

## **Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia**

**Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) should be addressed in early childhood public policy-making in Colombia**

Consuelo Vélez-Álvarez<sup>1</sup> y José A. Vidarte Claros<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Manizales. Colombia. [cva@autonoma.edu.co](mailto:cva@autonoma.edu.co), [jovida@autonoma.edu.co](mailto:jovida@autonoma.edu.co)

Recibido 25 Mayo 2011/Enviado para Modificación 8 Agosto 2011/Aceptado 3 Noviembre 2011

### **RESUMEN**

El siguiente documento tiene como propósito establecer una mirada reflexiva acerca del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) como verdadero problema de salud pública en la población infantil de nuestro país, situación que implica unos retos muy grandes de la política de infancia sobre esta problemática y donde además de todos los protocolos de tratamiento realizados hasta el momento se deben incluir abordajes que tengan implícita la motricidad ya que una de las alteraciones comorbidas de esta patología se manifiesta en las dificultades motrices en primera instancia, y de manera integral involucrar a la familia y la escuela para el éxito en el manejo del evento.

**Palabras Clave:** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, relaciones familiares, Actividad Motora, Salud Pública. (*fuentes: DeCS, BIREME*).

### **ABSTRACT**

The following document was aimed at offering reflection about the attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) as a true public health problem in Colombian children, involving very large challenges for childhood policy regarding this problem. This (in addition to all treatment protocols advanced to date) should include approaches implicitly involving motricity since one of this pathology's comorbid disorders becomes manifest in motor difficulties in the first instance, integrally involving family and school for success in managing the event.

**Key Words:** Attention deficit hyperactivity disorder, family relationships, motor activity, public health (*source: MeSH, NLM*).

**E**l Trastorno por Déficit de la Atención es conocido con las siglas: TDA (Trastorno por Déficit de Atención), SDA (Síndrome de Déficit de la Atención), DA (Déficit de la Atención), ADHD (Attention Deficit Hiperactivity Disorder), y más comúnmente TDAH (Trastorno por Déficit de la Atención e Hiperactividad).

Se caracteriza como “un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más fuerte y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar (1).

Estas tres dimensiones: inatención, hiperactividad e impulsividad, constituyen los ejes del trastorno. Las deficiencias de atención/inatención o la incapacidad de conservar el nivel de atención por largos periodos de tiempo, son manifestaciones de este trastorno, se caracteriza además por atención fugaz e impulsos desinhibidos en estados de vigilia. Las personas que son desatentas tienen dificultad para concentrarse en una cosa y se pueden aburrir con una tarea, luego de sólo unos pocos minutos.

La falta de atención se infiere a partir de la observación de la conducta, como ocurre, por ejemplo, si un niño no se mantiene realizando una tarea durante el tiempo requerido, tarea que está al alcance de otros niños de la misma edad, inteligencia y escolarización, de los que se diferencia (2).

Este déficit atencional puede manifestarse tanto en situaciones académicas, como sociales o laborales. En el desempeño escolar, los niños tienden a cometer errores por descuido, su trabajo puede ser sucio y realizado sin reflexión y las dificultades para mantener la atención dan lugar a que, con frecuencia, el sujeto no concluya sus tareas. Los cambios de una tarea a otra sin terminar ninguna de ellas, el no seguimiento de las instrucciones, el hecho de dar la impresión de no escuchar y tener la mente en otro lugar, y la dificultad para organizar tareas o actividades, constituyen algunas de las respuestas típicas de los sujetos con este trastorno. Como consecuencia, los sujetos tienden a evitar las tareas que exigen esfuerzo mental. Sin embargo, es preciso determinar que el rechazo a este tipo de actividades sea debido a las deficiencias del funcionamiento atencional y no a una actitud negativista.

El negativismo puede estar presente en los sujetos con este trastorno, pero con carácter secundario. Esto es, el reiterado fracaso en la ejecución

de las tareas conlleva consecuencias desagradables para los individuos, quienes asocian la tarea con una situación aversiva que tratan de eludir (2).

Los síntomas del DSM-IV (1995) y DSM-IV-TR (2002) para la falta de atención entre otros: A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades, a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas, a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente, a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones), a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades, a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos), a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (como por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas), a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes y a menudo es descuidado en las actividades diarias.

