

POLICLÍNICO DOCENTE UNIVERSITARIO “MARTA MARTÍNEZ FIGUERA”, GÜINES.

EL NIÑO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Dr. Carlos Manuel Rodríguez Aguiar¹, Dra. Dianelys Jacomino Fernández², Dra. Rita Marina Quesada Sanabria², Lic. Dianelys León Medina³

1. Especialista de I grado en Psiquiatría Infantil y MGI. Profesor Instructor. Master en Sexualidad.
2. Especialista de I grado en MGI. Profesor Instructor. Master en Atención Integral al Niño.
3. Especialista de I grado en Anatomía Humana. Profesor Instructor.

RESUMEN

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad por constituir una entidad clínica frecuente en niños de edad escolar que interfieren significativamente en el aprendizaje, así como en su inserción educacional y social. Los daños que acarrea durante el proceso docente educativo, así como su difícil abordabilidad por el médico de atención primaria y educadores hacen del trastorno un tema de interés para su estudio; por lo que nos decidimos a realizar esta investigación con el objetivo de proponer un material de consulta docente dirigido a estudiantes de medicina, psicopedagogos y profesionales de la salud para elevar sus conocimientos sobre aspectos fundamentales del síndrome patológico, en la búsqueda de estrategias que garanticen una mejor comprensión, diagnóstico y tratamiento adecuado de estos niños, utilizando para la búsqueda de información las bases de datos disponibles en Infomed, así como la literatura presente en la biblioteca del Policlínico Docente Universitario “Marta Martínez Figuera.”

Descriptores DeCS: **TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) es una de las condiciones

neuropsiquiátricas más comunes de la niñez. Es el trastorno psiquiátrico más común de todos los trastornos del neurodesarrollo y uno de los más frecuentes en niños de edad escolar ¹.

El déficit atencional, es uno de los trastornos cuya incidencia es bastante mayor de lo que con una mirada superficial podría inferirse ². Solo los padres y el resto del grupo familiar primario tienen cabal cuenta de los padecimientos de estos niños y a su vez lo que implica convivir con ellos.

Pero no solo los padres son auténticos conocedores de sus características, sino también desde otra perspectiva, los maestros y/o profesores, quienes son coprotagonistas de las peripecias que ocasionan en el proceso de aprendizaje y de la conducta perturbada que suelen presentar.

El trastorno por déficit de atención es una enfermedad crónica de inicio en la infancia. En la mayoría de las ocasiones persiste en la adolescencia y en la vida adulta y se caracteriza por una triada sintomática: inatención, hiperactividad e impulsividad, que produce deterioro en el funcionamiento familiar, académico, social y laboral ³.

A través de los años se han encontrado en la literatura científica referencias a varios síntomas de tipo TDAH. De todos los desordenes de la niñez, este síndrome es uno de los más estudiados ⁴.

No es por casualidad que durante mucho tiempo este trastorno ha sido objeto de estudio. Las características esenciales del mismo se mantienen con del decursar del tiempo. Lo que ha evolucionado es nuestra comprensión y el conocimiento que hemos obtenido a través de la investigación.

Los expertos coinciden en señalar que el TDAH es una discapacidad del desarrollo que causa problemas serios en el niño que puede durar para toda la vida, especialmente en lo referido a su futura inserción educacional y psicosocial sino se asumen estrategias para manejar adecuadamente las dificultades asociadas a esta patología ⁵.

El TDAH es un trastorno bien definido. Hasta hace algunos años se creía que este desaparecería con el tiempo. Hoy se sabe que no es así. La remisión implica una disminución en la intensidad de los síntomas, pero no una desaparición de estos ⁶.

Las causas del trastorno son desconocidas. Se plantea que existe una cierta predisposición genética en el trastorno. Se estima que los casos heredados oscilan entre el 55-92 % de los sujetos y generalmente por vía paterna. Se ha postulado como manera de transmisión un gen mayor ⁷.

Investigaciones recientes sugieren que existe un desequilibrio químico que afecta a los neurotransmisores en el cerebro, lo que plantea una base neurobiológica en el trastorno ⁸.

Finalmente pueden actuar como desencadenantes diversos factores adquiridos (prenatales, perinatales y postnatales) y desde luego parece evidente que el entorno familiar y social puede influir, aunque no determinar, el que un niño con cierta predisposición desarrolle o no los rasgos del síndrome patológico ⁹.

