



Facultad de Psicología y Psicopedagogía

Doctorado en Psicología

Estudio cualitativo sobre las representaciones sociales de los padres y los docentes de los niños con TDAH pertenecientes a colegios católicos de

Montevideo

Tesis presentada para obtener el título de Doctor en Psicología por:

Mag. Cecilia Arozamena

Directora de Tesis: Dra. Luisa Blanco Larrieux

Noviembre, 2017

Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Este estudio cualitativo se propuso identificar las representaciones sociales de padres y docentes de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) que asisten a colegios católicos de educación primaria de la ciudad de Montevideo.

Como diseño metodológico se planteó un estudio de caso, en el cual se realizó un análisis en profundidad de 20 casos. La interpretación de las narrativas de las entrevistas se realizó a partir del análisis de contenido y desde un enfoque procesual de la teoría de las representaciones sociales. Las experiencias relatadas por los participantes revelaron tensiones en el hogar y en el ambiente escolar vinculadas al trastorno. Se indagó sobre circuito diagnóstico y los tratamientos.

A pesar de la existencia de normativa en Uruguay que ampara la inclusión educativa se encontraron dificultades en su implementación. Los docentes señalaron carencias en la formación sobre el tema y falta de recursos. Se observaron, tanto en padres como en docentes representaciones negativas con respecto al TDAH y sobre la medicación, así como dificultades en el acceso a los tratamientos.

Los hallazgos de este estudio buscan ser un aporte a la reflexión sobre las estrategias de intervención a nivel educativo y de salud destinadas a las necesidades de estas familias.

Palabras clave: Representación Social; Medicalización; Trastorno por déficit de atención con hiperactividad; Niño.

Keywords: Social Representation; Medicalization; Attention deficit disorder hyperactivity; AD/HD; Children

AGRADECIMIENTOS

La realización de esta tesis no hubiera sido posible sin las siguientes personas a las que agradezco profundamente:

En primer lugar a la Dra. Liliana Schwartz de Scafati quien con su experiencia y calidez me guió en las primeras partes de este trabajo.

En segundo lugar a la Dra. María Luisa Blanco Larrieux por sus valiosos aportes, sensibilidad y acompañamiento sin límites a lo largo de todo el proceso de investigación.

A la Dra. María Verónica Brasesco y a la Dra. Cecilia Arizaga por su amplia disponibilidad y generosa colaboración.

A la Fundación ICALA Stipendienwerk Lateinamerika – Deutschland (SLD) por brindarme su apoyo con la beca y a sus ex becarias Dra. María del Luján González Tornaría y Dra. Susana Monreal por incentivar me a iniciar esta etapa.

A las autoridades de la Universidad Católica del Uruguay y a mis colegas de la Facultad de Psicología que contribuyeron con sus conocimientos.

A los profesores del Programa de Doctorado la Facultad de Psicología de la Universidad del Salvador por su apoyo constante.

A la Dra.(c) Cecilia Cracco por compartir este tiempo juntas.

A la Ps. Isabel Sanjurjo, a Paulina Rodríguez Jardí, a Carmela Valenzuela Guntin, a la Lic. Priscilla Mena y a la Lic. Guillermina Lussich y a mi hermana Graciela por la ayuda y dedicación que cada una me ha brindado para elaboración de esta tesis.

Por último y muy especialmente a las directoras de los colegios, a los padres y a los docentes por su gran amabilidad y disposición a compartir sus experiencias con los niños con TDAH.

ÍNDICE

RESUMEN	2
AGRADECIMIENTOS	3
ÍNDICE	4
LISTA DE TABLAS.....	7
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I	12
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)	12
1.1 Evolución histórica del TDAH.....	12
1.2. El Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad.....	16
1.3. Epidemiología	17
1.4. Etiología.....	19
1.5. Descripción Clínica y Diagnóstico.....	21
1.6. Comorbilidad.....	24
1.7. Evolución	25
1.8. Tratamiento.....	27
CAPITULO II: LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	34
2.1. Origen y concepto de representación	34
2.2 Las representaciones sociales.....	36
2.3 Características de las representaciones sociales	40
2.4 Construcción de las representaciones sociales	42
2.5 Las teorías sobre las representaciones sociales.....	44
2.5.1. Enfoque procesual.....	45
2.5.2 Enfoque estructural.....	46
CAPITULO III: ESTADO DEL ARTE	48
3.1. Concepto de Medicalización	48
3.2. La medicalización en la infancia.....	50
3.3. Debate con respecto al TDAH.....	56
3.4. Investigaciones sobre las representaciones sociales del TDAH.	63
CAPITULO IV METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	70
4.1 Planteamiento del problema:	70
4.2. Preguntas de investigación	73
4.2.1. Hipótesis.....	74
4.3. Procedimiento Metodológico utilizado.....	74

