen consigo continuas problemáticas de índole social. “Frecuentemente se observan serias dificultades para establecer de manera adecuada relaciones sociales con sus compañeros y rechazo por sus iguales debido a sus características conductuales” (Grau, 2006, p. 70).

Un hallazgo importante en este estudio relacionado con los subtipos de TDAH, fue la dinámica de distribución de la muestra en el rango de 12 a 15 años donde la cantidad de participantes diagnosticados con subtipo inatento fue igual a los diagnosticados con subtipo combinado. Lo anterior es consistente a lo establecido por Pineda et al., 2001; Holguín et al., 2007; Velez et al., 2008; Rodríguez et al., 2009 & Orjales, 2008, quienes reconocen que cuando se da el paso de la pre-adolescencia a la adolescencia, la mayoría de sintomatología asociada a la hiperactividad tiende a matizarse, mientras que aquella relacionada con dificultades atencionales, bajo rendimiento escolar y auto-control emocional, suele exacerbarse. Por tanto, un diagnóstico de TDAH en la adolescencia evidenciará con mayor claridad la incidencia de trastornos de la esfera afectivo-comportamental, lo cual, aunque permite la adopción de procesos de intervención específicos, no representa el tiempo más pertinente para la adherencia al mismo; ya que generalmente, en esta etapa el sujeto diagnosticado comprende el proceso de intervención como un escenario opuesto a su propia concepción de individualidad y libre desarrollo, razón por la cual no acepta fácilmente las medidas sugeridas por los profesionales de la salud orientadas a la mitigación del trastorno, que afecta notablemente la calidad de sus dinámicas cotidianas.

Con respecto al proceso de análisis de las comorbilidades afectivo-comportamentales, la literatura sugiere que entre un 40-60% de los sujetos diagnosticados con TDAH presentan algún trastorno comórbido (Diez, Figueroa, Quintana & Soutullo, 2006). Este rango porcentual señalado, es mucho menor al detectado en la muestra analizada por éste estudio, donde sólo 31,9% de los participantes evidenciaron esta condición de asociación comórbida. Los resultados exponen además la predominancia de trastornos internalizados,

relacionados principalmente con trastornos de carácter ansioso, los cuales se manifestaron en un 22% de los participantes; por otro lado, la existencia de asociaciones comórbidas de tipo externalizado y de tipo mixto (internalizado/externalizado), sólo se manifestaron en el 10% de la muestra.

El fenómeno anterior se describe de forma más precisa, cuando se observa que el subtipo combinado que tiene mayor frecuencia de aparición en la muestra total, presenta además, los tres tipos de comorbilidad identificada en el estudio (trastornos internalizados, externalizados y mixtos), con predominancia en el rango de 8 a 11 años. Esta dinámica cambia cuando se observa como el subtipo inatento, tiene una presencia exclusiva de asociaciones comórbidas internalizadas, con predominancia en el rango de 12 a 15 años. Por su parte, Biderman y Faraone, 1997 (citados por López-Villalobos, 2004), describen que los síntomas característicos de los trastornos internalizados presentan un inicio posterior a los 7 años, lo cual es concordante con los hallazgos de la presente investigación. No obstante, los resultados describen un comportamiento opuesto entre subtipos en función de la edad, ya que para el subtipo inatento la aparición de agrupaciones comórbidas internalizadas se incrementa con el aumento de la edad, mientras que en el subtipo combinado se da una menor aparición de trastornos internalizados en las edades superiores (adolescencia).

De acuerdo con Díaz, 2006 & Diez et al., 2006, la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población infantil y adolescente, varía entre el 5 y 18% de los casos

reportados con TDAH a nivel mundial. No obstante, el estudio realizado en España por López-Villalobos (2004), cerca del 50% de los participantes presentaron cuadros clínicos de ansiedad generalizada, ansiedad por separación, ansiedad social y fobia simple; resultado que es concordante con el trabajo presentado por Rodríguez et al. (2009). En este sentido, los resultados del presente estudio son concordantes con estos hallazgos, dado que se determinaron frecuencias de aparición de trastornos internalizados, tales como: fobia simple específica, ansiedad por separación y ansiedad social. De estos trastornos enunciados anteriormente, la fobia simple específica tiene una prevalencia en el 80,6% de los casos, de los cuales la mayor proporción se diagnostica en los participantes con subtipo combinado (54,8%).

A este propósito, es importante mencionar que la Fobia simple específica como trastorno internalizado más frecuente en este estudio, es posible que se desencadene por la presencia o anticipación de objetos, situaciones o seres vivos y que tienen la tendencia a ser moldeadas inadvertidamente por los adultos cuidadores a través de castigos o correctivos inapropiados (García et al., 2009). Teniendo en cuenta, el elemento detonador del miedo, se logró identificar en este estudio, como las fobias relacionadas con eventos del ambiente natural, (tormentas, tempestad, temblores, entre otros) son las de mayor ocurrencia. Dicho hallazgo se aleja de lo expresado por Brown, 2001; Bados, 2005 (citados por García et al., 2009), quienes manifiestan que este trastorno comórbido del TDAH, se relaciona en la mayoría de los casos con fobias de tipo situacional, es decir, miedo excesivo e irracional a contextos, tales como: ascensores, cementerios, aviones, túneles, puentes, sitios oscuros, entre otros.

Otro trastorno internalizado encontrado en la muestra estudiada, fue el trastorno de ansiedad por separación, que sólo se diagnosticó en un 12,9% de los casos, con una distribución equitativa para los subtipos combinado e inatento, y con una ocurrencia en el rango de 8 a 11 años. Por último, se encuentra la ansiedad social que sólo se presenta en el 6,5% de los casos, y su presencia es exclusiva del subtipo inatento en el rango de 12 a 15 años.

