

MONOGRAFÍA

EL TDAH Y LA RELACIÓN CON EL TRASTORNO OPOSICIONISTA DESAFIANTE  
EN NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN INVESTIGACIONES DESARROLLADAS A PARTIR  
DEL AÑO 2000

DANIELA PÉREZ ABELLO

NATALIA RAMIREZ CARMONA

JULIE ALEXANDRA MARTINEZ FLOREZ

ASESOR

YUDY ANDREA ANGULO USUGA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARIA CANO

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

MEDELLIN

2016

Monografía de grado con la finalidad de investigar una posible relación entre el TDAH y el TOD.

---

**Asesor Teórico**

---

**Asesor Metodológico**

NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

---

---

---

**Firma Del Presidente Del Jurado**

---

**Firma Del Jurado**

---

## **AGRADECIMIENTO**

Por medio de la presente monografía agradecemos primeramente a Dios y a nuestros padres quienes dieron todo su esfuerzo para que nosotras culmináramos esta importante etapa de nuestras vidas, puesto que sin su apoyo esto no sería posible.

También a nuestros docentes que nos acompañaron en el transcurso de la carrera, compartiendo sus conocimientos para nuestra formación como psicólogas, especialmente la docente Yudy Andrea Angulo, mil gracias por su constante apoyo puesto que con su paciencia, conocimientos y enseñanzas nos formó en lo técnico y ético, es por esto que sus enseñanzas perdurarán por siempre. Gracias.

## **DEDICATORIA**

Principalmente a Dios y a nuestras familias. A Dios por darnos la fortaleza en cada momento de nuestra vida y por permitirnos llegar a donde estamos en compañía de las personas que son nuestro motor, nuestras familias, sin ellos, este logro hubiera sido inalcanzable, porque a lo largo de toda la vida se han esforzado por nuestro bienestar y educación, ellos siempre han sido nuestra fuerza en todo momento, es por ellos que logramos ser las personas que somos hoy en día.

**R.A.E.****(RESUMEN ANALITICO EJECUTIVO)**

**Título:** El TDAH y la relación con el trastorno oposicionista desafiante en niños y niñas según investigaciones desarrolladas a partir del año 1900.

**Autor o autores:** Daniela Pérez Abello, Natalia Ramírez Carmona, Julie Alexandra Martínez Flórez.

**Fecha:** 2016 (Primer Semestre)

**Tipo de imprenta:** Procesador de palabras Word 2010, imprenta Times New Roman12.

**Nivel de circulación:** Restringida

**Acceso al documento:** Fundación Universitaria María Cano

**Línea de Investigación:** Desarrollo Humano

**Sublínea de Investigación:** Promoción y prevención de la salud mental

**Modalidad de trabajo de grado:** Monografía

**Palabras claves:** Conducta, TDAH, Oposicionista, Desafiante, Comorbilidad.

**Descripción del estudio:**

Se considera importante tratar el tema del TDAH y su relación con el trastorno oposicionista desafiante por la prevalencia del TDAH en la actualidad, ya que los psicólogos con frecuencia conocen casos de niños diagnosticados con TDAH o se escuchan los mal llamados “niños problema” , es por esto, que se busca establecer si este trastorno tiene una relación directa con un trastorno con otro trastorno de la infancia, con el cual se pueden asemejar algunos síntomas, es

el trastorno oposicionista desafiante, esto con el objetivo de que los profesionales del área de la salud realicen un diagnóstico acertado, a tiempo y en consecuencia, un plan de tratamiento que intervenga de manera efectiva ambos trastornos y lograr que estas personas sean capaces de desenvolverse de manera adecuada en la sociedad.

De igual manera, por medio del presente trabajo, se quiere contribuir en el conocimiento en la fundación universitaria María Cano para que los estudiantes usen este trabajo como referencia para sus investigaciones y afiancen sus conocimientos y estén preparados para un caso de TDAH y una posible comorbilidad con TOD.

**Contenido del documento:** Este trabajo consta de 6 capítulos, en los cuales se trata el planteamiento del problema, los diferentes marcos de estudio, el análisis de la información, discusión de los resultados, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

**Metodología:** El estudio se basó en una investigación de tipo descriptiva, con un método de revisión sistemática, ya que se busca resumir y comunicar los resultados de las diferentes investigaciones realizadas.

**Conclusiones:**

A partir de los estudios cuantitativos y cualitativos, se concluye que el TDAH y el TOD no se presentan de manera simultánea frecuentemente, no obstante, esta conclusión se obtiene a partir de estudios del TDAH que analizan las comorbilidades más usuales de dicho trastorno porque del TOD pocos estudios se encontraron; es significativo agregar que no se hallaron investigaciones que indaguen específicamente la comorbilidad entre los trastornos analizados en esta monografía. En la mayoría de estudios del TDAH manifiestan que en el mayor de los casos la comorbilidad es con los trastornos de conducta

## CONTENIDO

<b>CAPÍTULO 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>12</b>
<b>1. TITULO .....</b>	<b>12</b>
1.1 Descripción General Del Programa .....	12
1.2 Formulación Del Problema .....	14
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
2.1 Objetivo General .....	14
2.2 Objetivos Específicos .....	14
<b>3. JUSTIFICACION .....</b>	<b>15</b>
<b>CAPITULO 2 MARCO METODOLOGICO .....</b>	<b>16</b>
<b>4. MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>16</b>
4.1 Tipo de Estudio .....	16
4.2 Método Propuesto y Procedimiento .....	16
4.3 Enfoque .....	17
4.4 Tipo De Población Y Muestra .....	17
4.5 Fuentes de Información .....	18
4.5.1 Fuentes Primarias .....	18
4.5.2 Fuentes Secundarias .....	18
4.6 Técnicas e Instrumentos .....	18
4.6.1 Instrumentos .....	19
<b>CAPITULO 3 MARCO REFERENCIAL .....</b>	<b>19</b>
<b>5. MARCO REFERENCIAL .....</b>	<b>19</b>
5.1 Marco Conceptual .....	19
5.2 Marco Histórico .....	20
5.3 Marco Contextual .....	25
5.4 Marco Legal.....	27
5.5 Marco Teórico.....	29
5.5.1 Presentaciones Clínicas Del TDAH (DSM-V) .....	29
5.5.2 Trastorno Opositorista Desafiante (TOD).....	31
5.5.3 Niñez.....	35
5.5.4 Relación TDAH y TOD.....	36
<b>CAPITULO 4 ANALISIS DE LA INFORMACION.....</b>	<b>37</b>

<b>6. Análisis de la Información .....</b>	<b>37</b>
<b>6.1 Discusión de la Información .....</b>	<b>48</b>
<b>CAPITULO 5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>50</b>
<b>7. Conclusiones.....</b>	<b>50</b>
<b>8. Recomendaciones .....</b>	<b>51</b>
<b>CAPITULO 6 REFLEXIONES Y ANEXOS.....</b>	<b>51</b>
<b>9. Bibliografía.....</b>	<b>52</b>
<b>10. Anexos .....</b>	<b>56</b>
<b>10.1 Base de Datos Excel (Pesquisa).....</b>	<b>56</b>
<b>10.2 Anexos .....</b>	<b>57</b>

## INTRODUCCIÓN

Todo profesional de la psicología debe estar capacitado para responder a los problemas que supone la diversidad en los trastornos psicológicos que afectan a los niños ;en la actualidad el trastorno por déficit de atención e hiperactividad está siendo constantemente mencionado por médicos, psicólogos y psiquiatras, quienes a pesar de su intervención para disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida del menor, en ocasiones no encuentran respuesta del por qué el tratamiento para el TDAH no les resulta efectivo, sin pensar en la posible existencia de una relación entre el TDAH y otro trastorno de la infancia. Según Nottelman, E& Jessen, P (1995)más del 30% de menores diagnosticados con TDAH presentan otra psicopatología adicional, una muestra de ello se aprecia en un estudio realizado por Jensen que habla de la comorbilidad del TDAH en la infancia y concluye de la siguiente Manera:

TDAH aislado: 31.8%

TOD: 39.9%

ANSIEDAD: 38.7

T. CONDUCTA: 14.3%

TIC: 10.9%

Esto es una evidencia que afirma que la mayor comorbilidad del TDAH, que se define como la presencia de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad(DSM-IV - Manual Diagnostico Estadístico de las Enfermedades Mentales, 2002, pp. 97- 107), es con el TOD que se caracteriza por un patrón recurrente de conductas hostiles hacia las figuras de autoridad (DSM-IV - Manual

Diagnostico Estadístico de las Enfermedades Mentales, 2002, pp. 115 – 118); es por esto que es significativo establecer con qué frecuencia se presentan ambos trastornos de manera simultánea para identificar si existe una relación directa entre ambos y de esta manera establecer un diagnostico a tiempo y plan de tratamiento adecuado.

La propuesta planteada en el presente trabajo, tiene como objetivo destacar diversos estudios, planteamientos e hipótesis, recopilados por medio de fuentes de investigación como entrevista, bases de datos, DSM IV, artículos alusivos al tema y documentos relacionados.

Para cumplir este objetivo se desarrollará desde una revisión sistemática, utilizando la técnica de recolección de información por medio de fichas técnicas y tablas en Excel.