4.3.1 Tipo de estudio	78
4.4 Diseño de la Investigación	78
4.5 Casuística	79
4.5.1 Procedimiento y criterios para la selección de los casos	80
4.5.2 Presentación de los casos	82
4.5.3 Descripción del contexto:	82
4.5.4. Descripción de las instituciones de enseñanza seleccionadas	84
4.5.5. Descripción de los casos	85
4.5.6 Presentación de los docentes participantes.....	89
4.5.7. Presentación del equipo de investigación.....	91
4.5.8 Descripción de los procedimientos	91
4.5.9. Metodología de recolección y elaboración de los datos.....	97
4.6 Instrumentos para la recolección de los datos y elaboración de los datos	97
4.6.1 Descripción de los instrumentos	98
4.7. Técnicas de análisis de elaboración de los datos	100
4.8. Definición de las categorías establecidas	102
4.8.1 Validez y confiabilidad	107
4.8.2. Credibilidad.....	107
CAPITULO V: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN	109
5.1. Contexto.....	109
5.2. Definición del problema.....	116
5.2.1. Hiperactividad	116
5.2.3. Déficit.....	119
5.2.4. Problemas de aprendizaje	120
5.2.5. Problemas de conducta	121
5.2.6. Representaciones en general	123
5.3. Caracterización del niño con TDAH	124
5.4. Factores que explican el problema	126
5.5. Estatuto del Diagnostico	129
5.6. Vinculo Escuela -Familia	130
5.6.2. Vinculo escuela-sistema de salud	132
5.6.3. Vinculo familia-sistema de salud	133
5.6.4. Vinculo del niño y la escuela	133
5.6.5. El niño como actor del proceso	135
5.7. Circuito de detección y diagnóstico.....	136
5.8. La medicación	139
5.9. El tratamiento sin medicación	146
5.10. Abordaje en la escuela.....	148
5.11. Problemas y recomendaciones	152
CONCLUSIONES.....	157
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	167
ANEXOS	183
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.....	185
VARIABLES QUE COMPONEN EL INSE-RED.....	189

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES	193
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS DOCENTES	197
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INSTITUCIÓN	201
CARTA PARA LOS DOCENTES	205
CARTA PARA PADRES	208



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Descripción de los casos.....	89
Tabla 2 Descripción de los docentes participantes	92
Tabla 3 Descripción de las dimensiones de Sedronar (2008)	100
Tabla 4 Síntesis de las entrevistas realizadas.....	97



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Mapa de Montevideo. Fuente: V Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas, 2011 -	83
Figura 2 Fuente: Sedronar (2008)	128
Figura 3 La calesita del TDAH elaboración propia	155



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

INTRODUCCIÓN

Hace un tiempo por un caso que estaba atendiendo tuve que visitar un orfanato en la ciudad de Montevideo en el cual una niña que iba a ser adoptada se encontraba viviendo. Después de realizar las preguntas sobre el desarrollo habituales para la historia clínica, una de las responsables de la institución me dijo que casi todas las niñas que estaban internadas estaban recibiendo medicación psiquiátrica. Su frase fue la siguiente: (...) Es mejor así, viene una psiquiatra una vez por mes y repite la medicación, así no tenemos más problemas, nos quedamos todos tranquilos (...).

El discurso de la profesional que me atendió me llevó a reflexionar sobre las formas en que se hacen los diagnósticos y los tratamientos en los niños y mucho más sobre los niños que se encuentran en condiciones vulnerables como el mencionado.

Esta situación despertó mi interés en investigar sobre los procesos de medicalización de la infancia.