Un segundo momento referenciado en el análisis de los datos fue la observación de los resultados hallados con respecto a la aparición de los trastornos externalizados. Es pertinente mencionar, que la única comorbilidad presente en el estudio fue el trastorno oposicionista desafiante, diagnóstico exclusivo del TDAH subtipo combinado, el cual presentó una mayor incidencia en el rango de 8 a 11 años. Este hallazgo es consistente con lo expresado por Crystal, 2001 (citado por Navarro, 2009) & Calderon et al, 2010; quienes consideran que la principal diferencia entre los subtipos de TDAH, es que los sujetos diagnosticados con subtipo combinado exhiben mayores niveles de agresividad, hostilidad, rechazo social, oposición, irritabilidad, pautas desafiantes, así como ausencia de compromiso a la hora de relacionarse con figuras de autoridad, síntomas característicos de asociaciones comórbidas de tipo externalizado. Así mismo, Eiraldi, Power, Nezu, 1997 (citados por Grau, 2006) refieren que los niños con subtipo combinado tienen significativamente mayor probabilidad de presentar trastorno oposicionista desafiante y trastornos de conducta disocial.

En la revisión realizada por Joselevich (2003) se indica una asociación comórbida entre el TDAH y el TOD cercana al 35%. Estos sujetos se caracterizan por presentar síntomas relacionados, desde edades tempranas; sin embargo, es la estructura escolar, la que acentúa

con mayor fuerza la sintomatología del TOD. Dentro de este contexto, autores como Holguin et al, 2007; Navarro, 2009; Álvarez et al., 2013 mencionan que el trastorno oposicionista desafiante, además de ser una de las comorbilidades más frecuentemente asociadas al TDAH, es la puerta de entrada a otras psicopatologías, ya que al no tratar e intervenir los síntomas disruptivos tempranamente, éstos derivan en problemáticas que afectan la adaptación y la calidad de vida del sujeto (manifestación de conductas antisociales, consumo de sustancias psicoactivas, mayores niveles de accidentalidad, entre otros).

En el tercer momento referenciado en el análisis de datos, se encuentra la comorbilidad mixta (Trastornos internalizados/ externalizados), la cual se presenta exclusivamente en los casos de subtipo combinado y en los rangos de 5 a 7 años y de 8 a 11 años, teniendo una mayor incidencia en este último rango de edad.

En esta clasificación se encuentran los participantes con diagnósticos comórbidos afectivo-comportamentales mixtos, tales como: Fobia simple específica sumado al Trastorno oposicionista desafiante; y Fobia simple específica, Trastorno de ansiedad por separación y Trastorno oposicionista desafiante. La combinación de Fobia simple específica y TOD se da con mayor incidencia en el rango de 8 a 11 años, mientras que la combinación de fobia simple específica, ansiedad por separación y TOD, presenta un caso para cada rango de edad. Respecto a lo anterior, Rodríguez, 2009; Joselevich, 2003, señalan que en el subtipo combinado, cerca del 50% de los casos, presentan diagnóstico de TOD como asociación comórbida, siendo el detonante esencial de la aparición de otras asociaciones afectivo-comportamentales, tales como: trastornos de conducta y ansiedad.

De acuerdo a estas consideraciones, los resultados del presente estudio muestran un patrón afín; sin embargo, las proporciones y frecuencias de los hallazgos son inferiores a los encontrados por dichos estudios.

A partir de los planteamientos propuestos, se pretende realizar una crítica frente a la forma como se configura actualmente el diagnóstico de TDAH, por parte de los profesionales de salud; ésta construcción crítica se sustenta en las construcciones teóricas de Barkley, 2009 & Cardo y Servera, 2008. Las consideraciones actuales que propone el DSM-IV para definir la existencia o no del TDAH y las asociaciones comórbidas afectivo-comportamentales, ha dado lugar, a que se generen en los espacios clínicos e investigativos análisis categoriales radicales, sumado a la construcción de baterías y entrevistas estructuradas como el caso de la M.I.N.I-KID y la CHIPS, que intentar ser objetivas y coherentes con la caracterización realizada en estos manuales. Sin embargo, se olvida en su aplicación que las interpretaciones del niño o adolescente diagnosticado, y la construida por el padre de familia o acudiente, quien posiblemente se encuentre afectado emocionalmente, se entrecruzan, dando lugar a consideraciones subjetivas que distorsionan la comprensión del trastorno y la real disfuncionalidad contextual causada por éste. Ratificando lo anterior, Puentes-Rozo, Barceló-Martínez & Pineda (2008) afirman que la percepción que los padres construyen sobre el TDAH, impacta la manera como se afrontan las exigencias cotidianas de la dinámica interpersonal y afectiva, así como la configuración de habilidades y estrategias con las cuales se afronta el estrés, se toman decisiones y se solucionan conflictos.

“No deja de ser paradójico que trastornos del neuro-desarrollo tengan criterios fijos y categóricos independientemente de la edad y el género. Ciertamente, las manifestaciones del TDAH son distintas en un niño, en un adolescente, en un adulto, o en niños y niñas; sin embargo, eso no se tiene en cuenta”. (Cardo, Servera, 2008, p. 366).

Lo anterior, puede en principio cuestionar la concepción actual del DSM-IV, dado que crea disonancias a la hora de diagnosticar. Su análisis categorial y atórico propone tanto al clínico como al investigador, realizar una verificación tanto de la ausencia como de la presencia de síntomas que penalizan la conducta del individuo, sin tener en cuenta aspectos asociados al desarrollo evolutivo. Por su parte, Barkley (2009) reconoce que la lista de 18 síntomas definida en el DSM-IV para el TDAH, sólo fue validada con población infantil, por tanto es riesgoso definir un diagnóstico similar para adolescentes y adultos. Así mismo, una mirada evolutiva del trastorno, permite reconocer como la edad presupone cambios importantes en la forma como se manifiestan las dificultades atencionales, cognitivas, de inhibición, de control de la impulsividad, de tolerancia a la frustración, entre otras.