## **CAPÍTULO 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1. TITULO**

El TDAH y la relación con el trastorno oposicionista desafiante en niños y niñas según investigaciones desarrolladas a partir del año 2000.

#### **1.1 Descripción General Del Programa**

Según algunos autores como E. Rigau-Ratera, C. García-Nonell, J. Artigas-Pallarés (2006), hay una relación directa entre TDAH, definido como “un patrón persistente de desatención y/o impulsividad e hiperactividad”. (DSM-IV - Manual Diagnostico Estadístico de las Enfermedades Mentales, 2002, pp. 97- 107), y el TOD que se caracteriza por ser “un patrón recurrente de conductas negativas, desafiantes, desobedientes y comportamiento hostil hacia las figuras de autoridad”. (DSM-IV - Manual Diagnostico Estadístico de las Enfermedades Mentales, 2002, pp. 115 – 118). Afirmando una cadena existente entre ambos trastornos, donde el TDAH, incrementa la posibilidad o el riesgo de padecer un TOD; en consecuencia a esto, se han venido realizando investigaciones de carácter cualitativo y cuantitativo para esclarecer dicha dependencia o analogía.

Estos mismos autores están efectuando estudios donde se relaciona el TDAH, el TOD y las funciones ejecutivas, por su implicación en la manifestación de las conductas disruptivas, porque la memoria de trabajo, la autorregulación, la

flexibilidad cognitiva y la resolución de problemas, ocupan un amplio papel en las funciones ejecutivas; por consiguiente, cuando se presentan déficits en estas funciones, se afecta la capacidad del niño para responder de forma adaptativa al entorno, ambiente o normas del adulto, puesto que un niño con dificultades en su memoria, presenta complicaciones al momento de identificar las consecuencias de una determinada acción; es decir, las dificultades cognitivas pueden contribuir a la aparición de comportamientos calificados como oposicionistas, por lo tanto, no es extraño que la comorbilidad más frecuente del TDAH, sea el trastorno oposicionista desafiante.

El autor Orellana (2012) a partir de investigaciones cuantitativas plantea que “en el caso del TDAH entre 30 a 50% de los niños pueden presentar el patrón del ODD o rasgos relacionados con el mismo, esto obliga a investigar la posibilidad de este diagnóstico, en todo niño y adolescente que es diagnosticado con TDAH”, (TDAH Y Trastorno Negativista Desafiante TND, 2012, pp. 2), debido a que la combinación de los síntomas o criterios de ambas patologías, como la impulsividad y pensamientos de rencor o venganza, ocasiona que la relación genere uno de los problemas de conducta clínicos más serio en niños, de no abordarse de manera eficaz condena a quien lo padece a problemas académicos, sociales, familiares, desmejorando la calidad de vida del niño o niña diagnosticada y de las personas que lo rodean, por esto, es importante cambiar la percepción de que estas patologías son desobediencia, estupidez o niños groseros que solo necesitan reglas y “una mano dura”, también es importante que los profesionales de psicología tengan suficiente conocimiento para diagnosticar e intervenir a tiempo estos problemas conductuales que pueden culminar en problemas legales.

Para concluir, esta monografía brinda la posibilidad de estudiar la relación entre el TDAH y el TOD, desde diferentes puntos de vista a partir de estudios cuantitativos y cualitativos, en vista que ambos pueden ser usados en una misma investigación.

## **1.2 Formulación Del Problema**

¿Qué relación existe entre el trastorno oposicionista desafiante y el TDAH con base a investigaciones desarrolladas a partir del año 2000?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo General**

Determinar la relación existente entre el TDAH y el trastorno oposicionista desafiante de acuerdo a investigaciones realizadas de tipo cualitativo y cuantitativo.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Identificar investigaciones cuantitativas y cualitativas, que demuestre la relación entre el TDAH y el trastorno oposicionista desafiante.

Describir diferencias y similitudes en las investigaciones cuantitativas y cualitativas frente a la relación del TDAH y el trastorno oposicionista desafiante.

Soportar teóricamente el vínculo entre el TDAH y el trastorno oposicionista desafiante.

### 3. JUSTIFICACION

Las palabras TDAH y conducta oposicionista desafiante, están tomando auge en la actualidad, debido a que ambas patologías afectan el comportamiento del menor en el ámbito familiar, escolar y social, lo que ha ocasionado que los conceptos e información hayan trascendido a gran cantidad de público que interactúa constantemente con menores de edad, como docentes y padres de familia.

Se considera importante profundizar en este tema considerando que no solo es un asunto de las personas que tienen este tipo de dificultades conductuales; sino que además se ve involucrada la sociedad, teniendo en cuenta que al desarrollar ambos trastornos y no intervenirlos a tiempo se puede llegar a perturbar en gran medida el ámbito familiar y laboral; esto en relación a las afirmaciones de E. Rigau-Ratera, C. García-Nonell, J. Artigas-Pallarés (2006), quienes refieren que raramente el TDAH se manifiesta de manera aislada, sustentando que aproximadamente el 75% de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad se asocian con otras psicopatologías; entre estas, se observa que la comorbilidad más frecuente es el trastorno oposicionista desafiante.

Por lo anteriormente mencionado, se busca con el presente trabajo indagar tanto en las investigaciones cualitativas, como cuantitativas, con el fin de analizar los diferentes resultados que estos aportan, por lo tanto este trabajo de grado puede ser una base de investigación para estudiantes, docentes, padres de familia, psicólogos o cualquier persona

que en un futuro desee realizar investigaciones con base a la relación entre el TDAH y el trastorno oposicionista desafiante.

## **CAPITULO 2 MARCO METODOLOGICO**

### **4. MARCO METODOLÓGICO**

#### **4.1 Tipo de Estudio**

**Descriptivo:** El estudio a realizar es de tipo descriptivo porque busca recolectar y describir información sobre el TDAH y el TOD, con el objetivo de llegar a una interpretación correcta sin cambiar el entorno.

#### **4.2 Método Propuesto y Procedimiento**

Se implementara la revisión sistemática como método de estudio, la cual es definida por el autor Greener J, Grimshaw J. (1996); como la “aplicación de estrategias científicas que limitan los sesgos del ensamblaje sistemático, evaluación crítica y síntesis de todos los estudios relevantes en un tópico específico” (pag 27-3)8; adicional a esto el autor Newell R, Burnard P. (2006) sustenta que es “una herramienta científica que puede ser usada para resumir, extraer y comunicar los resultados e implicaciones de una cantidad de investigaciones que no se podrían administrar de otra forma”.

De igual manera, se llevará a cabo una pesquisa con las diferentes bases de datos de investigación, para sintetizar y combinar investigaciones y diversos datos asociados al TDAH y a la conducta opositora desafiante.

### **4.3 Enfoque**

**Cualitativo:** La investigación a realizar será de enfoque cualitativo debido a que el punto de partida de la investigación es la teoría, en la cual se busca analizar y profundizar en las diferentes bases teóricas y conceptuales, sobre la relación entre el TDAH y el TOD.

### **4.4 Tipo De Población Y Muestra**

La población de estudio serán los artículos cuantitativos y cualitativos centrados en los niños y niñas que no superen los 18 años de edad.

Se descartaran artículos que no hablen de prevalencia, comorbilidad y consecuencias psicosociales por comorbilidad entre TDAH y TOD; es por esto que para realizar la búsqueda se utilizaran las palabras TDAH, TOD, comorbilidad, prevalencia y conducta.

## **4.5 Fuentes de Información**

### **4.5.1 Fuentes Primarias**

- Investigación

### **4.5.2 Fuentes Secundarias**

- E-Libro (3)
- E- Brary (2)
- Premier (1)
- Revnerol (1)
- Proques (1)
- Scielo (5)
- Ebsco Host (1)
- Ebsco Ebooks (No Se Encontró Información Relacionada Con El Tema)
- Open – Source (No Se Encontró Información Relacionada Con El Tema)
- Openlibra (No Se Encontró Información Relacionada Con El Tema)
- Ebooks (1)
- Documento (No Se Encontró Información Relacionada Con El Tema)
- Libros (1)

## **4.6 Técnicas e Instrumentos**

Investigación documental, ya que se busca reunir, seleccionar y analizar datos de diferentes bases teóricas.

#### 4.6.1 Instrumentos

- Ficha técnica: En el análisis de la información, se mostrarán los resultados de las fichas técnicas y a partir de estos se realizaran las relaciones entre las investigaciones cualitativas y cuantitativas.
- Tablas en Excel: Utilizadas para realizar los registros de las pesquisas. Como técnica se utilizara la investigación documental, ya que se busca reunir, seleccionar y analizar datos de diferentes bases teóricas. Como instrumento se implementara la Ficha Técnica

### CAPITULO 3 MARCO REFERENCIAL

#### 5. MARCO REFERENCIAL

##### 5.1 Marco Conceptual

**CONDUCTA:** La conducta hace referencia a las acciones y reacciones propias de un individuo en su entorno social y su proceder ante diversas situaciones a las cuales está expuesto. (Diccionario de Psicología Científica y Filosofía).