La hiperactividad es el segundo componente del TDAH y suele manifestarse mediante un movimiento excesivo; un movimiento continuo, cuando resulta inapropiado hacerlo; inquietud; nerviosismo e incapacidad para estar sentado sin levantarse; “estar en marcha” continuamente, como si se tuviera un motor interno; y hablar en exceso. Los problemas de los niños con TDAH incluyen tanto un exceso de actividad, como una actividad inoportuna, en función de su edad y circunstancias (3). También se dice que son revoltosos, que no paran de dar golpes con los dedos, de moverse en sus asientos o de molestar a sus compañeros de clase (4-6).

Los niños hiperactivos parecen tener problemas para regular sus acciones según los deseos de otras personas o las demandas del contexto (7,8).

El comportamiento hiperactivo suele hacerse extensivo a un grupo de conductas tales como: agresividad, actividad constante, tendencia a la distracción, impulsividad, incapacidad para concentrarse y dificultad para participar en actividades “silenciosas” como la lectura y otros comportamientos parecidos que, si bien pueden guardar relación entre sí, no siempre se corresponden con la hiperactividad propiamente dicha; no

es fácil de definir con precisión, pues suele depender del criterio y de la tolerancia del observador, ya que el comportamiento que puede parecer excesivo para una persona puede no parecer excesivo para otra. Sin embargo, ciertos niños comparados con otros son claramente más activos, lo cual se puede convertir en un problema si esta situación interfiere con el desempeño escolar o la capacidad para hacer amigos.

A menudo, la hiperactividad se considera más un problema para las escuelas y los padres que para el niño afectado. Sin embargo, muchos niños hiperactivos son infelices e incluso depresivos, dado que su incapacidad para quedarse quietos los hace blanco de peleas, se les dificulta entrar en contacto con otros niños, puede dificultar el trabajo escolar y, por tanto, el castigo se convierte una situación común para ellos. El comportamiento hiperquinético (movimiento excesivo) suele disminuir a medida que el niño crece y puede desaparecer por completo en la adolescencia.

Se plantea que algunos de los indicadores de la hiperactividad en los distintos momentos evolutivos son los siguientes: De 0 a 2 años: descargas mioclónicas durante el sueño, problemas en el ritmo del sueño y, durante la comida, períodos cortos de sueño y despertar sobresaltado, resistencia a los cuidados habituales, reactividad elevada a los estímulos auditivos e irritabilidad, de 2 a 3 años: inmadurez en el lenguaje expresivo, actividad motriz excesiva, escasa conciencia de peligro y propensión a sufrir numerosos accidentes, de 4 a 5 años: problemas de adaptación social, desobediencia y dificultades en el seguimiento de normas y a partir de los 6 años: impulsividad, déficit de atención, fracaso escolar, comportamientos antisociales y problemas de adaptación social (9).

La evolución de la hiperactividad no se caracteriza por seguir una línea uniforme ni específica. El pronóstico conlleva impulsividad, fracaso escolar, comportamientos antisociales e incluso delincuencia. Un 25 % de los niños hiperactivos evolucionan positivamente, con cambios conductuales notables y sin que tengan dificultades especiales durante la adolescencia y la vida adulta (10). El DSM-III-R indica que aproximadamente un tercio de los individuos diagnosticados con hiperactividad en la infancia muestran signos del trastorno en la edad adulta. Los niños que son hiperactivos en todos los ambientes tienen un peor pronóstico porque sufren con más frecuencia las consecuencias negativas que sus comportamientos alterados provocan en la familia, colegio y grupo de amigos, de este modo se

vuelven más vulnerables y, por tanto, aumenta el riesgo de que desarrollen comportamientos antisociales.

En revisión realizada por Abikoff y Klein (1992), sobre las características específicas de la hiperactividad y los problemas de conducta en la infancia, se concluye que la hiperactividad está asociada a una pobre ejecución académica, a un deficiente procesamiento de la información y a una psicopatología parental, mientras que los problemas de conducta están asociados al rechazo maternal, a una pobre supervisión parental y al abuso de alcohol en padres (11). Otro estudio sobre hiperactividad y problemas de conducta en la infancia, se observó que la hiperactividad era predictora de un rendimiento académico bajo, mientras que los problemas de conducta estaban relacionados con el rendimiento académico sólo si correlacionaba con hiperactividad (12).

Los Síntomas del DSM-IV (1995) y DSM-IV-TR (2002) para la hiperactividad son: A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento, a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado, a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud), a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio, a menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor y a menudo habla en exceso.