Dentro de estos elegí al TDAH porque es uno de los trastornos más diagnosticados a nivel escolar. La prevalencia es de 5% de la población infantil y 2,5% de la población. Es conocido que es un trastorno que afecta a más niños que niñas (APA, 2014).

Su etiología y formas de tratamiento continúan generando múltiples controversias en el ámbito científico. Este debate ha llegado también a la población general, que utiliza su denominación con bastante frecuencia.

El mismo fue uno de los trastornos que ha sido objeto de discusión y preocupación en el ámbito de la salud en Uruguay en los últimos años. Las elevadas cifras con respecto a la venta de psicofármacos y el elevado número de niños medicados llevaron a que Uruguay recibiera un alerta de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en el 2010.

Qué es lo que está ocurriendo para que en nuestro país existan tantos niños medicados? Realizar esta pregunta implica interrogarse por las personas que rodean al niño, sus padres y sus educadores y lo que estos conocen y piensan sobre este trastorno.

En otras palabras, los padres y los docentes elaboran representaciones sociales sobre los niños con TDAH y conocerlas es un camino para aportar sobre el tema.

El estudio de las representaciones sociales nos permite describir y comprender lo que piensan sobre el trastorno.

Una vez conocidas, estas representaciones pueden guiarnos para la elaboración de estrategias de atención más eficaces.

Así esta tesis, tuvo como objetivo describir las representaciones sociales (RS) de los padres y los docentes con respecto a los niños con TDAH.

Para responder a este objetivo, la tesis se estructuró en seis partes:

En el primer capítulo, se profundizó en los últimos avances que se produjeron en torno al TDAH, abordando sus antecedentes, las principales definiciones, su etiología, su prevalencia, la descripción clínica, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. Se trató de ofrecer un panorama general de los síntomas y sus repercusiones en el desarrollo del niño y sus familias.

Es importante aclarar que en la elaboración de este trabajo se trató de llevar a cabo un proceso flexible que nos facilitara ampliar, disminuir o agregar información a cada una de las partes mencionadas. La revisión de estudios que se realizó para esta tesis no tuvo el objetivo de ser exhaustiva, realizamos una selección de aquellos que entendimos que podrían ser los más adecuados a nuestro objeto de investigación

En el segundo capítulo se presentó la teoría de las representaciones sociales (RS) que posibilitó la comprensión de los sentidos de los comportamientos humanos.

El tercer capítulo se dedicó al estado del arte, en el mismo se abordó la medicalización en la infancia, el rol de la escuela y la familia, las controversias

en torno al diagnóstico del TDAH y se realizó una revisión de algunos estudios realizados sobre el tema.

En el cuarto se describió el método que nos permitió llegar a los objetivos de la investigación. En esta parte se presentó el problema, el desarrollo de la investigación, los hallazgos, los análisis, las consideraciones éticas y las medidas que se tomaron para asegurar la calidad de la investigación.

En el quinto capítulo se presentó el análisis y la discusión de resultados.

Y por último se presentaron las conclusiones con una breve síntesis de la investigación realizada.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

CAPÍTULO I

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

En este capítulo se presentará la evolución histórica del TDAH, con las definiciones aportadas por distintos autores. Para la descripción clínica y el diagnóstico, se tomarán en cuenta las clasificaciones propuestas por el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales “(DSM-5) y la “Clasificación Internacional de Enfermedades “(CIE-10). Por último, se presentarán las principales teorías acerca del mismo, su evolución general y los principales tratamientos recomendados.

1.1 Evolución histórica del TDAH

Hace más de un siglo que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es motivo de debate. Su definición, su diagnóstico y su origen no están tan claros y estamos aún lejos de llegar a un consenso con respecto a él.

Las denominaciones que recibió este trastorno a lo largo de más de cien años fueron varias: “Daño Cerebral”, “Lesión Cerebral Mínima “, “Disfunción Cerebral Mínima”, “Síndrome Hiperkinético “ hasta más cercano en los tiempos “Síndrome del Niño Hiperactivo”. Estas múltiples definiciones dan cuenta de las dificultades que se presentaron en su estudio (Tornese, 2013; Scandar,2003, 2006a; Benito,2008, Trenchi,2011).