**HIPERACTIVIDAD:** Se identifica en la inestabilidad motriz, en la dificultad para permanecer en una sola postura.

**INATENCIÓN:** Se puede expresar como falta de atención a los detalles en el contexto familiar, social y escolar.

**IMPULSIVIDAD:** Se caracteriza por actuar o hablar sin cautela, tener dificultad para aplazar respuestas

**TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)**

Es un trastorno neurobiológico de carácter crónico, caracterizado por un grado de inatención y/o hiperactividad- impulsividad no acorde al nivel de desarrollo. (DSM-IV 2002, pp. 97- 107)

### **TRASTORNO OPOSICIONISTA DESAFIANTE (TOD)**

Es un trastorno conductual caracterizado por un patrón constante de conductas negativas, desafiantes, desobedientes y comportamiento hostil hacia las figuras de autoridad. (DSM-IV 2002, pp. 115 - 118).

## **5.2 Marco Histórico**

El concepto TDAH ha variado a lo largo del tiempo, esto debido a que gran variedad de autores han realizado diferentes aportes y se han presentado eventos históricos que han influido en el tema.

Los principales hallazgos del TDAH se ven reflejados en el 1854, año en que el médico alemán Hoffman; plantea los primeros datos de niños observados, los cuales presentan predominio como hiperactivos – impulsivos e inatentos; pero fue el pediatra inglés Still (1902) el primero en describir el TDAH, el cual lo definió como un síndrome que se presenta en niños y se caracteriza por la presencia de conductas impulsivas y agresivas y la labilidad emocional asociadas a la falta de atención; esto lo llevó a construir el término clínico “defectos del control moral”, ya que planteaba que estos comportamientos se relacionaban con la moral familiar y con malformaciones congénitas.

Tiempo después entran los autores Philippe y Boncourt (1907), introduciendo el aspecto neuropsicológico de los trastornos específicos del desarrollo psicológico infantil planteando el término “escolar inestable”, haciendo énfasis en la dificultad del aprendizaje relacionada con el déficit atencional de escuchar, responder y comprender.

Asimismo Tredgold (1908), señaló que este tipo de conductas podrían ser provocadas por una disfunción cerebral adquirida durante el periodo perinatal que afecta al área del comportamiento. Luego aparece Heuyer (1914), como el primer autor que etiqueta de síndrome a la hiperactividad, ya que consideraba que los síntomas del TDHA (déficit de atención, hiperactividad y mal comportamiento), describen una serie de etapas de inadaptación familiar, escolar y socio – laboral, lo cual implicaría que los niños llegarían a la delincuencia.

Más tarde, el psicólogo francés Wallon (1925) describe cuatro estados del desarrollo psicomotor del niño: el impulsivo, el emotivo, el sensoromotor y el proyectivo, el cual planteaba que es importante que los niños superen todas las etapas para tomar conciencia de sí mismo y adquirir la inteligencia práctica, por lo que supone que los niños con hiperactividad no han finalizado alguno de los estados del desarrollo motor adecuadamente.

Khan y Cohen (1934), consideraron el TDAH como resultado un daño cerebral por lo que comenzó a denominarse “síndrome de lesión cerebral humana”, esto debido a que encontraron síntomas similares a los del TDAH en niños que habían padecido de lesiones o infecciones cerebrales.

Strauss y Lehtinen (1947), plantean el término “síndrome de disfunción cerebral infantil”, describiéndolo para los niños en los que no se evidencia factores neurológicos como causa de las alteraciones comportamentales; luego este término cambia a “daño cerebral mínimo” ya que los problemas que presentaban estos niños no estaban siempre causados por discapacidades psíquicas o lesiones cerebrales.

Varios años después Burks (1960); Mackeith y Bax (1963); Paine, Werry y Quay (1968), cambian el término “daño cerebral mínimo” a “disfunción cerebral mínima”, por falta de evidencia.

Clements y Peters (1962), describieron la “disfunción cerebral mínima” como aquella caracterizada por hiperactividad, déficit de atención, bajo control de impulso, agresividad, fracaso escolar y labilidad emocional.

En el DSM-II (1968), introduce el término “reacción hiperkinética de la infancia y la adolescencia”, esta denominación se centra en las características motoras del trastorno.

Luego Douglas (1972), sostiene que el déficit principal de estos niños radicaría más en la incapacidad para mantener la atención y en su impulsividad, que en el nivel de su actividad.

En el año 1977, Azcoaga plantea que la disfunción cerebral no consistiría en un fenómeno unitario, sino que tendría manifestaciones psicológicas diversas, según en que las áreas de la corteza cerebral estuvieran alteradas. En el año 1980 el DSM III, determina llamar a la disfunción cerebral mínima como “déficit de atención con o sin hiperactividad”, haciendo especial énfasis en la inatención y la impulsividad y en el año 1994 el DSM IV lo llama “Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad”, e introduce tres tipos: Combinado, Inatento e Hiperactivo – Impulsivo.

En el 2013 aparece el DSM V, el cual tiene como objetivo garantizar que los niños puedan continuar recibiendo atención durante toda su vida, si fuera necesario.

#### **Resumen histórico del TDAH**

<b>AUTORES Y AÑO</b>	<b>CONCEPTO</b>
Hoffman -1854	Primeros hallazgos de datos de investigación en niños
Still – 1902	Defectos del control moral
Philippe y Boncourt– 1907	Escolar inestable
Tredgold– 1908	La disfunción cerebral adquirida durante el periodo perinatal, afecta al área del comportamiento.
Heuyer – 1914	Se etiqueta la hiperactividad como síndrome.
Wallon – 1925	Describe cuatro estados del desarrollo psicomotor del niño: el impulsivo, el emotivo, el sensoromotor y el proyectivo
Khan y Cohen - 1934,	Síndrome de lesión cerebral humana
Strauss y Lehtinen -1947	Síndrome de disfunción cerebral infantil Daño cerebral mínimo

Clements y Peters– 1962	Disfunción cerebral mínima
DSM-II – 1968	Reacción hipercinética de la infancia y la adolescencia
Douglas – 1972	Déficit atencional
Azcoaga – 1977	Manifestaciones psicológicas diversas
DSM III – 1980	Déficit de atención con o sin hiperactividad
DSM IV – 1994	Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad
DSM V – 2013	Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad

### **HISTORIA DEL TOD**

A partir del DSM III (1980), se empieza a lanzar diferentes hipótesis acerca de los síntomas asociados más comunes en el Trastorno Oposicionista Desafiante.

En esta tercera versión, se consideraba que eran las alteraciones en el rendimiento académico el síntoma asociado más común; adicional a esto, se pensaba que se debía cumplir con 2 de los 5 síntomas predefinidos para definirlo como TOD.

El DSM III – R (1987), se enfatizó más hacia los problemas afectivos y el abuso de drogas como problema asociado; y para ser diagnosticado con este trastorno requerían que el niño (a), cumpliera 5 de los 9 síntomas predeterminados.

Luego aparece el DSM IV (1994) y el DSM IV – TR (2000), en el cual se consideraba que el TDAH y la Conducta Disocial, eran síntomas secundarios,

prevalentes en niños con TOD; y en estas ediciones del DSM se requería que se cumplieran 4 de los 8 síntomas predeterminados.

Tiempo después, llega el DSM V (2014), en el cual se presentan los criterios diagnósticos en tres categorías: enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante y vengativo, pero en este manual no se exige número de síntomas por categoría, pero que cumpla por lo menos con 4 síntomas de alguna de ellas; sin embargo, enfatiza en tener presente la intensidad y frecuencia en la que estos aparecen, además de la edad del niño, ya que el patrón de comportamientos debe ser mínimo de seis meses, y este se debe evidenciar en la interacción del niño con otro individuo que no sea un hermano.

### 5.3 Marco Contextual

El TDAH es una alteración del comportamiento caracterizado por tres factores la inatención, la hiperactividad y la impulsividad, este trastorno es detectado frecuentemente en la edad escolar, aunque también puede manifestarse a nivel social y familiar, además, es posible que persista en adolescencia. El TDAH puede estar acompañado de una comorbilidad, por lo tanto, es importante que a niños y niñas se les realice un cuadro clínico completo para así poder comprender la situación de cada uno de ellos y posteriormente aplicar un adecuado plan de tratamiento para asegurar un buen pronóstico para su adolescencia.

En Colombia se han realizado diversos estudios, como los mencionados por Giraldo &Chávez (2014), en los cuales se ha evidenciado un aumento del 17% de prevalencia en los casos de TDAH, ubicándose en uno de los países con más alto índice

de padecer dicho trastorno, por otro lado, un estudio descriptivo de corte transversal realizado en sabaneta por Holguin, Osorio, Sanchez, Carrizosa&Cornejo (2007), se utilizaron dos grupos al azar de escolares entre 4 y 7 años, a quienes se les aplicó un formulario de tamización, una entrevista estructurada, pruebas conners y nivel de inteligencia, esto demostró que la prevalencia del trastorno es de un 15%, permitiendo evidenciar un aumento en la prevalencia con respecto al estudio realizado en el 2014, además de esto se puede comprobar que en el área escolar el aspecto comportamental es el más importante, puesto que es allí donde se hace más notorio el posible TDAH en los niños y por esto, se detecta con más frecuencia. En este mismo estudio Holguin et al. (2007), plantea que la comorbilidad con el trastorno oposicionista desafiante se presenta en un 5.0% de los niños siendo la segunda comorbilidad más frecuente en los estudiantes.