Los puntos de corte definidos actualmente tienen como objetivo primario determinar la clasificación diagnóstica tanto del TDAH como de las demás asociaciones afectivo-comportamentales; sin embargo, Barkley (2009), reconoce que es conveniente analizar cómo este punto de corte cumple un papel penalizador, que se convierte en el árbitro de la existencia o no de la entidad patológica. Dado que las comorbilidades no están supeditadas

a aspectos exclusivamente psicológicos, sino que para su manifestación intervienen agentes socializadores como la familia, la institución educativa, entre otros, que se conjugan para que en determinado momento, estos trastornos afectivo-comportamentales sean evidentes o no, ante la herramienta diagnóstica.

Se considera entonces, que desde la óptica clínica e investigativa es pertinente considerar valoraciones más integrales y de corte longitudinal, donde se aborden aspectos evolutivos y contextuales que inciden en la manifestación de la psicopatología presentada. La razón fundamental de este proceso radica en el reconocimiento de las particularidades bajo las cuales el TDAH puede acrecentar o propiciar problemas conductuales y de orden afectivo, que se extiendan hasta la edad adulta. Tal como lo menciona González (2006), la persistencia del TDAH en edades adultas afecta la toma de decisiones, el control de los impulsos, la capacidad de planificación y contextualización, lo cual impacta negativamente las relaciones de pareja, las actividades de tipo laboral, académicas, así como incrementa las conductas de riesgo, exponiéndolos a mayores niveles de accidentalidad o vulneración a terceros.

11. CONCLUSIONES

- En la dinámica socio-demográfica de la muestra estudiada se identifica una alta representación del sexo masculino con más del 80% de los casos, al igual que el rango de 8-11 años, el cual concentra alrededor de la mitad de los casos. Se observa además, una distribución equitativa de los casos tanto en instituciones educativas públicas como privadas, donde la etapa escolar de primaria concentra el 60% de la población estudiada. Aunado a ello se observa que el estrato socio-económico con mayor representatividad es el nivel medio-bajo.
- Alrededor del 68% de la muestra no presenta comorbilidad afectivo-comportamental asociada. Por tanto el 32% restante tiene algún tipo de asociación comórbida, dentro de este porcentaje se destaca que el 22% de la muestra total fue diagnosticada con algún tipo de trastorno de carácter internalizado. Al identificar la distribución existente entre la agrupación comórbida afectivo-comportamental señalada por el estudio con relación al subtipo de TDAH y el rango de edad presentado, se encuentra que el subtipo combinado es el más prevalente y evidencia relación con trastornos de carácter internalizado, externalizado y la asociación definida por el estudio como internalizados/ externalizados. Este abanico comórbido anteriormente mencionado, tiene lugar en los tres rangos de edad, sin embargo, cabe resaltar que la mayor concentración de datos se encuentra en el rango de 8-11 años.

- De los casos analizados la Fobia Simple Específica es el trastorno internalizado más frecuente en el estudio, se presenta en los diferentes rangos de edad y en los subtipos combinado e inatento. Por su parte, es pertinente mencionar que el único trastorno externalizado observado en la investigación fue el Trastorno Opositor Desafiante, con una mayor representatividad en el rango de 8 a 11 años; siendo además, una asociación comórbida exclusiva del subtipo de TDAH combinado. Por su parte, la agrupación comórbida mixta (Trastornos internalizados/ externalizados), se da exclusivamente en el subtipo combinado en los rangos de 5 a 7 años y de 8 a 11 años, teniendo una mayor incidencia en este último rango de edad. Respecto a lo anterior, Rodríguez, 2009 & Joselevich, 2003, señalan que en el subtipo combinado, cerca del 50% de los casos que presentan diagnóstico comórbido de TOD, éste actúa como detonante en la aparición de otras asociaciones afectivo-comportamentales, tales como: trastornos de conducta y ansiedad.

12. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN DERIVADAS DEL PROCESO INVESTIGATIVO

Caracterización de los contextos familiares de los niños y adolescentes que presentan TDAH y asociaciones comórbidas afectivo-comportamentales.

Rendimiento y adaptación escolar asociado a niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH y asociaciones comórbidas afectivo-comportamentales.

Caracterización de las tipologías de fobia simple específica presentadas por la muestra estudiada y como se relacionan con estilos de crianza.

Manifestación de los trastornos internalizados, de acuerdo al subtipo de TDAH diagnosticado, sexo y rango de edad.

Caracterización de los contextos académicos y sociales de los niños y adolescentes que presentan TDAH y asociaciones comórbidas afectivo-comportamentales.

Intervenciones psiquiátricas y psicoterapéuticas mayormente utilizadas en los niños y adolescentes que presentan TDAH y asociaciones comórbidas afectivo-comportamentales.

Comorbilidades afectivo-comportamentales en niños y adolescentes sin diagnóstico de TDAH.

Comorbilidades cognitivas en niños y adolescentes pertenecientes al grupo de casos y controles.

13. REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

Alda, J., & Fernández, M. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Catalunya - España: Editorial del Ministerio de Ciencia e Innovación.

Álvarez, M., Soutullo, C., Díez, A., Figueroa, A. (2013). *TDAH y su comorbilidad psiquiátrica*. España: Universidad de Navarra.

Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales*. Barcelona: Editorial Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales*. Barcelona: Editorial Masson.

Arango, C., Rojas, J., & Moreno, M. (2008). Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 37(4), 538-563.

Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(Supl 1), 68-78.

- Barkley, R. (2002). *Niños Hiperactivos: Cómo comprender y atender sus necesidades especiales (3a ed.)*. España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Barkley, R. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: que puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de Neurología*, 48(Supl 2), 101-106.
- Barnathan, C. (2004). Niños con TDAH, cambios en la interacción familiar a partir del diagnóstico. (Tesis de Maestría). Universidad de Belgrano, Departamento de Investigación, Buenos Aires, Argentina.
- Brown, T. (2003). *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos (2ª ed.)*. España: Editorial Masson.
- Brown, T. (2010). *Comorbilidades del TDAH: Manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos (2ª ed.)*. España: Editorial Masson.
- Calderón, J., Castaño, M., Jiménez, D., Dussán, L., & Valderrama, A. (2010). Trastornos mentales y por consumo de sustancias en el departamento de Caldas. Dirección territorial de salud de Caldas – Universidad de Caldas.
- Camacho de Báez, B. (2003). *Metodología de la Investigación Científica*. Tunja: Editorial Universidad Tecnológica y Pedagógica de Colombia.

- Cardo, E., & Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de Neurología*, 46(6), 365-372.
- Cornejo, J.W., Osío, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J., Sánchez, G., Grisales, H., Castillo-Parra, H., & Holguín, J. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista de Neurología*, 40, 716-722.
- Díaz, J. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 6(1), 44-55.
- Díez, A., Figueroa, A., Quintana, C., & Soutullo, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8(4), 135-155.
- Faraone, S. & Antshell, K. (2008). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos. *Revista oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)*, 6(3), 131-136.
- Flores, J. (2009). Características de comorbilidad en los diferentes subtipos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Psicothema*, 21(4), 592-597.

García, M., & Rivera, R. (2012) Asociación entre los subtipos mixto e inatento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y ansiedad en un grupo de niños y adolescentes del hospital militar central de Bogotá. (Tesis de Maestría). Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.

Grau, M. (2006). Análisis del contexto familiar en niños con TDAH. (Disertación doctoral). Universidad de Valencia, Departamento de psicología evolutiva y de la Educación, Sevilla, España.

González, E. (2006). Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el salón de clases. (Disertación doctoral). Universidad complutense de Madrid, Departamento de Psicología Básica, Madrid, España.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2006). *Metodología de la Investigación (4a ed.)*. Mexico: Editorial Mc Graw Hill.

Holguín, J., Osío, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J. y Cornejo, W.(2007). Comorbilidad del trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA) en una muestra poblacional de niños y adolescentes escolares, Sabaneta, Colombia, 2001. *Revista IATREIA*, 20(2), 101- 110.

- Joselevich, E. (2003). AD/HD. *Qué es, qué hacer: Recomendaciones para padres y docentes (1a ed.)*. México: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Kenlinger, F., & Lee, H., (2002). *Investigación del comportamiento, métodos de investigación en ciencias (4ta ed.)*. México: Editorial Mc Graw Hill.
- López, I., Rodillo, E., & Kleinsteuber, K. (2008). Neurobiología y diagnóstico del trastorno por déficit de Atención. *Revista médica*, 19(5), 511- 524.
- López-Villalobos, J., Serrano, I., Delgado, J., Ruíz, F., García, M. & Sánchez, M. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una alteración psicopatológica con impacto multidimensional. *Revista Anales de psiquiatría*, 20(5), 205-210.
- López-Villalobos, J., Serrano, I. & Delgado, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y ansiedad. *Revista Psicothema*, 16(3), 402-407.
- Montoya, D., Varela, V. & Dussán, C. (2011). Caracterización neuropsicológica de una muestra de niños y niñas con TDAH de la ciudad de Manizales. *Biosalud*, 10(1), 30 - 51.
- Navarro, M. (2009). Procesos cognitivos y ejecutivos en niños con trastorno por Déficit de atención con hiperactividad: Una investigación empírica. (Disertación doctoral).

Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Psicología Básica, Madrid, España.

Nicolau, R. (2002). TDAH: el control de las emociones. *Revista de Psiquiatría de la Asociación Española Infanto-juvenil. Número especial (19)*, 1-5.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos Mentales y del comportamiento. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Clasificación internacional de las enfermedades mentales. (4ta ed.)*. Ginebra.

Orjales, I. (2008). *Déficit con atención e hiperactividad: Manual para padres y educadores (14ta ed.)*. España: Colección CEPE, S.L.

Pineda, D., Lopera, F., Henao, G., Palacio, J., & Castellanos, F. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Revista de Neurología*, 32(3), 217-222.

Pineda, D. (2006). M.I.N.I- Kid 5.0.0: Mini-entrevista neuro-psiquiátrica internacional para niños y adolescentes (Adaptación al español colombiano). Universidad de San Buenaventura – Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

- Puentes-Rozo, P., Barceló-Martínez, E., & Pineda, D. (2008). Características conductuales y neuropsicológicas de niños de ambos sexos de 6 a 11 años con trastorno por déficit/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 47(4), 175- 184.
- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: Una aproximación conceptual. *Revista psicología y salud, México*, 18(1), 37-44.
- Rodríguez, L., López-Villalobos, J., Garrido, M., Sacristán, M., Martínez, M., & Ruíz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 11(42), 251- 268.
- Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de Autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*, 40(6), 358-368.
- Sarason, I. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Editorial: Pearson Higher Education.
- Soutullo, C. (2008). *Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. España: Editorial Médica PANAMERICANA.