Pelayo, Trabajo y Zapico (2012) y Díaz (2006) mencionan que las primeras referencias con respecto a las dificultades del comportamiento en los niños que hablaban de “niño hiperactivo” fueron encontradas en los escritos de Hoffman

en 1845. Tornese (2013) menciona dentro de los antecedentes a Ireland que ya en 1877 describía a los niños con este trastorno como niños difíciles y a Bourneville que en 1897 los describía como niños inestables con escasa capacidad de controlar los estímulos.

A pesar de esto la definición más clara del trastorno aparece en los inicios del siglo XIX. Fue Still un americano, que en 1902 realiza una descripción de las observaciones que realizó a niños que presentaban comportamientos perturbadores, con faltas de atención e intensa actividad motora (Barkley, 2002).

Still denominó al TDAH como "déficit de control moral", señalando que los niños que lo presentaban tenían dificultades para inhibir la conducta y problemas en el aprendizaje de normas y comportamientos. Este autor planteaba que estas dificultades estaban vinculadas a causas orgánicas (Pelayo et al., 2012; Barkley, 2002; Benito, 2008; Tornese, 2013).

En 1922 después de la epidemia de encefalitis que tuvo lugar en Estados Unidos y Europa, muchos niños tuvieron dificultades de atención, de actividad motora y fallas en el control de los impulsos. Como estos síntomas eran semejantes al síndrome hiperkinético se plantearon en ese momento las primeras hipótesis de daño cerebral (Díaz, 2006; Barkley, 2003).

Más tarde la hiperactividad y la distracción se tornaron las manifestaciones más claras para sostener el síndrome de daño cerebral infantil. En 1947 Strauss y Lehtinen realizan la primera publicación en la cual se describe el trastorno atribuyendo sus causas a lesiones cerebrales de carácter exógeno (Barkley, 2003; Scandar, 2003).

En 1958 en la primera versión de la Clasificación de Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría es importante destacar que no se incluyó este diagnóstico. Recién en 1968 la Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-II incluyó el trastorno bajo el nombre "Reacción Hiperkinética".

En esa época se enfatizó en su descripción sobre la hiperactividad y la

impulsividad (Scandar, 2006; Parellada, 2009; Tornese, 2013).

En 1980 el DSM-III (Asociación Americana de Psiquiatría) cambia de nombre e incluye la falta de atención como síntoma principal y agrega dos subtipos de Déficit de atención (con o sin hiperactividad).

Esta categorización planteaba que siempre se encontraría un déficit de atención pero que la hiperactividad podría no estar presente. El aporte del DSM-III planteaba que el sujeto con el trastorno tenía que poder cumplir con determinados criterios o síntomas para obtener el diagnóstico. En sus versiones posteriores este manual privilegió las dificultades de atención en su descripción (Calderón-Garrido, 2003; Zapico y Pelayo, 2012).

En 1987, el DSM-III-R de la Asociación Americana de Psiquiatría, ofreció una versión más global del trastorno, denominándolo “Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad “. En esta versión se incluía una lista de criterios y para que se cumpliera el diagnóstico deberían estar ocho presentes.

En las siguientes versiones del DSM, DSM-IV, DSM-IV-TR, se insistió sobre la importancia de la existencia de un subtipo inatento denominándolo “TDAH con predominio atencional” y se incluyeron dos subtipos, predominio hiperactivo/impulsivo y el combinado (Parellada, 2009; Pelayo et al, 2012).

En la última versión del DSM-5 se deja de lado la clasificación multifactorial y se ordena bajo un criterio evolutivo ubicando el TDAH dentro de los trastornos del desarrollo neurológico (APA, 2014).

Por otro lado se puede observar que tanto antes como ahora la postura europea fue diferente a la americana con respecto a la sintomatología de la hiperactividad. En esta primera postura se enfatizó más sobre los aspectos psicoafectivos del trastorno. A principios de los 70, Ajuriaguerra mencionaba que la sintomatología del trastorno se desarrollaba dentro de un contexto familiar perturbado, destacando la presencia de ansiedad y frustración que padecía el niño (Ajuriaguerra, 1982).