De los aspectos mencionados en el párrafo anterior podemos resaltar que la prevalencia del TDAH va en aumento, al igual que las comorbilidades, lo cual es señal de alerta para padres, profesores, familiares, porque puede convertirse en un problema de salud pública, ya que se puede deducir, que un niño o niña al cual no se le detecta su comportamiento a tiempo, no se le realiza su adecuado cuadro clínico y por ende no tiene un plan de tratamiento adecuado, puede presentar una comorbilidad, en este caso con el TOD y en su adolescencia puede cometer actos delictivos, los cuales traerían problemas a nivel familiar, escolar y social. Por lo tanto, es de vital importancia que los padres y las instituciones escolares estén

capacitados para identificar alertas en el comportamiento de los estudiantes y jóvenes y así poder aplicar un adecuado procedimiento.

Es muy importante tener en cuenta que en Colombia no se registran estudios donde se hable específicamente del trastorno oposicionista desafiante, sin embargo este es mencionado en estudios del TDAH como comorbilidad.

#### **5.4 Marco Legal**

Como la investigación que se plantea en este trabajo de grado es relacionado con la recolección de información que se encuentren en cuando al tema del miedo, en este marco legal se hace necesario citar la importancia de las temáticas que brindan diversos autores, pues son estos los que nos han brindado la posibilidad de tener conocimientos muy variados en cuanto al tema que se plantea, por lo tanto, se quiere citar la ley 23 de 1982, de enero 28 que habla sobre los derechos de autor:

##### Artículo 1

Los autores de obras literarias, científicas y artísticas gozarán de protección para sus obras en la forma prescrita por la presente ley y, en cuanto fuere compatible con ella, por el derecho común. También protege esta ley a los intérpretes o ejecutantes, a los productores de fonogramas y a los organismos de radiodifusión, en sus derechos conexos a los del autor.

### Artículo 31

Es permitido citar a un autor transcribiendo los pasajes necesarios, siempre que éstos no sean tantos y seguidos que razonadamente puedan considerarse como una reproducción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra de donde se toman. En cada cita deberá mencionarse el nombre del autor de la obra citada y el título de dicha obra. Cuando la inclusión de obras ajenas constituya la parte principal de la nueva obra, a petición de parte interesada, los tribunales fijarán equitativamente y en juicio verbal la cantidad proporcional que corresponda a cada uno de los titulares de las obras incluidas.

### Artículo 32:

Es permitido utilizar obras literarias o artísticas o parte de ellas, a título de ilustración en obras destinadas a la enseñanza, por medio de publicaciones, emisiones de radiodifusión o grabaciones sonoras o visuales, dentro de los límites justificados por el fin propuesto, o comunicar con propósitos de enseñanza la obra radiodifundida para fines escolares, educativos, universitarios y de formación profesional sin fines de lucro, con la obligación de mencionar el nombre del autor y el título de las obras así utilizadas.

Estos son algunos de los artículos que plantea la ley, los otros también tiene su relación, pero solo se citaron algunos de ellos, esto con el fin de retomar la importancia que tiene el respeto y reconocimiento por lo que otros autores han plasmado, y que sin dudar alguno, contribuyen no solo a este trabajo, sino a continuas investigaciones, trabajos y tesis que se viven formulando a día.

## 5.5 Marco Teórico

El TDAH es descrito como un trastorno neurobiológico, cuya característica esencial es un patrón de comportamiento persistente o continuo de desatención y/o hiperactividad e impulsividad que se presenta antes de los 12 años de edad y dificulta las actividades diarias o el desarrollo típico del niño; es uno de los trastornos con mayor prevalencia en la infancia que se asocia con retraso y dificultades en el funcionamiento social y académico. (DSM-IV. 2002.pp. 97- 107).

### 5.5.1 Presentaciones Clínicas Del TDAH (DSM-V)

Inatento

Hiperactivo e impulsivo

Inatento hiperactivo-impulsivo combinado

**INATENTO:** Se le dificulta al sujeto mantener la atención a los detalles referentes al contexto familiar, social y escolar, donde se requiera participación de las funciones o procesos cognitivos, esforzándose en actividades que no requieren tanta energía.

**HIPERACTIVO:** El niño tiene dificultad para permanecer quieto, en una sola postura; por lo tanto, es un gran trabajo realizar actividades sedentarias y pasivas.

**IMPULSIVO:** El niño actúa y/o habla sin cautela, se le dificulta aplazar respuestas, lo que facilita la aparición de accidentes o realizar actividades peligrosas. (Soutullo (2008))

## **CAUSAS**

El Dr. Barbero (2015) Neuropediatra y experto en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con hiperactividad y déficit de atención, afirma que dicho trastorno tiene origen hereditario, porque en la mayoría de los casos frecuentemente hay antecedentes genéticos de familiares próximos, también, puede incidir factores ambientales durante el embarazo, parto y los primeros años de vida.

No obstante, actualmente no existe una causa específica o un solo concepto que se pueda señalar como causa directa del TDAH, pero las evidencias de que se trata de un trastorno neurobiológico con una heredabilidad muy alta aportan cada vez mayor información, quedando claro que los factores mencionados pueden contribuir a un alto riesgo de padecer el diagnóstico (Barbero (2015)).

## **TRATAMIENTO**

Los síntomas del TDAH traen consigo dificultades en el área social, familiar, académico y personal de quien lo padece, lo que puede desencadenar pensamientos desadaptativos, por lo tanto se recomienda que el tratamiento sea enfocado en psicoterapia cognitiva-conductual (Ramos, Real & Gomez (2012)).

Ramos et al. (2012), plantean los siguientes tratamientos:

### **Entrenamiento para padres:**

Es significativo realizar entrenamiento a los padres, con el objetivo de informarles sobre el trastorno, explicándoles sus síntomas, los motivos de la conducta y enseñándoles estrategias para el cambio.

**Terapia cognitiva al niño:**

Enseñarle técnicas de resolución de problemas y autopercepción/feedback para fortalecer la capacidad de autoanalizar y auto controlar sus conductas no deseadas, además de las emociones relacionadas.

**Entrenamiento en habilidades sociales:**

Es importante potenciar la relación adaptativa con pares, padres, docentes, haciendo énfasis en técnicas de relación y asertividad.

**Tratamiento Farmacológico:**

En el tratamiento farmacológico se utilizan fármacos de dos categorías, psicoestimulantes y no psicoestimulantes, no obstante, este tratamiento casi siempre es necesario, aunque no suficiente, es indispensable un tratamiento multidisciplinar, con un programa completo donde se involucre el paciente y su entorno.

**5.5.2 Trastorno Opositorista Desafiante (TOD)**

Es un trastorno conductual caracterizado por un patrón constante de conductas negativas, desafiantes, desobedientes y comportamiento hostil hacia las figuras de autoridad, como padres, profesores. Este patrón conductual no es coherente para el nivel de desarrollo y contexto sociocultural, afectando la vida social y académica de quien lo padece. (Quiroga, Paradiso, Cryan, Auguste & Zaga (2004)).

## **CAUSAS**

No hay una explicación clara sobre su causalidad, no obstante en los países desarrollados se consideran factores cognitivos como los principales determinantes de la conducta negativa, mientras que en los países que están en vía de desarrollo como Colombia, se le da mayor relevancia a los factores ambientales como los determinantes de la conducta pro social y residencia, un ejemplo de esto, es un estudio realizado en la ciudad de Bogotá por Botero (2005) a una población de preescolares con TOD, donde se encontró que la mayoría de niños venían de familias disfuncionales, con baja capacidad para el establecimiento de normas y de los estratos 1 y 2.

## **TRATAMIENTO**

Los autores Ratera, García& Artigas (2006), plantean los siguientes tratamientos.

- Programa DefiantChildren de Barkley

Se basa en la suposición que las conductas positivas se incrementan si el niño recibe un premio y las conductas oposicionistas disminuirán si traen consigo consecuencias negativas o se ignoran. El programa está constituido por ocho pasos cuyo objetivo consiste en conseguir que el niño aprenda conductas positivas para desempeñarse mejor en el ámbito académico y social.

Cubre los siguientes aspectos:

- Las consecuencias deben ser inmediatas.

- Las consecuencias deben ser específicas.
- Las consecuencias deben ser constantes.
- Establecer un programa de incentivos antes de utilizar los castigos.
- Planificar previamente la actuación ante posibles malas conductas.
- Reconocer y aceptar la reciprocidad de las interacciones dentro la familia.
- La conducta de los padres está influenciada por la del niño y viceversa.
- Es poco productivo atribuir culpas.

## **TERAPIA COGNITIVA**

### **Enfoque cognitivo: Collaborative Problem Solving (CPS)**

Las conductas disruptivas se caracterizan por ser inflexibles o explosivas, por lo tanto, una persona diagnosticada con TOD se le dificulta tener control sobre sus emociones, tienen baja tolerancia a la frustración y poca capacidad de adaptabilidad, es por esto que el programa de Greene, parte del supuesto de que la conducta del niño es ocasionada por un retraso en el desarrollo de las habilidades cognitivas concretas (habilidades del procesamiento del lenguaje, habilidad para regular emociones, habilidades ejecutivas, habilidades sociales, flexibilidad cognitiva), por esta razón que este enfoque se centra más en la cognición que en la conducta, porque el trastorno conductual se contempla desde una disfunción cognitiva por su vínculo directo con el control emocional, lenguaje, motivación y en definitiva el aprendizaje del comportamiento.