Soutullo, C., & Mardomingo, J. (2010). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*.

España: Editorial Medica PANAMERICANA.

Torres, A. (2011). Memoria de trabajo y comprensión lectora en niños de tercero a quinto grado de primaria con trastorno por déficit Atencional/hiperactividad. (Tesis de Maestría). Universidad de Manizales, Facultad de Psicología, Manizales, Colombia.

Urzúa, A., Domic, M.; Cerda, A., Ramos, M. & Quiroz, J. (2009). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños Escolarizados. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(4), 332-338.

Vélez, A., Talero, C., González, R., Ibañez, M. (2008). Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de escuelas de Bogotá, Colombia. *Acta Neurológica Colombiana*, 24(1), 6- 12.

Zuluaga, J. (s.f.). Evaluación, diagnóstico y tratamiento del trastorno Deficitario de atención con Hiperactividad (TDAH).

Zuluaga, J. (2007). Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDAH), a través de una intervención sobre la atención. (Disertación doctoral). Universidad de Manizales –CINDE, Manizales, Colombia.

Zuluaga, J., & Vasco, C. (2009). Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 481-496.

ANEXOS

Anexo A. Protocolo de instrucciones para la firma del Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

CARACTERIZACIÓN NEUROPSICOPEDAGÓGICA DE NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNO POR DEFICIT ATENCIONAL/HIPERACTIVIDAD (TDAH) QUE ASISTEN A PROGRAMAS DE ATENCIÓN EN LA CIUDAD DE MANIZALES

GRUPO DE INVESTIGACION DESARROLLO INFANTIL

UNIVERSIDAD DE MANIZALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Especialización en Neuropsicopedagogía

A usted señor (a) _____,

Como padre/madre representante legal de:

Le estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Grupo de Investigación en Desarrollo Infantil, línea Evaluación Neuropsicopedagógica, adscrito a la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- **La participación de su hijo/a en este estudio es absolutamente voluntaria.** Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.
- **Su hijo/a no recibirá ningún beneficio económico o atención terapéutica del estudio actual.** Los estudios de investigación como éste pretenden producir y/o ampliar conocimientos que pueden ser aplicados en problemáticas relacionadas con el DESARROLLO INFANTIL, en especial con relación al TRASTORNO POR DEFICIT ATENCIONAL/HIPERACTIVIDAD (TDAH).
- Segundo, algunas personas tienen creencias personales, ideológicas y religiosas que pueden estar en contra de los procedimientos que se desarrollan dentro de las investigaciones psicológicas y psiquiátricas, como contestar preguntas sobre la conducta privada, hablar de sus emociones, aceptar un diagnóstico psiquiátrico etc. Si usted tiene creencias de este tipo, por favor hágaselo saber a alguno de los investigadores del Grupo de Investigación en Desarrollo Infantil antes de firmar acuerdos para participar en la investigación.

INFORMACION SOBRE EL ESTUDIO DE INVESTIGACION.

Ahora, nosotros describiremos en detalle en qué consiste el estudio de investigación. Antes de tomar cualquier decisión de participación, **por favor tómese todo el tiempo que necesite para preguntar, averiguar y discutir todos los aspectos relacionados con este estudio** con cualquiera de las personas del Grupo de Investigación en Desarrollo Infantil, con sus amigos, con sus familiares, con otros médicos, psicólogos, o con otros profesionales en quienes usted confíe.

1. Propósito

El propósito de este estudio es conocer las características neuropsicopedagógicas de niños y niñas con y sin Trastorno por Déficit Atencional/Hiperactividad (TDAH) que asisten a programas de atención infantil en la ciudad de Manizales, a través de un estudio multidimensional de las habilidades neuropsicológicas, académicas y neurocomportamentales.

Para comprobar nuestras hipótesis, **debemos usar instrumentos que nos permitan evaluar los comportamientos y las habilidades cognitivas y académicas** y así tener mayores conocimientos para realizar las conclusiones de la investigación.

Para este estudio necesitamos evaluar muchos niños y niñas con TDAH y compararlos con quienes no lo padecen. Esperamos que esta información nos permita una mejor comprensión de los procesos del desarrollo infantil, ligados a esta condición. Para esto haremos preguntas a su hijo/a, y a usted. No tienen la

obligación de responder algo que no deseen, pero queremos transmitirles la seguridad de que **todas sus respuestas serán tratadas de manera absolutamente confidencial**, es decir, que ninguna persona por fuera del grupo de investigadores se enterará de lo que usted ha contestado.

Si en el transcurso del estudio encontramos un hallazgo que sea importante para su salud física o mental, nosotros se lo haremos saber.

2. Procedimientos

Una vez propuesto usted o su hijo/a para este estudio, **se iniciará una evaluación sistematizada parecida a la que normalmente se hace en la consulta neurológica, psicológica y/o neuropsicológica para examinar a las personas**. Las anotaciones y la precisión de las mismas que se deriven de esta evaluación serán llevadas de manera especial, usando un código numérico para identificar los resultados obtenidos de cada persona.

La evaluación a emplear consiste en una serie de encuestas, pruebas de papel y lápiz y valoración médica especializada. Es un proceso que tomará 4 citas, las cuales son indispensables para concluir de manera óptima la investigación. **En cada una de las citas se realizará lo siguiente:**

- En las primeras 2 citas se administrará un protocolo neuropsicopedagógico para evaluar las habilidades cognitivas, intelectuales y académicas de su hijo/a. **Estarán a cargo de asistentes de investigación quienes tienen formación universitaria**. Este proceso será supervisado por las docentes responsables de la investigación. Si su hijo/a está tomando alguna medicación lo puede seguir haciendo mientras se somete a estas dos citas, pero debe informarnos sobre las medicinas y las dosis que recibe.