El tercer componente del TDAH es la impulsividad. Ésta se traduce por conductas de impaciencia, incapacidad para aplazar la respuesta, responder antes de que la pregunta haya sido formulada por completo, e interrumpir frecuentemente, provocando problemas en situaciones sociales. Asimismo, los individuos pueden hacer comentarios fuera de lugar, mostrar falta de atención para la comprensión de las normas, hacer payasadas, etc. Es decir, los niños son incapaces de autocontrolarse, de adecuar su conducta a las demandas del entorno y de demorar la gratificación. Se ha señalado la naturaleza multidimensional de esta sintomatología que, según él, incluye aspectos cognitivos y comportamentales. Asociadas a las conductas de hiperactividad e impulsividad se encuentra la desinhibición social, la falta de precaución en situaciones peligrosas y el quebrantamiento de forma impulsiva de las normas sociales, por lo que estos niños sufren fácilmente continuos accidentes y son rechazados por su grupo de iguales (13).

Entendiendo la impulsividad dentro de este sistema, los niños impulsivos serían aquellos cuyo sistema de autorregulación falla ante determinadas situaciones y su comportamiento resulta precipitado, irreflexivo o ineficaz, es decir, son considerados como niños con un pobre desarrollo del control inhibitorio comportamental y que conlleva otros factores como dificultades cognitivas en el estilo de resolución de problemas. Se asocian con la impulsividad 3 conceptos básicos que se entrelazan en la comprensión del comportamiento impulsivo: a) actuar sin pensar; b) la velocidad incrementada en la respuesta y, c) la impaciencia. Además surgen otros indicadores estrechamente relacionados, como son un bajo control de sus impulsos y poca tolerancia a la frustración.

Estos aspectos concurrentes hacen que un niño impulsivo, aún sin proponérselo, llame la atención desfavorablemente. Puede convertirse en el centro de las observaciones negativas del docente, los compañeros comenzarán a quejarse y evitarlo de distinta forma ya que no disfrutarán de sentarse con él o de realizar actividades escolares conjuntas dentro o fuera de la escuela.

Los indicadores de la impulsividad son la excitabilidad (actuar antes de pensar, desorganización, pobre habilidad de planeamiento), el excesivo cambio de una actividad a otra, la dificultad en situaciones grupales en las que se requiere paciencia para actuar según turnos, el requerimiento de mucha supervisión y presencia constante de problemas por comportamientos inapropiados (14).

Las personas impulsivas se caracterizan por la presencia de altos niveles de actividad, por la incapacidad para demorar la gratificación, por la dificultad de mantener relaciones interpersonales de larga duración y por presentar conductas de tipo antisocial con mayor frecuencia (15-18).

La impulsividad puede dar lugar a accidentes como por ejemplo golpearse con objetos, golpear a otras personas, agarrar una cazuela caliente, entre otros, y a incurrir en actividades potencialmente peligrosas sin considerar sus posibles consecuencias, como por ejemplo patinar en un terreno abrupto.

En cuanto al diagnóstico médico, se dice que éste se basa en los criterios clínicos, mediante criterios diagnóstico de exclusión o inclusión. Este diagnóstico puede estar apoyado por datos de test psicométricos y exploraciones complementarias (19). Para la orientación diagnóstica y su

clasificación se emplean generalmente el DSM IV-TR y el CIE-10 que, como ya se ha mencionado, muestran una menor univervalización y empleo, dificultando la comparación con otros estudios.

### Prevalencia

Para muchos autores, el TDAH es el trastorno más frecuente en la infancia (2,20-22), y todo indica que persiste en la adolescencia y la edad adulta (3,21-23). La prevalencia del TDAH oscila entre 3 % y el 7 %, en población general (APA, 2002) y entre el 10 % y el 15 % en población clínica (24).

Se han diseñado estudios para valorar la presencia de síntomas del TDAH en una muestra de 1.019 19 niños del área de Barcelona. Dichos autores señalan que la prevalencia de los síntomas del TDAH varía según quién informa (padres o profesores), la edad y sexo de los niños y los criterios de valoración utilizados (25).

Los estudios epidemiológicos indican que la prevalencia del TDAH varía según la edad, el subtipo del trastorno (TDAH tipo desatento o tipo hiperactivo-impulsivo) y el género. En este sentido, el TDAH tipo hiperactivo-impulsivo es cuatro veces más frecuente en chicos que en chicas (4:1), y en el TDAH tipo desatento, lo es en relación 2:1. Ambos subtipos son más frecuentes entre los ocho y los diez años (22-26).