Esta perspectiva vinculada al psicoanálisis se relacionaba mejor con la del DSM-II que hablaba de reacciones hipercinéticas en las cuales se mencionaba

el rol del entorno en el trastorno. A pesar de esto, los planteamientos psicoanalíticos no fueron tomados en cuenta en las versiones posteriores del manual americano. De hecho, el DSM-III sufrió el impacto de las importantes transformaciones a nivel político y cultural que se dieron en la sociedad americana dentro de las cuales se encontraban las dificultades de los hospitales con la desinstitucionalización, el desarrollo de la industria farmacéutica, el debate sobre la homosexualidad etc.

Es importante destacar que en Europa actualmente se utiliza mayoritariamente para el diagnóstico del TDAH un manual diferente a Estados Unidos, que se denomina Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (CIM-10) publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993).

La CIM -10 clasifica las dificultades de atención y de hiperactividad de los niños bajo la categoría de los trastornos hiperkinéticos colocando el énfasis en la actividad motora (OMS, 1993).

Esta categoría se subdivide en dos trastornos específicos, uno de la alteración motora y de la atención y otro trastorno hiperkinético y trastorno de la conducta de acuerdo a si el niño responde o no a los criterios establecidos para el trastorno de la conducta. Si se comparan los criterios de la CIM-10 (OMS, 1993) con los criterios americanos mencionados anteriormente se observa que esta exige un mayor número de síntomas para llegar al diagnóstico.

Cabe señalar que para el TDAH y para otros trastornos que se encuentran descritos en los manuales citados se observan diferencias a la hora de establecer los diagnósticos en las distintas partes del mundo. El consenso sobre el origen y las características del trastorno todavía no estaría tan claro (Pajo y Cohen, 2013).

Como es conocido, los manuales diagnósticos reflejan las culturas, las épocas, las ideologías y el avance de las ciencias y también de la industria farmacéutica.

Esta postura liderada por Estados Unidos de realizar diagnósticos desde la

descripción de los síntomas tiene sus limitaciones y riesgos, hace tiempo que esta forma de realizarlos se encuentra cada vez más cuestionada en nuestra región (Janin, 2010).

Una vez que es el diagnóstico se lleva a cabo es necesario recordar que el mismo afectará indefectiblemente la vida de las personas por lo cual la prudencia es muy importante.

Aún hoy en día con el DSM -5 (APA, 2014) continua esta tendencia de seguir realizando el diagnóstico por descripción de síntomas, sin tomar en cuenta otros aspectos como las relaciones del niño con sus pares y con su entorno. Si bien se fueron haciendo modificaciones a los manuales para ir ajustando los diagnósticos se puede decir que estas todavía no alcanzaron a cubrir los factores psicológicos o sociales que pueden estar afectando el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico del trastorno.

1.2. El Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad

El trastorno por déficit de atención (TDAH) es definido en el DSM-5 como un “patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo” (APA, 2014, p.59).

Para la Organización Mundial de Salud (OMS) el CIE-10, de 1993, lo contempla dentro de los trastornos del comportamiento y de las emociones con comienzo habitual en la infancia y adolescencia, ubicándolo en los llamados “Trastornos Hiperkinéticos.” Se destaca en este manual que su diagnóstico:

Requiere la presencia clara de niveles anómalos de déficit de atención, hiperactividad e inquietud, que deben ser generalizadas a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones y no deben ser causadas por otros trastornos tales como el autismo o los trastornos afectivos (p.197).

Barkley (2002) plantea que el TDAH es un trastorno del desarrollo del autocontrol, en los cuales se presentan dificultades para mantener la atención, el control de los impulsos y el nivel de actividad. Este autor explica que habitualmente aparece en la primera infancia y es de naturaleza crónica.

Barkley (2002) lo describe por medio de unos niveles evolutivamente inapropiados de problemas atencionales, sobreactividad e impulsividad, lo que afectaría el deterioro de las capacidades para seguir metas, conductas reguladas y controladas. Otorgándole al problema de la inhibición conductual la responsabilidad de producir un déficit en las funciones ejecutivas.

Actualmente varios autores referentes en el tema coinciden en explicar el TDAH desde una teoría biologicista tomándolo como un trastorno cerebral de causas biológicas, señalando especialmente los factores genéticos que presenta, los cuales son afectados por aspectos ambientales; generando de esta forma alteraciones cerebrales (Tornese,2013; Mash,2014; Orjales,2002; Pelayo et al., 2012).