Este enfoque también aborda las relaciones recíprocas entre el niño y el adulto, puesto que los modelos de enseñanza utilizados por los adultos, en vista de que el comportamiento pasionista se ve influenciado por la interacción entre padres e hijos.

- **Estructura del Collaborative Problem Solving:**

Principio básico: la conducta es una función cognitiva.

Los problemas de conducta se deben a un retraso en el desarrollo de las funciones necesarias para ser flexible y tolerar la frustración

Toda conducta puede:

Cesto A: imposición del adulto

Cesto B: para resolver de forma conjunta el problema se precisa: empatía, definir el problema, invitación.

Cesto C: ignorar determinadas conductas

- **Tratamiento Farmacológico**

Los fármacos más usados son:

- Sertralina, fluoxetina y paroxetina, indicados para la ansiedad o conducta obsesiva,

- Metilfenidato: Indicado cuando existe comorbilidad con el TDAH y la conducta del niño está relacionada con impulsividad y autocontrol.

### 5.5.3 Niñez

El autor Philip (1997), describe que la niñez es un periodo del desarrollo humano que se clasifica en dos grupos perfilados de la siguiente manera:

#### NIÑEZ TEMPRANA (3 A 5 AÑOS)

Es el periodo preescolar donde los niños continúan su crecimiento físico, cognoscitivo y lingüístico; durante esta etapa comienzan a cuidarse mejor de sí mismos, empiezan a desarrollar su auto concepto y adquieren roles de género, además de mostrar interés por jugar con otros niños. Durante la niñez temprana la calidad de relación entre padre e hijo es significativa en el proceso de socialización que se da durante este periodo.

#### NIÑEZ INTERMEDIA (6 A 11 AÑOS)

Durante esta etapa, los niños realizan grandes avances en su habilidad para la lectura, la aritmética y la escritura para pensar de manera más lógica y comprender con mayor facilidad su mundo. El desarrollo psicosocial y moral proceden en una tasa alta.

La calidad de las relaciones familiares continúa siendo un factor indispensable en el ajuste emocional y social. No obstante, la convención internacional de los derechos del niño, proclama en su art 1 que se entiende por niño o niña a todo ser humano menor de 18 años de edad.(Unicef 2016).

#### **5.5.4 Relación TDAH y TOD**

En definitiva, el acompañamiento por parte del círculo familiar a los niños de 3 a 11 años es trascendental para identificar pensamientos o comportamientos que pueden comprender un trastorno de déficit de atención e hiperactividad o un TOD, puesto que estas alteraciones clínicas se detectan durante la infancia, porque diagnosticar los trastornos en las etapas iniciales de la vida es más trascendente, y complejo que en otras etapas del desarrollo. (Ortiz, Giraldo & Palacios (2008)).

## CAPITULO 4 ANALISIS DE LA INFORMACION

### 6. Análisis de la Información

<b>TITULO INVESTIGACIÓN</b>	<b>TRASTORN O</b>	<b>TIPO INVESTIGACIÓ N</b>	<b>ASPECTOS RELEVANTES</b>	<b>RELACIÓN TOD Y TDAH</b>
(Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de escuelas de Bogotá, Colombia)	TDAH	Cuantitativo	En Bogotá, se evaluaron 1010 niños entre 5-12 años de donde se obtiene que de 584 niños el 57.8 % cumplieron con los criterios para ser diagnosticados con TDAH, lo que sugiere una prevalencia total de 5.7 %.	No se encuentra relación directa con TOD
Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención-	TDAH	Cuantitativo	De una de 1.141 niños, 82 obtuvieron puntuaciones que los identifican como casos. Esto corresponde al 7,19% de la muestra total. Esta prevalencia	No se encuentra relación directa entre TDAH y TOD.

<p>hiperactividad en niños marabinos</p>			<p>fue del 8,26% para el sexo femenino (n= 45) y del 6,20% para el masculino (n= 37).</p>	
<p>Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia</p>	<p>TDAH</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>En Manizales, se realiza un estudio con 263 niños de 5 a 7 años de edad, donde la prevalencia del trastorno TDAH fue de 8.2%.</p> <p>En el 2001 se realiza una segunda fase del estudio con niños de 8 a 12 años, la prevalencia fue de 7.1 %; comparando ambos estudios, esta prevalencia fue menor a la que se encontró en el primero, siendo la variable diferencial entre ambos, la edad del sujeto.</p>	<p>No se encuentra relación entre TDAH y TOD.</p>

<p>Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España)</p>	<p>TDAH</p>	<p>Cuantitativo</p>	<p>Estudio realizado en Castilla y León, España, su objetivo es determinar la tasa de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) Los resultados indican una tasa global de prevalencia del 6,66%. El 71% de los casos de TDAH presenta algún tipo de comorbilidad, donde un 31% es con trastornos de comportamiento</p>	<p>No se encuentra relación directa entre TDAH y TOD, pero si relación del TDAH con los trastornos de la conducta</p>
<p>Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de</p>	<p>TDAH</p>	<p>Cuantitativo</p>	<p>En Cali se estudió los perfiles neuropsicológicos y conductuales de los niños con TDAH, donde se</p>	<p>Se encuentra relación entre TDAH y TOD.</p>

<p>atención /hiperactividad de Cali, Colombia</p>			<p>evidencio una prevalencia del TDAH del 16%.</p> <p>La comorbilidad más frecuente fue con el trastorno Negativista desafiante.</p>	
<p>Comorbilidad del trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA) en una muestra poblacional de niños y adolescentes escolares, Sabaneta, Colombia, 2001</p>	<p>TDAH</p>	<p>cualitativo</p>	<p>En el Municipio de Sabaneta, Antioquia, Colombia en el año 2001, se realizó un estudio a partir de una muestra representativa al azar de escolares entre 4 y 17 años, la medición se llevó a cabo en dos etapas, en la primera se aplicó un formulario según los criterios del DSM IV y en la segunda una entrevista estructurada, prueba de conners y de inteligencia, cuyos resultados sugieren</p>	<p>Se encuentra relación entre TDAH y TOD.</p>

			<p>una prevalencia del 20.4%, el subtipo más frecuente fue el combinado con un 9.6%.</p> <p>Se evidencia un 5.0%, referente a la comorbilidad entre TDAH y TOD</p>	
<p>Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un modelo predictor de comorbilidad con trastornos del comportamiento</p>	TDAH	Cualitativo	<p>Los casos de TDAH comorbidos con un trastorno de conducta presentan significativamente mayor deterioro en la dimensión relacional, resultados académicos y proporción de padres separados.</p>	<p>No se encuentra relación directa entre TDAH y TOD; se encuentra relación entre TDAH y trastornos de la conducta</p>
<p>(Semiología clínica del trastorno por déficit de atención</p>			<p>En una evaluación de Historias clínicas y tratamiento de 152 niños remitidos a la consulta de Neuropediatría a lo largo</p>	

<p>con hiperactividad en función de la edad y eficacia de los tratamientos en las distintas edades)</p>	TDAH	Mixta	<p>de 6 años (1998-2003) por sospecha de TDAH, donde solo el 102 (67.1%) reunieron criterios de TDAH, el 53% era de tipo combinado, el 26% con predominio inatencional, 20% de predominio hiperactivo/impulsivo y el 1% TDAH no específico.</p>	<p>No se encuentra relación entre TDAH y TOD.</p>
<p>Investigación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en escuelas primarias rurales y urbanas en Guangxi, China)</p>	TDAH	cuantitativa	<p>Estudio realizado a 360 estudiantes de escuela primaria de zonas urbanas, 100 estudiantes de escuelas de zonas rurales (hasta los 7 años de edad) y 56 maestros del área urbana y 8 del área rural, se concluye que la morbilidad del TDAH es más alta en</p>	<p>No se encuentra relación entre TDAH y TOD.</p>

			varones que en mujeres, la morbilidad en zonas rurales es de (7%) más alta que en zonas urbanas (5,28%).	
(Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes)	Problemas de la conducta	cuantitativa	<p>Estudio realizado a 855 niños entre 9 y 17 años de edad, evidenció la dificultad de aprendizaje y distracción desatención.</p> <p>No existe uniformidad en cuanto a las valoraciones de los problemas académicos y conductuales de los niños; dichas evaluaciones dependen de la edad del niño y del dominio descrito (hiperactividad, problemas académicos, ansiedad).</p>	No se encuentra relación entre TDAH y TOD.