Las conductas de falta de atención son poco frecuentes en preescolar y que aumentan, de manera progresiva, al pasar a la enseñanza primaria, sin que se den diferencias relevantes entre los 6 y 12 años (25). Los síntomas de hiperactividad-impulsividad son más frecuentes entre 6 y 12 años en los niños, mientras que para las niñas ambos síntomas son poco frecuentes, tanto en preescolar como en la enseñanza primaria. En Colombia, se han realizado algunos estudios de prevalencia del TDAH, entre ellos se encuentra el realizado con 263 niños de 5 a 7 años, en el municipio de Manizales (27). En este estudio se utilizó la entrevista individual, basada en los criterios del DSM-IV. La prevalencia del trastorno fue del 8,2 %. Estos datos corroboraron los suministrados por las diferentes fuentes bibliográficas, encontrando que el trastorno fue más frecuente en niños que tenían 6 años de edad; con una relación hombre/ mujer fue 5 a 1; la edad de aparición más frecuente de los síntomas, según los padres, fue a los 5 años y, según los profesores, a los 6 años.

Posteriormente en 2001, estos mismos autores realizaron una segunda fase con niños de 8 a 12 años, encontrándose que la prevalencia fue del 7,1 %. Comparativamente, esta prevalencia fue menor que la encontrada en el primer estudio, siendo la variable diferencial entre ambos la edad de los sujetos. Ambos estudios sugieren, además, la importancia del problema del TDAH en esta ciudad de Colombia y la necesidad de continuar avanzando en el conocimiento de dicho problema.

En el año 2001, otros autores encontraron una prevalencia del 16,1 %. Usaron como criterio diagnóstico una lista de síntomas que correspondían exactamente con los 18 ítems del criterio del DSM-IV para el diagnóstico del TDAH. Los datos fueron obtenidos de los padres de niños y adolescentes de 4 a 17 años, de la ciudad de Manizales (28), en la ciudad de Cali se realizó un estudio sobre los perfiles neuropsicológicos y conductuales de los niños con TDAH. Además de describir los perfiles neuropsicológicos de los niños, se evidenció una prevalencia del TDAH del 16 % (29) y en Sabaneta Antioquia el estudio de prevalencia del TDAH con adolescentes colombianos utilizando los criterios del DSM-IV fue del 15,86 % (30), y en Bogotá se realizó un estudio de prevalencia en una población de escolares entre los 5 y 12 años de edad aparentemente sanos que permitió evaluar la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Fueron evaluados 1.010 niños y de ellos 584 es decir, el 57,8 % cumplieron con los criterios para ser diagnosticados con TDAH, lo que supone una prevalencia de 5,7 % y que permite concluir que 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 (31)

Los estudios anteriores evidencian que en Colombia hay una alta prevalencia del TDAH, mucho mayor que en otros estudios realizados en otros lugares del mundo. Esta discrepancia se pudiera explicar como resultado de varios factores, entre los que se cuentan el uso de criterios más o menos restrictivos en el establecimiento del diagnóstico, o la existencia de factores de riesgo psicosocial del entorno poblacional del que se extraen las muestras. Sumado a lo anterior, aparecen otros elementos relevantes y es que del total de la población diagnosticada, sólo el 7,4 %, recibe un diagnóstico de confirmación mediante una entrevista psiquiátrica estructurada, y sólo el 6,6 %, de los afectados recibe tratamiento, lo que puede indicar que parece haber un subregistro en el diagnóstico en países desarrollados.



### Pronóstico

En general se considera que el 80 % de los niños con TDAH tienen un pronóstico favorable a largo plazo, siempre y cuando antes de la adolescencia se corrijan los problemas comportamentales y académicos asociados. Si esto se realiza, la literatura habla de que sólo el 20 %, un grupo conformado por los casos más severos, tendrán dificultades en la edad adulta con persistencia de los síntomas del trastorno (32). De los niños que no reciben ningún tratamiento o lo reciben incompleto, el 80 %, tienen un mal pronóstico a largo plazo, con aparición de trastornos explosivos de la conducta en la adolescencia, trastorno disocial de la conducta, trastorno de la personalidad de tipo delictivo, alcoholismo, farmacodependencia, inestabilidad laboral y dificultades en las relaciones personales.

En la edad adulta alrededor del 15 al 20 %, de los niños con desorden deficitario de la atención e hiperactividad continúan presentando síntomas de este desorden y otro tercio presenta síntomas de desorden de personalidad antisocial. Un porcentaje significativo muestra abuso de drogas (16 %), principalmente cuando se presentan ambos.

Según la gravedad, la implicación neurológica y el éxito de la medicación en el TDAH el pronóstico será más o menos favorable. En otras palabras, las manifestaciones varían con la edad y con el tratamiento aplicado.