1.3. Epidemiología

El TDAH es el trastorno del desarrollo más común en la infancia y es motivo de varias consultas a distintos especialistas pediatras, médicos, psicólogos, psicopedagogos y psiquiatras de niños.

Según el DSM-5 la prevalencia promedio mundial es del 5% en la población infantil y 2,5% de la población adulta (APA, 2014).

Las variaciones mundiales en las prevalencias del TDAH observadas en las distintas investigaciones obedecen a factores como: diferentes criterios diagnósticos, distintas fuentes de información y diferentes orígenes geográficos (Reid, Hakendord y Prosser ,2002; Criado - Álvarez y Romo Barrientos, 2003).

La ubicación geográfica muestra una menor prevalencia del TDAH en Medio Oriente y Africa que en Estados Unidos. No encontrándose gran variabilidad de prevalencias entre Estados Unidos y Europa (Biederman y Rhode, 2007).

En estudios de prevalencia de desórdenes psiquiátricos en preadolescentes llevados a cabo en el sur de Brasil, el TDAH presentó la prevalencia más alta de todos los trastornos estudiados, con un 8.5% (Anselmi, Fleitich-Bilyk, Menezes y Rhode, 2010).

Otro estudio realizado en la misma zona de Brasil encontró una prevalencia de 32,7% en Porto Alegre y 17,9% en Rio de Janeiro (Souza, Pinheiro, Denardin, Mattos y Rhode ,2004).

En Uruguay se realizó en el año 2009 un estudio epidemiológico sobre la salud mental de los niños escolares en el cual se estimó una prevalencia del 7,6% de niños con TDAH.

En este estudio Viola y Garrido (2009) encontraron una mayor prevalencia del trastorno en el sexo femenino con un 8,5% y un 6,6% para el sexo masculino. Otro dato importante de este estudio fue que la prevalencia tendría variaciones de acuerdo al nivel socioeconómico.

Según estas autoras el TDAH se encuentra presente en los medios socioeconómicos medio y bajo en el 8,5 % de los niños, estando solamente presente en el nivel socioeconómico alto en el 4%.

Con mayor detalle, el 47,1 % pertenece a un sector socioeconómico bajo, el 46,2% pertenece a un sector socioeconómico medio y solamente el 6,7 % pertenece a un sector socioeconómico alto (Viola y Garrido, 2009).

Este último estudio aporta un dato llamativo al plantear que la prevalencia del sexo femenino es mayor que el sexo masculino en Uruguay, al contrario de lo que se observa en los estudios a nivel mundial, donde se observa una relación hombre (3) y mujer (1) (Criado-Alvárez y Romo- Barrientos, 2003; Tornese, 2013; Viola y Garrido, 2009; Wang, Huang, Zhang, Qu y Mu, 2017).

En la misma línea, Biederman, Faraone, Monuteaux, Bober y Cadogen (2004) señalan que varias de las diferencias en las manifestaciones del TDAH son determinadas por el género.

Estos autores en sus estudios demostraron que los dos sexos presentaban el mismo riesgo de ser afectados por el TDAH, planteando que el género modula una sintomatología diferente. Por lo cual, los niños tendrían una mayor severidad en los síntomas del trastorno. Sin embargo, la mayor parte de las investigaciones plantean que el TDAH en la mayor parte de sus manifestaciones, salvo el subtipo atencional, aparece con mayor frecuencia en niños que en niñas y en edades menores (Benito, 2008).

1.4. Etiología

Cómo fue posible observar a lo largo de la evolución histórica presentada anteriormente las concepciones y la etiología del TDAH fueron cambiadas muchas veces en las últimas décadas. Actualmente una gran parte de la comunidad científica explica la etiología del TDAH como un trastorno de origen neurológico (Trenchi, 2011).

Desde los documentos del 1er. Consenso Internacional sobre ADHA que tuvo lugar en enero de 2002, el trastorno obtuvo reconocimiento internacional y la hiperactividad se confirmó como una enfermedad entendiendo que los síntomas de actividad motora excesiva, dificultades en la atención y en la concentración perturbaban la calidad de vida del sujeto que lo padece. En los años siguientes se elaboraron otros documentos importantes como:

- .1er. Consenso Latinoamericano de TDAH.
- . Los documentos sobre TDAH de la Academia Americana de Pediatría (EUA)
- . ADHD- Europa: Declaración sobre el TDA/H (2009)
- . Declaración de Cartagena
- . Consenso de Expertos del Area de la Salud sobre TDAH. (Argentina)

Hasta la versión actual del DSM-5, que lo describe como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por falta de atención, impulsividad e hiperactividad (APA, 2014).