<p>(Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados)</p>	<p>TDAH</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Estudio a dos grupos de familias, uno formado por padres de niños con un diagnóstico positivo de TDAH del subtipo combinado (TDAH-C) y otro por familias con niños sin TDAH (control), donde el TDAH se destaca como uno de los factores básicos de los problemas de contexto familiar, sin embargo algunos ítems muestran mayor gravedad en subtipo con trastorno de conducta asociados</p>	<p>No se encuentra relación entre TDAH y TOD, pero si relación con trastornos de la conducta.</p>
<p>Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una</p>	<p>TDAH</p>	<p>cualitativo</p>	<p>Estudio realizado en Venezuela a una muestra de 394 niños escolares entre 3 y 13 años de edad, donde se evidencio una</p>	

muestra de niños marabinos			<p>prevalencia estimada del TDAH fue 10,15%, y se obtuvo una cifra de 2.03% para el tipo Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos hiperactivo, 0,51% para el subtipo desatento, y 7,61% para el subtipo combinado. La prevalencia fue mayor para los hombres, siendo la relación de 3: 1. La prevalencia del TDAH en la población oscila en torno a los valores medios registrados en otros países.</p>	No se encuentra relación entre TDAH y TOD.
Evaluación de la sintomatología			Estudios realizados a 702 niños y niñas de 25	

<p>negativita desafiante en niños de 6 a 8 años: concordancia entre padres y maestros.  Revista psicotema</p>	<p>TOD</p>	<p>Mixta</p>	<p>escuelas de la comarca Osona, Barcelona (España) Los resultados informan una concordancia muy baja, casi nula, entre las valoraciones de ambos informantes (padres- docentes), además, las variables edad y sexo de los niños no representan una diferencia significativa en estas valoraciones. Los padres tienden a evaluar más síntomas del Trastorno Negativista Desafiantey a percibir con mayor intensidad su severidad.</p>	<p>No se encuentra relación directa con TDAH</p>
<p>Prevalencia, sintomatología y</p>			<p>Se realizaron dos estudios en España para alumnos entre 12 y 16 años, el primero durante el curso</p>	

<p>distribución del trastorno Negativista desafiante</p> <p>Revista psicotema</p>	<p>TOD</p>	<p>Mixta</p>	<p>escolar 2001-2002 (muestra 2310 alumnos) y el segundo en el 2006. 2007(muestra 2351 alumnos) donde se encontró una prevalencia de 3,77% y un 3,83%</p>	<p>No se encuentra relación directa con TDAH</p>
<p>Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes colombianos</p>	<p>TDAH</p>	<p>Cuantitativo</p>	<p>Estudio descriptivo de tipo trasversal con una muestra al azar, polietapica proporcional al tamaño de grupos, de escolares entre 4 y 17 años, donde se obtuvo una prevalencia del TDAH de un 20,4 y 15,3considerada en niños con CI de 80, el subtipo más frecuente es el combinado.</p>	<p>No se encuentra relación directa con TOD</p>
			<p>El estudio multimodal treatment of ADHD</p>	

TDAH origen y desarrollo	TDAH	Cualitativo	encontró comorbilidad con trastorno negativista desafiante (30%-50%), trastorno de conducta (14%), trastorno del humor (15%-75%), ansiedad (25%-35%), de aprendizaje (15%-30%)	Presenta relación directa con el TOD
--------------------------	------	-------------	--	--------------------------------------

### 6.1 Discusión de la Información

En las diferentes investigaciones cualitativas se puede inferir que la prevalencia más alta del TDAH es de 20.4 % arrojada por un estudio realizado en Colombia, en general la prevalencia está entre el 8.2% (Manizales- Colombia) y el 10.15%( entre Venezuela y Colombia), por lo tanto, es posible afirmar que la prevalencia varía dependiendo del lugar; en relación con el TOD, un estudio realizado en sabaneta- Colombia de tipo trasversal con una muestra al azar, polietapica proporcional al tamaño de grupos , de escolares entre 4 y 17 años donde se evidenció que la comorbilidad más frecuente fue con los trastornos de aprendizaje 15.1% seguida por los trastornos de la conducta 5.0%, sin especificar directamente al trastorno de la conducta TOD.

Según un estudio realizado en España, que constaba de dos etapas, la primera en el 2001-2002 concluyendo que de 2310 alumnos 87 cumplían

plenamente con los criterios del TOD, en la segunda etapa del estudio 2006-2007 donde se tomó como muestra 2351 alumnos, se encontró que 90 alumnos cumplían los criterios mínimos señalados como condición para TOD.

Las investigaciones cuantitativas relacionadas en esta monografía, hacen referencia a las percepciones de los padres con niños con TDAH, puesto que se evidencia alteraciones en las áreas donde se desarrolla el niño, trayendo dificultades en el contexto familiar (categorías de sentimientos y actitudes, vida social, relación matrimonial, convivencia entre iguales y hermanos, estrés y dificultad de vivir con su hijo). Otro estudio realizado en Guangxi – China, refiere que la morbilidad del TDAH es más alta en varones que en mujeres, donde también influye la zona en vista que la morbilidad es más común en zonas rurales que en zonas urbanas; es significativo resaltar que estos estudios cuantitativos no establecen relación con el TOD.

En investigaciones mixtas, hablan de la prevalencia del TDAH en lugares como Bogotá, donde la prevalencia fue de 57.8% de una muestra de 1010 niños, a diferencia de Madrid - España donde se obtuvo una prevalencia de 67.1% de 152 casos y 6.66% en un estudio realizado en Castilla León – España con una muestra de 1995, con una comorbilidad 31% en trastornos de comportamiento.

Se hace evidente que dentro del rastreo, se encuentran en la gran mayoría investigaciones de carácter cualitativo y son realizadas en Colombia, Venezuela y España, donde se prioriza el estudio del TDAH, mientras que del TOD, se encuentran pocas investigaciones, todas realizadas en España. Es importante resaltar que se encontraron dos investigaciones donde se evidencia relación directa entre el TDAH y TOD; también se hallaron otros tres de los estudios que hablan de comorbilidad del TDAH con trastornos de

la conducta, definiendo estos trastornos como problemas comportamentales y emocionales que se presentan en niños y adolescentes, entre estos trastornos se encuentra el trastorno disocial, antisocial, incluyendo el trastorno oposicionista desafiante y TDAH (DSM-IV - Manual Diagnostico Estadístico de las Enfermedades Mentales).

## **CAPITULO 5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **7. Conclusiones**

Con base a las investigaciones halladas se evidencia estudios que hablan de la prevalencia de los trastornos y pocos especifican una relación directa entre TDAH y TOD, de igual manera se identifican relación entre el TDAH y los trastornos de la conducta en general.

Se conoce sobre el TDAH desde el año 1854 donde comienzan primeras hallazgos por parte de diferentes autores que aportaron en la constitución de la definición del TDAH; sobre el TOD se conocen las primeras hipótesis desde el año 1980 establecidas por el DSM IIII quien en el trascurso del tiempo fueron corroborando estas hipótesis.

En las investigaciones del TOD, relacionadas en esta monografía no se menciona ninguna comorbilidad con algún trastorno a diferencia de los estudios del TDAH que analizan en mayor porcentaje las comorbilidades más frecuentes.

El desarrollar alguno de los dos trastornos investigados, ocasiona una crónica e importante disminución en el desempeño en diferentes contextos de su vida, esto lleva a la necesidad de implementar diferentes estrategias de tratamiento

ya sea farmacológico y/o psicológico, social; es decir es indispensable un tratamiento multidisciplinar para evitar que influya negativamente en el ámbito familiar, académico y social.

Se encontraron diversos autores que hablan de las comorbilidades del TDAH y su relación marcada con el TOD, sin embargo no se encontraron los estudios que lo afirmaran; una de las autoras que trata sobre este tema es Aguilar, M (2014) la cual habla sobre la probabilidad de que una persona presente un diagnóstico adicional, en el cual se contemplaría dentro de cuatro posibilidades: muy frecuentes (más del 50% de posibilidad de comorbilidad está el trastorno negativista desafiante y de la conducta); frecuentes (hasta 50% por trastornos de la ansiedad, fobias, trastornos de la coordinación, trastornos del aprendizaje); menos frecuentes (20% son los trastornos de tics, del humor, depresión mayor y bipolar); e infrecuentes (resumidos en trastornos del espectro autista y retraso mental).

## **8. Recomendaciones**

Se recomienda realizar investigaciones que estudien específicamente la relación entre el TOD y el TDAH e ir más allá del síntoma y de la prevalencia de cada trastorno. También es importante investigar más sobre todo lo relacionado al TOD en Colombia.

## 9. Bibliografía

- ✓ Aguilar, M (2014), *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), Aspectos jurídicos – penales, psicológicos y criminológicos*. Dykinson. Recurado de [https://books.google.com.co/books?id=xfnYBQAAQBAJ&pg=PA241&lpg=PA241&dq=Yoshimasu+tdah&source=bl&ots=RqXyrUc5M0&sig=-W5Grnxksg\\_J9nrUAS981EZndc4&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiovuO2-6DLAhVF2R4KHdxXDz4Q6AEIITAB#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?id=xfnYBQAAQBAJ&pg=PA241&lpg=PA241&dq=Yoshimasu+tdah&source=bl&ots=RqXyrUc5M0&sig=-W5Grnxksg_J9nrUAS981EZndc4&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiovuO2-6DLAhVF2R4KHdxXDz4Q6AEIITAB#v=onepage&q&f=false)
  
- ✓ Angulo, R., Jané, M., Bonillo, M., Viñas, F., Corcoll, A., González, G., Zepeda, R., Santos, N., & Carbonés, J. (2010). *Evaluación de la sintomatología negativista desafiante en niños de 6 a 8 años: concordancia entre padres y maestros*. *Revista Psicothema*, 22 (3), 455 – 459
  
- ✓ Bará, S., Vicuña, P., Pineda, D., & Henao, G. (2003). *Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención /hiperactividad de Cali, Colombia*. *Revista de Neurología*, 37 (7), 608 – 615
  
- ✓ Barbero, P. (2015, 14 de Mayo). *Más cerca del TDAH*. Tdahytu.es. Recuperado de <http://www.Tdahytu.es>.
  