Además de lo anterior se le suma al TDAH, que aproximadamente entre un 45 % y un 65 %, de los niños diagnosticados presentan otros trastornos asociados, lo que lo ha llevado a ser considerado como un trastorno heterogéneo, que suele presentarse acompañado de otros problemas psicopatológicos, que interactúan y modifican el diagnóstico de forma importante, tanto en la fenomenología clínica como en las características psicológicas, en las consecuencias psicosociales, en el curso clínico, en el pronóstico y en la respuesta al tratamiento de esta compleja asociación (33-34). Lo anterior permite plantear que desde el punto de vista clínico los niños que presentan TDAH asociado a otros trastornos revisten una mayor gravedad, se ven afectados en más dominios del desarrollo infantil (interacción social, académica, emocional y física) y siguen una evolución más desfavorable que los niños con TDAH sin comorbilidad (35-36).

Una de las alteraciones comórbidas del TDAH se manifiesta en la motricidad. Estas disfunciones de la motricidad parecen afectar a muchos sujetos con TDAH, hasta el punto que, la calidad del desempeño motriz durante los 5 a 6 primeros años podría constituir un predictor de la posterior aparición de síntomas del TDAH e, incluso, la asociación entre torpeza motriz y TDAH (37-38).

Existe una aceptación general en relación a que aproximadamente la mitad de todos los niños con TDAH tendrían dificultades motrices, que en muchos casos se subestiman (39-41), reflejadas en un rendimiento motriz por debajo de lo normal esperado de la misma edad (40). Estos problemas motrices están correlacionados principalmente al subtipo combinado y en el que predomina la inatención. La evaluación cuidadosa de las funciones motrices básicas del niño puede revelar leves déficits, denominados signos neurológicos leves, los cuales incluyen: movimientos desbordantes, movimientos involuntarios, disrritmias, imperistencia motriz, déficit en inhibición de respuestas, dispraxias o apraxias, diadococinesia, incoordinación o ataxia, entre otros (42-43). Los movimientos desbordantes motrices son definidos como un co-movimiento de partes del cuerpo, no específicamente necesarios para completar una tarea de manera eficiente.

Existen diferentes formas de movimientos desbordantes, como los movimientos asociados (movimientos involuntarios en músculos no homólogos contralateral o ipsilateral), irradiación motriz contralateral, y movimientos en espejos. Estos últimos corresponden a movimientos involuntarios que se producen en músculos homólogos contralaterales al movimiento voluntario. La capacidad de inhibir los movimientos involuntarios se desarrolla lentamente en el tiempo. Sin embargo, la persistencia de signos leves en la infancia tardía y adolescencia sugiere disfunción motriz, lo que es asociado a desarrollo neurológico atípico (36), o bien a inmadurez o retraso del desarrollo del sistema nervioso (44). De hecho, se piensa que los movimientos desbordantes resultan de una actividad cortical bilateral secundaria a una carencia de inhibición interhemisférica mediada por tractos transcallosales (45). Se ha considerado que la hiperactividad es un predictor de incoordinación motriz gruesa, pero que no estaría relacionada significativamente con habilidades motrices finas (37).

Otros autores indican que estos niños experimentan más dificultades con movimientos motores finos que con los gruesos (40) y alteraciones en la coordinación global y en la orientación espacio-temporal. Aunque la alteración

en la corteza prefrontal contribuye a los signos conductuales observados en el TDAH, sus conexiones íntimas con el cerebelo y el núcleo caudado podrían explicar parcialmente la coexistencia de déficits sensoriomotrices y signos conductuales en niños con TDAH(46).

#### Retos de la política de infancia a la luz del problema

Tal como lo plantea la política de infancia la experiencia acumulada a nivel nacional y regional permite afirmar que el país cuenta con un conocimiento significativo sobre la promoción del desarrollo de la primera infancia. Conocimiento que incluye estar al día en los aspectos conceptuales, el reconocimiento de estrategias exitosas (juego, estimulación adecuada, vinculación afectiva, trabajo con padres), el desarrollo de instrumentos propios para la evaluación del desarrollo infantil, entre otros. La estrategia fundamental ha sido la de brindar atención directa a los niños, seguida por el apoyo y educación de la familia y alguna movilización social.

Falta garantizar las condiciones para que las iniciativas puedan sostenerse desde el punto de vista económico, a lo largo del tiempo, y en términos de legitimidad social (47). En éste sentido el primer reto en la relación entre TDAH y el desarrollo e implementación de la política consiste en reconocer la problemática descrita como un eslabón importante en el desarrollo de nuestros niños y niñas, pues resulta ser un problema de alta prevalencia y que afecta todas las esferas del desarrollo de nuestros menores, y tal como se planteó a lo largo del capítulo anterior, este evento guarda estrecha relación con los dos ámbitos de desarrollo intervenidos de manera prioritaria en la política los cuales son la familia y la escuela.