- En la tercera cita se realizará una **entrevista psiquiátrica** estructurada por parte de un médico especialista.

- En la cuarta y última cita, se realizará una **evaluación médica, en la cual se registrarán antecedentes del desarrollo, así como un examen clínico-neurológico, además de una evaluación neurofisiológica que consiste en la toma de potenciales cognitivos**. Este último aspecto hace parte de un trabajo colaborativo para un proyecto de investigación de la Universidad Nacional y la Universidad Autónoma.

La toma de potenciales cognitivos es una evaluación neurofisiológica similar a un electroencefalograma; al niño/a en posición acostado se le colocarán electrodos en el cuero cabelludo, los cuales permitirán registrar las ondas cerebrales (generadas a partir de estímulos visuales y auditivos) que son de interés para el estudio. **Tiene una duración aproximada de 1 hora, no requiere la administración de inyecciones ni de otros procedimientos, no ocasiona dolor, ni tiene riesgos para la salud. Esta evaluación será realizada por médicos en el laboratorio de neurofisiología de la Universidad Autónoma de Manizales.**

Si usted acepta que se practique esta última parte del procedimiento, es necesario que el día para esta cita el niño/a **se haya lavado muy bien el cabello con jabón de coco y haber suspendido la medicación formulada para el manejo del TDAH, 24 horas antes**. Si el día de esta cita no se han cumplido estas indicaciones, la evaluación no podrá efectuarse ya que se requiere que el cabello esté libre de grasa para que el registro de las ondas no tenga interferencias. La suspensión de la medicación permite que se analicen las ondas cerebrales bajo condiciones naturales sin efectos de medicación.

NOTA: Si usted tiene reservas, dudas u otro inconveniente para aceptar este aspecto de la evaluación, este puede omitirse (la toma de potenciales cognitivos) y su hijo/a puede continuar siendo parte del proyecto. En ese caso, se debe informar a una de las docentes investigadoras para señalarlo en el consentimiento informado que firmará.

Es importante resaltar que para hacer parte de esta investigación, se debe **asistir a las 4 citas** (independientemente de si se acepta o no la toma de potenciales cognitivos). **Si no se cuenta con la información completa, el participante no podrá ser incluido en el análisis de la información, ni se podrá entregar un reporte individual de resultados.** Este reporte de resultados consiste en un resumen de los principales hallazgos encontrados.

3. Inconvenientes, malestares y riesgos

El diligenciamiento de los cuestionarios, encuestas y/o evaluaciones practicadas a su hijo/a se consideran procedimientos **SIN RIESGO** a nivel médico y/o psicológico. El único inconveniente son las preguntas sobre conductas privadas, que pudieran causar molestia o vergüenza. Garantizamos su derecho a la intimidad, manejando esta información a un nivel confidencial absoluto.

No se dará esta información personal a nadie por fuera del grupo. **Nunca se publicarán ni se divulgarán a través de ningún medio los nombres de las personas participantes.** Los síntomas de posibles alteraciones y/o diagnósticos que se detecten sólo se le informarán a usted, si con ello se puede conseguir un tratamiento eficaz y a tiempo de algún problema.

4. Beneficios

Debe quedar claro que usted o su hijo/a no recibirán ningún beneficio económico ni atención terapéutica por participar en este estudio. Su participación es una contribución para el desarrollo de la ciencia y el conocimiento de algunas condiciones relacionadas con el TDAH y las habilidades cognitivas y de aprendizaje, que pudieran estar afectando positiva o negativamente los procesos del desarrollo infantil.

Sólo con la contribución solidaria de muchas personas como Usted será posible para los científicos entender mejor dichos procesos y brindar aportes que en última instancia redunden en una mejor calidad de vida de la población infantil.

5. Reserva de la información y secreto

La información personal que usted dará acerca de su hijo/a a nuestros investigadores en el curso de este estudio permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona diferente a Usted bajo ninguna circunstancia.

A los cuestionarios y hojas de registro de resultados se les asignará un código de tal manera que el personal técnico, diferente a los investigadores, no conocerá su identidad. Sólo alguno de los investigadores (estrictamente los asesores responsables del estudio) tendrán acceso al código y a su identidad verdadera para poder localizarle en caso de que las evaluaciones detecten o muestren alguna condición, que deba tratarse rápidamente. **El equipo general de la investigación y el personal de apoyo sólo tendrá acceso a los códigos pero no a su identidad.**

6. Información complementaria

Hay varios puntos generales que queremos mencionar para ayudarle a comprender algunos temas que se relacionan con su participación en este estudio de investigación:

a. Derecho a retirarse del estudio de investigación

Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento. Sin embargo, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte del estudio a menos que usted solicite expresamente que su identificación y su información sea borrada de nuestra base de datos.

b. Información médica o psicológica no prevista

Durante el desarrollo de esta investigación es posible (aunque no deseable) que se obtenga alguna información acerca de alguna condición de salud no prevista. Si esta información se considera importante para el cuidado y/o bienestar de su hijo/a, nosotros le recomendaremos el tipo de atención adecuada y **en ese caso nuestra investigación no cubre los costos de dicha atención.** Esta información encontrada se la daremos personalmente.

c. Relaciones familiares

En el curso de este estudio **es posible que tengamos que elaborar árboles genealógicos para rastrear a otros miembros de su grupo familiar que hayan padecido o padezcan el TDAH.** Un árbol genealógico es una representación gráfica (elaborada por uno de los especialistas en las consultas médicas a partir de preguntas) que expone los antepasados o ancestros de un sujeto y/o sus descendientes. Esto conlleva a que nosotros conozcamos información acerca de las relaciones de los miembros de la familia. Es posible que se obtenga información secreta para los familiares. Nosotros no tenemos programado revelarle a Usted ni a ningún miembro de su familia esta información; tampoco la daremos a otros profesionales en caso de ser necesaria la remisión de sus datos clínicos.