- ✓ Cornejo, J., Osío, O., Sanchez, Y., Carrizosa, J., Sanchez, G., Grisales, H., Castillo, H., & Holgin, J. (2005). *Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*

- en niños y adolescentes colombianos. Revista de Neurología, 40 (7), 16 – 722.*
- ✓ Emberley, E., & Pelegrina, M. (2011). *Prevalencia, sintomatología y distribución del trastorno Negativista desafiante. Revista Psicothema, 23 (2), 215-220*
  - ✓ García, A., Expósito, J., Martínez, M., Quintanar, A., & Bonet, B. (2005). *Semiología clínica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en función de la edad y eficacia de los tratamientos en las distintas edades. Revista de Neurología, 41 (9), 517 – 524.*
  - ✓ Giraldo, Y., & Chavez, L. (2014). *Trastorno por déficit de atención con/hiperactividad (TDAH) y dificultades en lenguaje pragmático. Psicología Universidad de Antioquia, 6 (1), 41 – 56*
  - ✓ Gonzalez, A.A., & Ramos, J. (2006). *La atención y sus alteraciones del cerebro a la conducta. Bogota D.C: Manual Moderno.*
  - ✓ Holguin, J., Osorio, O., Sanchez, Y., Carrizosa, J., & Cornejo, W. (2007). *Comorbilidad del trastorno de hiperactividad con déficit de atención*
  - ✓ Holguin, J., Osorio, O., Sanchez, Y., Carriza, J., & Cornejo, W. (2007). *Comorbilidad del trastorno de hiperactividad con déficit de atención (TDAH) en una muestra*

- poblacional de niños y adolescentes escolares, Sabaneta, Colombia, 2001. IATEIA, 20*  
*(1), 101 – 110.*
- ✓ Lei,L., &Deng, D. (2015). *Investigación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en escuelas primarias rurales y urbanas en Guangxi, China. Revisa Argentina de Clinica Psicologica, XXIV (2), 157 – 165.*
  
  - ✓ Lopez, J., Serrano, I., & Delgado, J. (2005). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un modelo predictor de comorbilidad con trastornos del comportamiento. ProQuestebary, 15 (1), 9 – 31*
  
  - ✓ Montiel, C., & Peña, J.A. (2001). *Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. Revista de Neurologia, 32 (6), 506 – 511*
  
  - ✓ Montiel, C., Peña, J., & Barbero, M. (2003). *Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos. Revista de Neurología, 37 (9), 815-819*
  
  - ✓ Nottelman, E & Jessen, P (1995), *Comorbidity of disorders in children and adolescents: Developmental perspectives. Advances in Clinical Psychology, 17, 109 – 155.*
  
  - ✓ Orellana, C. (2012).*TDAH y Trastorno Negativista Desafiante (TND). Artículos fundacioncadah.org.*

- ✓ Ortiz, B., Giraldo, C., & Palacios, J. (2008). *Trastorno oposicionista desafiante: enfoques diagnósticos y terapéuticos y trastornos asociados*. IATREIA, 21 (1), 54 – 62.
- ✓ Philip, F. (1997). *Desarrollo humano, Estudio del ciclo vital*. Mexico: Pearson Prentice Hall.
- ✓ Presentacion, M., Garcia, R., Miranda, A., Siegenthaler, R., & Jara, P. (2006). *Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados*. Revista de Neurología, 42 (3). 137 – 143
- ✓ Ramos, J., Real, A., & Gomez, N. (2012). *Tratamiento del TDAH: Medicina Basada en pruebas*. IMC, 13(1), 32 – 51
- ✓ Ratera, E., García, C., & Artigas, J. (2006). *Tratamiento del trastorno de oposición desafiante*. Revista Neurologica, 42 (2), 83-88.
- ✓ Soutullo, C. (2008). *Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. Pamplona, España: Panamericana.
- ✓ *THDA en una muestra poblacional de niños y adolescentes escolares, Sabaneta, Colombia, 2001*. IATREIA, 20 (2), 101 – 110
- ✓ Velez, A., Telero, C., Gonzalez, R., & Ibañez, M. (2008). *Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de escuelas de Bogotá, Colombia*. Acta Neurol Colomb, 24 (1), 1 - 12

- ✓ Velez, C., & Vidarte, J. (2012). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia*. *Revista de Salud Pública*, 14 (2), 113 – 128
  
- ✓ Villegas, O. (2005). *La interrelación entre el trastorno Negativista desafiante y el TDAH (parte I. Artículo electrónico n.º 7 del APDA)*.
  
- ✓ XI Jornada de investigación, Facultad de psicología – Universidad de Buenos Aires. (2004). *Abordaje terapéutico para adolescentes tempranos con conductas perturbadoras: Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial*. Recuperado de <http://www.academia.org/000-029/11>.

## **10. Anexos**

### **10.1 Base de Datos Excel (Pesquisa)**

Adjuntamos un archivo en Excel donde desglosamos toda la información de las bases de datos.

## 10.2 Anexos

<b>FICHA BIBLIOGRAFICA 1</b>	
<b>TITULO</b>	Semiología clínica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en función de la edad y eficacia de los tratamientos en las distintas edades
<b>AUTOR</b>	García, A., Expósito, J., Martínez, M., Quintanar, A., & Bonet, B.
<b>FUENTE</b>	REVISTA NEUROLOGICA
<b>VOLUMEN</b>	41
<b>FECHA</b>	2005
<b>RESUMEN</b>	Evaluación de Historias clínicas y tratamiento de 152 niños remitidos a la consulta de Neuropediatría a lo largo de 6 años (1998-2003) por sospecha de TDAH, donde solo el 102 (67.1%) reunieron criterios de TDAH, donde el 53% era de tipo combinado, el 26% con predominio inatencional, 20% de predominio hiperactivo/impulsivo y el 1% TDAH 'no especificado'
<b>PALABRA CLAVE</b>	Trastorno de hiperactividad con déficit de atención (TDAH), niños, curso clínico, desorden de conducta, dificultades de aprendizaje.

<b>FICHA BIBLIOGRAFICA 2</b>	
<b>TITULO</b>	Investigación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en escuelas primarias rurales y urbanas en Guangxi, China
<b>AUTOR</b>	Lei,L., &Deng, D.
<b>FUENTE</b>	REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA
<b>VOLUMEN</b>	XXIV
<b>FECHA</b>	2015
<b>RESUMEN</b>	Estudio realizado a 360 estudiantes de escuela primaria de zonas urbanas, 100 estudiantes de escuelas de zonas rurales (hasta los 7 años de edad) y 56 maestros del área urbana y 8 del área rural, donde la morbilidad del TDAH es más alta en varones que en mujeres, la morbilidad en zonas rurales es de (7%) más alta que en zonas urbanas (5,28%).
<b>PALABRA CLAVE</b>	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), epidemiología, niños escolares

<b>FICHA BIBLIOGRAFICA 3</b>	
<b>TITULO</b>	Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes
<b>AUTOR</b>	Montiel, C., & Peña, J.A
<b>FUENTE</b>	REVISTA DE NEUROLOGIA
<b>VOLUMEN</b>	32
<b>FECHA</b>	2001
<b>RESUMEN</b>	<p>Estudio realizado a 855 niños entre 9 y 17 años de edad, donde se evidencio la dificultad de aprendizaje y distracción desatención.</p> <p>No existe uniformidad en cuanto a las valoraciones de los problemas académicos y conductuales de los niños; dichas evaluaciones dependen de la edad del niño y del dominio descrito (hiperactividad, problemas académicos, ansiedad).</p>
<b>PALABRA CLAVE</b>	Problemas académicos, adolescentes, problemas de comportamiento, niños.

<b>FICHA BIBLIOGRAFICA 4</b>	
<b>TITULO</b>	Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados
<b>AUTOR</b>	Presentación, M., Garcia, R., Miranda, A., Siegenthaler, R., & Jara, P.
<b>FUENTE</b>	REVISTA DE NEUROLOGIA
<b>VOLUMEN</b>	42
<b>FECHA</b>	2006
<b>RESUMEN</b>	Los análisis realizados evidencian diferencias significativas entre las percepciones de los padres de niños controles y las de los padres de niños con TDAH, ya que se observa una alteración en las diferentes áreas en que se desarrolla el niño cuando tiene TDAH.
<b>PALABRA CLAVE</b>	Trastorno de hiperactividad con déficit de atención, subtipo combinado, trastornos del comportamiento, impacto familiar, las relaciones familiares, el estrés familiar, el trastorno negativista desafiante.

<b>FICHA BIBLIOGRAFICA 5</b>	
<b>TITULO</b>	Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de escuelas de Bogotá, Colombia
<b>AUTOR</b>	Velez, A., Telero, C., Gonzalez, R., &Ibañez, M.
<b>FUENTE</b>	Acta NeurolColomb
<b>VOLUMEN</b>	24
<b>FECHA</b>	2008
<b>RESUMEN</b>	El TDAH es una patología frecuente en niños de edad escolar y puede presentar un comportamiento variable, incluso en un mismo país, dependiendo de diversos factores como los ambientales o genéticos.
<b>PALABRA CLAVE</b>	Epidemiología, estudio transversal, niño, prevalencia, trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

<b>FICHA BIBLIOGRAFICA 6</b>	
<b>TITULO</b>	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un modelo predictor de comorbilidad con trastornos del comportamiento
<b>AUTOR</b>	Lopez, J., Serrano, I., & Delgado, J.
<b>FUENTE</b>	ProQuestebrary
<b>VOLUMEN</b>	15
<b>FECHA</b>	2005
<b>RESUMEN</b>	Los casos de TDAH comorbidos con un trastorno de conducta presentan significativamente mayor deterioro en la dimensión relacional, resultados académicos y proporción de padres separados.
<b>PALABRA CLAVE</b>	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos del comportamiento, trastorno disocial.