Cabe señalar que varios autores plantean que el TDAH es un desorden que persiste en la adultez con una prevalencia del 65% al 75% (Polanczyk, Casella, Miguel y Reed ,2012).

Si bien su etiología es multifactorial existe acuerdo en que el mismo implica déficits a nivel neurológico.

Se observa que la mayor parte de los autores estudiados para este trabajo reconoce la influencia de la neurobiología en el trastorno y muchos de ellos plantean que esta teoría no puede ser la única explicación del origen de todos los casos de TDAH. En sus planteamientos se observa la interacción entre los factores genéticos, factores psicosociales y neurológicos (Barkley, 2003; Tornese, 2013; Cardo y Servera, 2008).

Desde el punto de vista genético estudios recientes con gemelos confirman la vulnerabilidad genética en el trastorno. Las investigaciones realizadas con gemelos idénticos demuestran que si uno de los gemelos presenta el trastorno el riesgo para el otro gemelo es muy elevado y se encuentra entre el 80 % y el 90% (Barkley, 2002; Trenchi, 2011).

Estudios realizados en niños adoptados y gemelos demostraron la alta carga genética del trastorno, planteando una heredabilidad del 76% (Tornese, 2013; Faraone y Mick, 2010; Costa Días, Kieling, Graeff-Martins, Moriyama y Rhode ,2013).

En diversas investigaciones se planteó que los familiares biológicos de un individuo con el trastorno eran más propensos a presentar hiperactividad que los familiares adoptados (Faraone y Mick ,2010).

Los familiares de primer grado de los pacientes con TDAH presentan un riesgo aumentado de tener el trastorno, con una frecuencia de cinco a seis veces superior a la encontrada en la población general (Biederman, Newcorn y Sprich,1991).

Los factores prenatales y perinatales como el consumo de alcohol, de drogas o nicotina durante el embarazo, las dificultades en el embarazo como eclampsia, estrés, las dificultades en el nacimiento como prematuridad, bajo peso al nacer, fórceps, infecciones, trastornos de ansiedad y anoxia se encuentran vinculados a la presentación del trastorno (Trenchi , 2007; Zapico y Pelayo, 2012).

La exposición a distintos contaminantes como el plomo ha sido mencionada en diversos estudios (APA, 2014).

Berger (2011) aporta otra visión destacando que si bien el trastorno tiene un componente hereditario importante, dado que si el padre tiene el trastorno su hijo tendrá aproximadamente un 60 % de probabilidades de desarrollarlo, esta transmisión del trastorno no es genética solamente. Afirmando que la misma también ocurriría a través de la crianza.

Este autor agrega que existen algunas características ambientales que pueden predisponer al TDAH, como la desorganización, el caos y la falta de predictibilidad.

Berger (2011) explica que lo importante para este trastorno sería la combinación de los factores genéticos con los ambientales, para él, si un niño no tiene predisposición genética por más que su familia presente características de desorganización no desarrollará el trastorno.

En los últimos años varios autores han señalado el rol del ambiente y la estructura familiar y los estilos parentales como elementos que pueden afectar el curso del trastorno (Rohde, 2013; Trenchi, 2011; Parellada, 2009).

Desde la neuropsicología se plantea la existencia de un retraso en algunos aspectos de la maduración neurológica que implicaría una evolución más lenta del control cerebral vinculada a actividades importantes del TDAH. Esto explicaría las exigencias de satisfacción inmediata que presentan estos niños, así como la baja tolerancia a la frustración y labilidad emocional (González, 2007).

1.5. Descripción Clínica y Diagnóstico

El TDAH presenta una extensa lista de síntomas que pueden manifestarse en forma muy diferente de un niño a otro. Existiendo consenso entre los especialistas con respecto a lo que se llama la triada sintomatológica del trastorno que incluye los principales síntomas que caracterizan al TDAH: inatención, hiperactividad e impulsividad (Abadi, 2010).