d. Estudios futuros

Los resultados de nuestra investigación serán grabados con un código numérico y estos no serán colocados en su historia clínica. **Los resultados serán publicados en revistas de literatura médica científica garantizando que la identificación de los participantes no aparecerá en estas publicaciones.**

Es posible que en el futuro los datos clínicos obtenidos y las respuestas de los cuestionarios sean utilizadas para otras investigaciones cuyos objetivos y propósito no aparecen especificados en el formato de consentimiento que Usted firmará. Si esto llegara a suceder, toda su información será manejada de manera codificada para garantizar que no se revelará su nombre o el de su hijo/a. De igual manera, si otros grupos de investigadores solicitan información para hacer estudios cooperativos, la información se enviará sólo con el código. Es decir, su identificación no saldrá fuera de la base de datos codificada de nuestro grupo de investigación.

También es posible que un futuro lo contactemos para invitarle a usted y/o a otros miembros de su familia a participar en un estudio para la ampliación de esta investigación. En ese caso, le brindaremos la información pertinente.

e. Subsidio de transporte

Debe quedar claro que por la participación de su hijo/a en este estudio no se otorga atención terapéutica y ningún beneficio económico, excepto, un desembolso para el costo de los pasajes (ida y regreso) para el niño/a y para su acudiente **en los casos que así lo requieran,** equivalente a **\$4.800 por cita.** Este costo hace parte del presupuesto del proyecto. Para su desembolso indispensablemente debe firmar la planilla de recibo de este dinero, entregado por una de las docentes investigadoras, inmediatamente termine cada cita.

7. Firma del documento de consentimiento informado

Nuestros planes para esta investigación aparecen resumidos en el formato de **CONSENTIMIENTO INFORMADO**, que usted deberá firmar en caso de aceptar hacer parte de la misma, **antes de iniciar el proceso de evaluación multidimensional en 4 citas** que le hemos explicado previamente.

Adicionalmente usted puede contar con la dirección y teléfonos donde podrá contactar a los docentes investigadores, responsables de esta investigación, en caso de requerir ampliar información o cualquier otra inquietud relacionada con la participación de su hijo/a en este estudio.

DOCENTES INVESTIGADORES:

Liliana González Benítez
Diana Marcela Montoya L.
María Eugenia García G.
Vilma Varela Cifuentes

DIRECCION: Facultad de Psicología - Universidad de Manizales
Oficina Especialización en Neuropsicopedagogía –Sede Postgrados-
Teléfono: 884 14 50 Extensión 376

Anexo B. Formato utilizado para el Consentimiento Informado

GRUPO DE INVESTIGACION EN DESARROLLO INFANTIL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA	
Lugar/Fecha: _____	
Por medio de la presente acepto la participación de mi hijo/a: _____ de _____ años de edad en el proyecto de investigación titulado: “Caracterización neuropsicopedagógica de niños y niñas con TDAH que asisten a programas de atención en la ciudad de Manizales”	
Proyecto de la Especialización en Neuropsicopedagogía adscrito al Grupo de Investigación en Desarrollo Infantil de la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales	
El objetivo del estudio es: Conocer las características neuropsicopedagógicas de niños y niñas con y sin Trastorno por Déficit Atencional/Hiperactividad (TDAH) que asisten a programas de atención infantil en la ciudad de Manizales, a través de un estudio multidimensional de las habilidades neuropsicológicas, académicas y neurocomportamentales.	
Se me ha explicado que la participación consistirá en: Practicar a mi hijo/a una evaluación sistematizada en 4 citas parecida a la que normalmente se hace en la consulta médica neurológica, psicológica y/o neuropsicológica para examinar a las personas, incluyendo encuestas y pruebas de papel y lápiz. En una de estas citas se practicará una evaluación neurofisiológica para la toma de potenciales cognitivos, aspecto de la evaluación que puedo aceptar o rechazar , tal como se me ha aclarado previamente. Las anotaciones y la precisión de los datos que se deriven de esta evaluación serán llevadas de manera especial, con el uso de un código para lograr un registro y manejo confidencial adecuado de esa información.	
Me queda claro que por la participación de mi hijo/a en este estudio no se otorga atención terapéutica y ningún beneficio económico , excepto, un desembolso para el costo de los pasajes (ida y regreso) para el niño/a y para su acudiente en los casos que así lo requieran , equivalente a \$4.800 por cita . Este costo hace parte del presupuesto del proyecto. Para su desembolso indispensablemente debo firmar la planilla de recibo de este dinero, entregado por una de las docentes investigadoras.	
Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento y de haber recibido de....., explicaciones verbales y respuestas satisfactorias a mis inquietudes, habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión, libre, consciente y voluntariamente manifiesto que he resuelto autorizar la participación de mi hijo/a . Además, expresamente autorizo al Equipo de Investigación para usar la información en otras futuras investigaciones .	
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación y la de mi hijo/a en este estudio	
Los investigadores responsables se han comprometido a darme información oportuna sobre cualquier condición no prevista , si esta información se considera importante para el cuidado y/o bienestar de mi hijo/a, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirar a mi hijo/a del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que por ello deba dar explicaciones. Los investigadores responsables me han dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.	
ACEPTO LA PARTICIPACIÓN DE MI HIJO/A INCLUYENDO LA TOMA DE POTENCIALES COGNITIVOS: SI _____ NO _____	
Nombre: _____	Firma o huella del padre/madre/acudiente: _____
	Cédula Nro: _____
Nombre: _____	Firma del investigador responsable: _____
Teléfono del investigador a quien acudir en caso de dudas o inquietudes: _____	Cédula Nro: _____
NOTA: Lo anterior para efecto de lo establecido en la Ley 23 de 1981, su decreto reglamentario 3380 de 1981; en la resolución 8430 de 1993, del Ministerio de salud y en las demás normas que lo modifiquen.	