Desde otra perspectiva si se considera que entre los factores que a nivel municipal han incidido en la garantía de los derechos de los menores de 6 años se destacan:

La *voluntad política*, sin la cual es imposible incluir el tema de primera infancia en los planes de desarrollo municipales, priorizarlo para invertir en él y posicionar a los niños del municipio como sujetos de atención y reconocimiento.

La *continuidad de los actores políticos*, lo que permite garantía de procesos y culminación de dinámicas que lleven a resultados tangibles.

La *capacidad técnica* para intervenir y gestionar del municipio, sin la cual es imposible alcanzar los objetivos planteados en el tema de primera infancia.

La *coordinación intersectorial*, cuya carencia aparece como tema recurrente a nivel municipal y que se evidencia cuando los niños acceden a diferentes programas con servicios relativamente similares, lo que podría evitarse generando programas integrales, alimentados desde distintas lógicas de trabajo.

La *sostenibilidad*, marcada por la dependencia de los programas y proyectos de una persona o funcionario más no de la institución o sector como tal, pero que puede ser contrarrestada mediante el empoderamiento de la comunidad y los funcionarios; el *acompañamiento* que se ha dado a través del nivel departamental, nacional, ONG y organizaciones internacionales.

El *monitoreo y evaluación*, prácticamente inexistente a nivel local como herramienta de evaluación de las experiencias existentes en primera infancia, en el que se articulen las múltiples acciones que desde el municipio se orientan a ese grupo poblacional (47), el reto resulta ser que los municipios acorde a lo planteado en el decreto 3039 (48) diagnostiquen y evidencien la problemática del TDAH como problema de salud pública en la población infantil y posterior a ello puedan realizar un trabajo intersectorial articulando acciones orientadas a la solución del problema.

Si tenemos en cuenta que la política de primera infancia plantea que los niños deben tener Derecho a atención en salud y que uno de sus apartados reconoce que en 2005, alrededor del 2 %, de los niños menores de 5 años presentaba algún tipo de discapacidad (para moverse o caminar, usar brazos o manos, para escuchar, ver a pesar de usar lentes o gafas, entender o aprender, relacionarse con los demás por problemas psicológicos, emocionales, entre otros).

Los niños en edad de primera infancia con algún grado de limitación o discapacidad, deben tener acceso a procesos educativos, de habilitación y rehabilitación, que les permita mejorar sus potencialidades, integrarse a la sociedad y ser ciudadanos participantes y productivos; situación que demanda la detección temprana de la discapacidad, así como su atención integral y oportuna. De esta forma, la detección temprana, el acompañamiento y preparación a la familia, y la oferta adecuada para superar las barreras

planteadas por el entorno según el caso, tienen mayor relevancia en la primera infancia (46), se tiene un nuevo reto en la posibilidad de asumir el TDH como una situación que afecta los procesos educativos del menor, y cuya detección temprana y manejo oportuno en integralidad entre la familia, la institución educativa y la institución de salud, puede ser la única y eficaz manera de sacar adelante ese menor que se ve afectado.

Para finalizar existe otro derecho consagrado en la política de infancia que guarda estrecha relación con el diagnóstico y manejo del TDH y es el acceso a estimulación temprana y a educación inicial pues es en éste contacto donde puede ser posible la identificación de éste problema y donde se le puede dar al niño la posibilidad de ser manejado de una manera integral y oportuna para superar esta patología e integrarse como ser productivo a la sociedad

Existe una evidencia científica que en Colombia el TDAH resulta ser un verdadero problema de Salud Pública en la población infantil, además existen planteamientos claros desde la política pública de primera infancia y desde la normatividad actual que permiten que este sea incorporado como prioridad de intervención, ya que esta patología se convierte en un problema no solo individual sino social en el momento que se evalué el alcance y los nuevos compromisos de la política de primera Infancia en Colombia.

Se hace prioritario que en los procesos de intervención del TDAH, se realicen programas multimodales que posibiliten el abordaje de comorbilidades como la motricidad, temática sobre la cual falta aún mucho desarrollo, pues bien es conocido de todos que los tratamientos dejan de lado los aspectos motrices de los niños fuera del aula o consultorio ♣

## REFERENCIAS

1. López-Ibor JJ, Valdés M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. Barcelona; 2001.
2. Barkley RA, Anastopoulos AD, Guevremont DC, Fletcher KE. Adolescents with ADHD: patterns of behavioral adjustment, academic functioning, and treatment utilization. *J Am acad Child Psy.*1991; 30(5):752-61.
3. Whalen CK, Henker B, Hinshaw SP. Cognitive-behavioral therapies for hyperactive children: Premises, problems, and prospects. *J Abnorm Child Psych*1985; 13(3):391-409.
4. Whalen CK, Henker B. Social impact of stimulant treatment for hyperactive children. *J Learn Disabil.*1991; 24(4):231-41.