<b>FICHA BIBLIOGRAFICA 7</b>	
<b>TITULO</b>	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia
<b>AUTOR</b>	Velez, C., &Vidarte, J
<b>FUENTE</b>	Revista de Salud Pública
<b>VOLUMEN</b>	14
<b>FECHA</b>	2012
<b>RESUMEN</b>	La prevalencia de el trastorno fue de 8,2%, encontrando que el trastorno fue más frecuente en niños que tenían 6 años de edad, con una relación de hombre/ mujer de 5 a 1, la edad de aparición más frecuente según los padres fue a los 5 años, según los profesores a los 6 años
<b>PALABRA CLAVE</b>	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, relaciones familiares, actividad motora, salud publica

<b>FICHA BIBLIOGRAFICA 8</b>	
TITULO	Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes colombianos
AUTOR	Cornejo, J., Osío, O., Sanchez, Y., Carrizosa, J., Sanchez, G., Grisales, H., Castillo, H., &Holgin, J.
FUENTE	Revista de Neurología
VOLUMEN	40
FECHA	2005
RESUMEN	Estudio descriptivo de tipo trasversal con una muestra al azar, polietapica proporcional al tamaño de grupos , de escolares entre 4 y 17 años
PALABRA CLAVE	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

<b>FICHA BIBLIOGRAFICA 9</b>	
TITULO	Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención /hiperactividad de Cali, Colombia
AUTOR	Bará, S., Vicuña, P., Pineda, D., & Henao, G.
FUENTE	Revista de Neurología
VOLUMEN	37
FECHA	2003
RESUMEN	En Cali se estudió los perfiles neuropsicológicos y conductuales de los niños con TDAH, donde se evidencio una prevalencia del TDAH del 16%.
PALABRA CLAVE	Déficit de atención, desorden de conducta, hiperactividad, evaluación neuropsicológica.

<b>FICHA BIBLIOGRAFICA 10</b>	
<b>TITULO</b>	Evaluación de la sintomatología negativista desafiante en niños de 6 a 8 años: concordancia entre padres y maestros.
<b>AUTOR</b>	Angulo, R., Jané, M., Bonillo, M., Viñas, F., Corcoll, A., González, G., Zepeda, R., Santos, N., & Carbonés, J.
<b>FUENTE</b>	Revista Psicothema
<b>VOLUMEN</b>	22
<b>FECHA</b>	2010
<b>RESUMEN</b>	Estudios realizados a 702 niños y niñas de 25 escuelas de la comarca Osona, Barcelona (España) Los resultados informan una concordancia muy baja, casi nula, entre las valoraciones de ambos informantes; además, las variables edad y sexo de los niños no representan una diferencia significativa en estas valoraciones. Los padres tienden a evaluar más síntomas del Trastorno Negativista Desafiante y a percibir con mayor intensidad su severidad.
<b>PALABRA CLAVE</b>	Trastorno Negativista Desafiante

<b>FICHA BIBLIOGRAFICA 11</b>	
<b>TITULO</b>	Prevalencia, sintomatología y distribución del trastorno Negativista desafiante.
<b>AUTOR</b>	Emberley, E., & Pelegrina, M.
<b>FUENTE</b>	Revista Psicothema
<b>VOLUMEN</b>	23
<b>FECHA</b>	2011
<b>RESUMEN</b>	Se realizaron dos estudios para alumnos entre 12 y 16 años, el primero durante el curso escolar 2001-2002 (muestra 2310 alumnos) y el segundo en el 2006. 2007(muestra 2351 alumnos) donde se encontró una prevalencia de 3,77% y un 3,83%.
<b>PALABRA CLAVE</b>	Trastorno Negativista Desafiante, sintomatología.

<b>FICHA BIBLIOGRAFICA 12</b>	
<b>TITULO</b>	Comorbilidad del trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA) en una muestra poblacional de niños y adolescentes escolares, Sabaneta, Colombia, 2001
<b>AUTOR</b>	Holgin, J., Osorio, O., Sanchez, Y., Carrizosa, J., & Cornejo, W.
<b>FUENTE</b>	IATREIA
<b>VOLUMEN</b>	20
<b>FECHA</b>	2007
<b>RESUMEN</b>	En el Municipio de Sabaneta, Antioquia, Colombia en el año 2001, se realizó un estudio a partir de una muestra representativa al azar de escolares entre 4 y 17 años, la medición se llevo a cabo en dos etapas, en la primera se aplicó un formulario según los criterios del DSM IV y en la segunda una entrevista estructurada, prueba de conners y de inteligencia, cuyos resultados sugieren una prevalencia del 20.4%, el subtipo más frecuente fue el combinado con un 9.6%.
<b>PALABRA CLAVE</b>	Ansiedad, comorbilidad, DSM-IV, THDA, trastorno de conducta, trastorno del aprendizaje, trastorno oposicionista desafiante.

<b>FICHA BIBLIOGRAFICA 13</b>	
<b>TITULO</b>	Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos
<b>AUTOR</b>	Montiel, C., Peña, J., & Barbero, M.
<b>FUENTE</b>	Revista de Neurología
<b>VOLUMEN</b>	37
<b>FECHA</b>	2003
<b>RESUMEN</b>	<p>Estudio realizado en Venezuela a una muestra de 394 niños escolares entre 3 y 13 años de edad, donde se evidencio una prevalencia estimada del TDAH fue 10,15%, y se obtuvo una cifra de 2.03% para el tipo Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos hiperactivo, 0,51% para el subtipo desatento, y 7,61% para el subtipo combinado. La prevalencia fue mayor para los hombres, siendo la relación de 3: 1. La prevalencia del TDAH en la población oscila en torno a los valores medios registrados en otros países.</p>
<b>PALABRA CLAVE</b>	Desorden hiperactivo y déficit de atención, epidemiología, predominio.

<b>FICHA BIBLIOGRAFICA 14</b>	
<b>TITULO</b>	Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos
<b>AUTOR</b>	C. Montiel-Nava a, J.A. Peña b, M. López a, M. Salas a, J.R. Zurga a, I. Montiel-Barbero a, D. Pirela a, J.J. Cardozo c
<b>FUENTE</b>	Revista de Neurología
<b>VOLUMEN</b>	
<b>FECHA</b>	2002
<b>RESUMEN</b>	<p>Estudio realizado en el municipio de Maracaibo, del estado de Zulia en Venezuela donde se utilizó una muestra de 1.141 escolares entre 6 y 12 años, de los cuales el 48% (n= 545) pertenecían al sexo femenino y el 52% (n= 596) al masculino, donde 82 niños obtuvieron puntuaciones que los identifican como casos. Esto corresponde al 7,19% de la muestra total. Esta prevalencia fue del 8,26% para el sexo femenino (n= 45) y del 6,20% para el masculino (n= 37).</p>
<b>PALABRA CLAVE</b>	Extracto socio económico problemas de atención impulsividad, hiperactividad

<b>FICHA BIBLIOGRAFICA 15</b>	
<b>TITULO</b>	Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España)
<b>AUTOR</b>	Rodriguez, L., Lopez, J., Garrido, M ., Sacristan, A ., & Martinez, T
<b>FUENTE</b>	REVISTA
<b>VOLUMEN</b>	
<b>FECHA</b>	2007
<b>RESUMEN</b>	Estudio realizado en Castilla de Leon (España), donde se pretendía determinar la tasa de prevalencia y comorbilidad del TDAH con o sin hiperactividad, donde su resultado indica una tasa global de prevalencia del 6,66% , donde el 1% es subtipo hiperactivo, el 1,27% subtipo inatento y el 4,38 subtipo combinado
<b>PALABRA CLAVE</b>	Prevalencia, subtipos, comorbilidad, comportamiento

<b>FICHA BIBLIOGRAFICA 16</b>	
<b>TITULO</b>	TDAH origen y desarrollo
<b>AUTOR</b>	Mas, L., Arrighi, E., Fernandez, L., & Gandia, R
<b>FUENTE</b>	LIBRO
<b>VOLUMEN</b>	1
<b>FECHA</b>	Finales del año 90
<b>RESUMEN</b>	<p>Estudio comparativo realizado en base a un estudio realizado en EE.UU, a finales de los 90 el cual se comparó la respuesta que tuvieron una muestra de niños con TDAH los cuales fueron asignados aleatoria mente a tratamientos: farmacológicos, tratamiento conductual intensivo, combinación de medicación y conductual y tratamiento en la comunidad, donde se evidencio que alrededor del 50%de los niños con TDAH presentan un trastorno oposicionista desafiante</p>
<b>PALABRA CLAVE</b>	Comorbilidad, trastorno, tratamiento, conducta