Anexo C. Formato / Protocolo Neuro-psicopedagógico

Línea de investigación: Evaluación Neuropsicopedagógica

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Proyecto: Caracterización Neuropsicopedagógica de Niños y Niñas con TDAH que asisten a Programas de Atención en la Ciudad de Manizales
CONVENIO: Universidad de Manizales – Fundación FADESCO

CONSENSO INTERDISCIPLINARIO (Marcar con X)			
CUMPLE CRITERIOS DE INCLUSIÓN		SI	NO
CRITERIOS PARA EXCLUSIÓN DEL ESTUDIO (Marcar con X)			
1. Coeficiente intelectual inferior a 85 (WISC III)		2. Antecedente de trastorno neurológico	
3. Sospecha clínica de limitación visual o auditiva		4. Limitación motora	
5. Cumple criterios para trastorno psicopatológico		6. Diagnóstico de TDAH dudoso o incompleto	
7. No firma de consentimiento informado		8. Deserción del proceso investigativo	
OTRO:			
Medicación actual:			
SUBTIPO DE TDAH (Marcar con X)			
1. TDAH COMBINADO		2. TDAH INATENTO	3. TDAH HIPERACTIVO/IMPULSIVO
COMORBILIDAD/ES EN LA ESFERA CONDUCTUAL/APECTIVA, LENGUAJE O APRENDIZAJE			

OBSERVACIONES: _____

Fecha: _____ **FIRMA:** _____

Línea de investigación: Evaluación Neuropsicopedagógica

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Proyecto: Caracterización Neuropsicopedagógica de Niños y Niñas con TDAH que asisten a Programas de Atención en la Ciudad de Manizales
CONVENIO: Universidad de Manizales – Fundación FADESCO

PROTOCOLO NEUROPSICOPEDAGÓGICO

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA										CODIGO:			
NOMBRES/APELLIDOS (Completos)													
EDAD		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			LATERALIDAD			IDENTIFICACIÓN (cc)			
		F M		DÍA	MES	AÑO	DD	ZZ	AD				
PROCEDENCIA			BARRIO			ESE (Factura de agua)			TELEFONOS				
						1	2	3	4	5	6	Cel.:	
												Fijo:	
GRADO		ESTABLECIMIENTO											
		DOCENTE:						JORNADA: AM				PM	
NOMBRE DEL PADRE O LA MADRE ACOMPAÑANTE										DÍA	MES	AÑO	

OBSERVACIONES CLÍNICAS DURANTE LA EVALUACION (Marcar con X)			
Dificultades en lenguaje oral (fonológicas o gramaticales)		Baja comprensión	Excesiva inquietud motora
Sospecha de problemas en: Capacidad auditiva		Agudeza visual	Limitación motora
MEDICACION ACTUAL:			

PROTOCOLO ADMINISTRADO (Marcar con X)			
Cuestionarios comportamentales	Checklist TDAH	Checklist TOD	Checklist TDC
Cuestionario de Síntomas		Padres	Maestros
Cuestionarios EMC		Padres	Maestros
Batería ENI	Habilidades Cognoscitivas	Habilidades académicas	
WISC III Abreviado	Valoración médica		
Entrevista psiquiátrica estructurada	Consentimiento informado		

PROTOCOLO A CARGO DE:

Protocolo desarrollado con fines académicos e investigativos, basado en la Batería de Evaluación Neuropsicológica Infantil, ENI (2007), con permiso de los autores

Anexo D. Resumen resultado entrevista MINIKID para niños y adolescentes.

1

RESUMEN RESULTADOS ENTREVISTA MINI KID PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

FECHA DE LA ENTREVISTA _____ CODIGO PROTOCOLO _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR _____

MODULOS	PERIODO EXPLORADO	CUMPLE CRITERIOS	DSM IV	CIE -10
A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)		296.20-296.26 episodio único	F32.x
	Pasado		296.20-296.26 recidivante	F33.x
EDM Con síntomas melancólicos (opcional)	Actual (2 semanas)		296.20-296.26 episodio único	F32.x
			296.20-296.26 recidivante	F33.x
B. RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes) Riesgo: Leve__ Moderado__ Alto__			
C. TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes) De por vida		300.01/300. 21	F40.01-F41.0
D. AGORAFOBIA	Actual		300. 22	F40.00
E. FOBIA SOCIAL (trastorno de ansiedad social)	Actual (último mes)		300. 23	F40.1
F. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)		300. 3	F42.08
G. ESTADO POR ESTRES POSTRAUMATICO (Opcional)	Actual (último mes)		309. 81	F43.1
H. TRASTORNOS PSICOTICOS	De por vida Actual		295.10-295.90/297.1.1 297.3/293.81/293.82 293.89/295.8/299.9	F20.00-F29.00
I. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)		300. 02	F41.1
J. TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA	Actual		312. 8	F991.8
K. TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE	Actual		---	---
L. TRASTORNO AUTISTA	Actual		299. 0	F84.0
LL. TRASTORNO DE ASPERGER	Actual		299. 80	F84.5
M. TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION/HIPERACTIVIDAD	Actual		314.01	F90.0
NL. TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE	Actual		312.81	F91.3
O. TRASTORNO DE LA TOURETTE	Actual		307.23	F95.2