5. Arnold LE, Abikoff HB, Cantwell DP, Conners K, Elliott G, Greenhill LL, Hectman L, Hinshaw SP, Hoza B, Jensen PS, Kraemer HC, March JS, Nuevacorn JH, Pelham EW, Richters JE, Schiller E, Severe JB, Swanson JM, Vereen D, Wells KC. National Institute of Mental Health Collaborative Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (the MTA). *Arch Gen Psychiat*. 1997; 54:865-70.
6. Teichner MH, Ito, Glod CA, Barber NI. Objective measurement of hyperactivity and attentional problems in ADHD. *J Am Acad Child Psy*. 1996; 35:334-42.
7. Slusarek M, Velling S, Bunk D, Eggers C. Motivational effect on inhibitory control in children with ADHD. *J Am Acad Child Psy*. 2001; 40:355-63.
8. Barkley RA. Excessive dopamine transporter density in adults with attention deficit hyperactivity disorder assessed by SPECT with [<sup>123</sup>I] altopane. University of Massachusetts Medical School, Worcester, MA; 2002.
9. Whalen CK. Hiperactividad, problemas de aprendizaje y trastornos por déficit de atención (213- 279). En T. Ollendich y M. Hersen, (Eds). *Psicopatología Infatil*. Barcelona. 1986.p. 391-410.
10. Abikoff H, Klein R. Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder, comorbidity and implications for treatment. *J Consult Clin Psych*. 1992; 60(6):881-92.
11. Frick PJ. Family disfunction, the disruptive behavior disorders. A review of recent empirical findings. En T.H. Ollendick y R.J. Prinz, *Advances In Clinical Child Psychiat* 1994; 16,203-227.
12. Copeland AP, Weissbrod CS. Strategies used by learning disabled children: Does hyperactivity always make things worse? *J Learn Disabil*. 1995; 10(8):473-7
13. Eysenck SB, Easting G, Pearson PR. Age norms for impulsiveness, venturesomeness and empathy in children. *Pers Indiv Differ*. 1984; 5:315-21.
14. Velting O, Whitehurst GJ. Inattention-hyperactivity and reading achievement in children from low-income families, a longitudinal model. *J Abnorm Child Psych*. 1997; 25(4):321-31.
15. White JL, Moffitt TE, Caspi A, Bartusch DJ, Needles DJ, Stouthamer-Loeber M. Measuring impulsivity and examining its relationship to delinquency. *J Abnorm Psychol*. 1994; 103,192-205.
16. Solanto MV, Abikoff H, Sonuga-Barke E, Schachar, R, Logan, GD, Wigal T, Hechtman L, Hinshaw S, Turkel E. The ecological validity of delay aversion and response inhibition as measures of impulsivity in ADHD: a supplement to the NIMH multimodal treatment study of ADHD. *J Abnorm Child Psych*. 2001; 29,215-228.
17. Fernández JA, Calleja PB. Trastorno por déficit de la atención con hiperactividad, e hipetamelanos de Ito. *Rev Neurología*. 2000; 16, 45-52.
18. Shaywitz S, Shaywitz BA. Introduction to the special series on attention deficit disorder. *J Learn Disabil*. 1991; 24(2):68-77.
19. Biederman J, Faraone S, Milberger S, Curtis S, Chen L, Marris A, Ouellette C, Moore P Spencer T. Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence, results from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child and Adolescent*. 1996; 35(3):343-51.
20. Wolraich M, Hannah J, Pinnock T, Baumgaertel A, Brown J. Comparison of diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder in a country-wide sample. *J Am Acad Child Psy*. 1996; 35(3):319-24.
21. Kazdin AE, Johnson B. Advances in psychotherapy for children and adolescents, interrelations of adjustment, development, and intervention. *J School Psychol*. 1994; 32,217-46.
22. Fischer M, Barkley R, Edelbrock C, Smallish L. The adolescent of hyperactive children diagnosed by research criteria, academic, attentional and neuropsychological status. *J Consult Clin Psych*. 1990; 58(5):580-88.

23. Amador JA, Fornis M, Martorell B. Síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad: análisis evolutivo y consistencia entre informantes. *Anuario de Psicología*. 2001; 32, 51-66.
24. Bathia MS, Nigam VR, Bohra N, Malik SC. Attention deficit disorder with hyperactivity among paediatric Outpatients. *J Child Psychol Psych*. 1991; 32(2):297-306.
25. Vélez C, Vidarte JA. Caracterización del TDAH en los niños entre 5 y 7 años escolarizados de la ciudad de Manizales. Universidad Autónoma de Manizales. 1999; T. de Grado.
26. Pineda DA, Lopera GC, Palacio JD, Henao P. Prevalencia del trastorno por déficit de atención una comunidad colombiana. *Rev Neurología*. 2001; 33:2-17.
27. Bará S, Henao P, Jiménez DA, Pineda D, Vicuña GC. Perfiles neuropsicológicos y conductuales de los niños con trastorno por déficit de atención /hiperactividad de Cali, Colombia. *Rev Neurología*. 2003; 37(7):608-15.
28. Cornejo JW, Osio O, Sánchez Y, Carrizosa J, Griosaes H, Castillo H, Holguín, J. Prevalencia del trastorno por déficit de la atención e hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Rev Neurología*. 2005; 40:12,716-22.
29. Vélez A, Talero C, González R, Ibáñez M. Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de escuelas de Bogotá, Colombia, *Acta Neurol Col*. 2008; 24:6-12.
30. Barkley RA. *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Nueva York: Guilford Press; 1998.
31. Fergusson DM, Horwood LJ. The structure, stability, and correlations for the trait components of conduct disorder, attention deficit and anxiety withdrawal. *J Child Psychol Psych*. 1993; 34(5):749-66.
32. McBurnett K, Pfiffner LJ, Willcutt E, Tamm K, Lerner M, Ottolini YL, Furman MB. Experimental cross validation of DSM-IV types of attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Psy*. 1999; 38:17-24.
33. Jensen P, Watanabe H, Richters J, Roper M, Hibb, E, Salzberg A, Liu S. Scales, diagnoses, and child psychopathology, II. Comparing the CBCL and the DISC against external validators. *J Abnorm Child Psych*. 1996; 24(2):151-68.
34. Artigas-Pallarés J. Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurología*. 2003; 3 (1):S68-S78.
35. Kroes M, Kesels GH, Kalf AC, Feron JM, Jolles J. Quality of movement as predictor of ADHA; results from a prospective population study in 5 and year-old children, *Dev Med Child Neurol*. 2002; 44:753-60.
36. Castroviejo P. Síndrome de déficit de atención con hiperactividad y capacidad para el deporte *Rev Neurología*. 2004; 38(11):1001-1005.
37. Pitcher T, Piek J, Hay D. "Fine and gross motor ability in males with ADHD". *Dev Med Child Neurol*. 2003; 45:525-535.
38. Slaats D, De Sonnevill L, Swaab H, Buitelaar J. "Motor flexibility problems as a marker for genetic susceptibility to Attention Deficit/Hyperactivity Disorders". *Society of Biological Psychiatry. Biol Psychiat*. 2005; 58:233-238.
40. Vidarte JA, Ezquerro M, Giráldez MA. Perfil psicomotor de niños de 5 a 12 años diagnosticados clínicamente de trastorno por déficit de atención/hiperactividad en Colombia. *Rev Neurología*. 2009; 49(2):69-75.
41. Udal A, Malt U, Lövdahl H, Gjaerum B, Pripp A, Groholt B. Motor function may differentiate attention deficit hyperactivity disorder from early onset bipolar disorder. *Behav Brain Func*. 2009; 5(47):1-10
42. D'Agati E, Casatelli L, Pitzianti M, Pasini A. Overflow movements and white matter abnormalities in ADHD. *Prog Neuro-Psychop*. 2010; 34(3):441-5.
43. Gordon J. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Handbook. A Physician's Guide to ADHD*. Second Edition, Springer; 2010.
44. Denckla M. ADHD. Topic Update". Elsevier, *Brain Dev-J* 2003; 25:383-389.

45. Shum B, Pang M. Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder have impaired balance function: Involvement of Somatosensory, Visual and Vestibular System. *J Pediatr.* 2009; 155(2):245-9
46. República de Colombia. Programa de apoyo para la construcción de la política de primera Infancia. Política de primera infancia. Bogotá; 2006.
47. Torrado MC, Anzelin I. La Primera Infancia en la agenda local Comisión Gestión y desarrollo local. Observatorio sobre Infancia. Universidad Nacional de Colombia; 2006.