El tratamiento de estos niños resulta complejo y multidisciplinario y está condicionado por una serie de factores:

- Características individuales del niño.
- Medio familiar en que se desarrolle.
- Entorno social y red de apoyo comunitario.
- Manejo adecuado del niño desde el ámbito institucional o educacional.

Padres, maestros, médicos conforman una trilogía en la que debe de apoyarse todo intento terapéutico. Los maestros y profesores constituyen un eficaz puntal en el manejo adecuado de estos niños si saben notar que se hayan frente a un alumno que requiere de una atención más personalizada y no frente a un mal educado o niño malo con problemas serios en su conducta.

La reorientación de la medicina hacia la comunidad en coordinación con las diferentes organizaciones políticas y de masas enfatizan su actuación en la identificación de problemas que en nuestra área de acción puedan afectar a niños y jóvenes tanto en el ámbito familiar, educacional o social. De este proceder se infiere la importancia de una buena interrelación hogar, escuela, comunidad en el diagnóstico, manejo, seguimiento adecuado de estos niños.

Dada la alta frecuencia de este trastorno en la edad escolar, la gran variabilidad de síntomas que pueden conducir a errores diagnósticos, así como la presencia de dificultades serias en el aprendizaje y comportamiento de estos niños, nos decidimos a afrontar este estudio con el objetivo de proponer un material de consulta para estudiantes, psicopedagogos y profesionales de la salud en la búsqueda de estrategias que permitan elevar sus conocimientos sobre esta entidad clínica, utilizando las bases de datos de Infomed y la literatura docente que se encuentra disponible en la biblioteca de nuestra unidad.

DESARROLLO

Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Historia y Conceptualización.

Hace un siglo Still (1902) describe 43 niños que se caracterizaban por ser frecuentemente agresivos, desafiantes y resistentes a la disciplina. Asimismo quedó impresionado por las dificultades que estos niños tenían para mantener la atención. Still creyó que estos niños presentaban un importante déficit en el control moral de su conducta, que era prácticamente crónico en la mayoría de los casos ¹⁰.

En los años 50, tras observarse algunos signos de afectación neurológica y después de una larga historia de discusiones sobre la posible existencia de una lesión cerebral tan mínima que no podía objetivarse, el cuadro clínico pasó a denominarse Disfunción Cerebral Mínima ¹¹.

En la década de los 60, cobra mayor relevancia el concepto de "Síndrome del niño hiperactivo" que hace hincapié en la excesiva actividad motora del trastorno ¹².

Durante la década de los 70 comienza a destacar el déficit de atención, reconociendo ya el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su tercera edición (DSM-III) (1980), una subdivisión del trastorno en Déficit de Atención con o sin hiperactividad ¹³.

En el momento actual el DSM IV solo utiliza la denominación de trastornos por déficit de atención e hiperactividad y con relación a la predominancia de síntomas distingue 3 subtipos ¹⁴:

1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo predominio hiperactivo-impulsivo (en el que predomina la dificultad de autocontrol).
2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo predominio déficit de atención (en el que predomina la dificultad en la atención).
3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado (que presenta síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad).

Además de la clasificación americana de trastornos psiquiátricos (DSM), existe una clasificación internacional, cuya última edición (CIE-10) utiliza el término de "Trastornos hiperactivos" para referirse a estos trastornos ¹⁵.

El trastorno por déficit de atención (conocido como ADD por sus siglas en inglés) es un síndrome que ha cambiado definiciones a través de la historia.

Es un trastorno relativamente frecuente. En Europa la prevalencia se sitúa entre el 1-6 % de los escolares de 6-7 años de edad. En otras latitudes las cifras parecen similares, así en Estados Unidos de Norteamérica, se ha referido una cifra entre el 6-9 % de todos los niños en edad escolar. El trastorno es más frecuente en niños, siendo la relación niño/niña de 2/1-4/1, aunque esto parece traducir un infradiagnóstico de casos en las niñas, en quienes predomina el trastorno de tipo inatento de más difícil diagnóstico ¹⁶.

Puesto que el trastorno interfiere significativamente en el rendimiento escolar, este constituye un importante problema para el niño con TDAH y para el resto de sus compañeros escolares.

La alta prevalencia, sus graves consecuencias para la educación del niño y su integración social productiva, así como sus implicaciones en la vida adulta, unido a la abordabilidad de esta patología crónica por el médico de atención primaria, se hacen convenientes en opinión de

algunos autores, la puesta en marcha de programas de captación y actuación coordinadas entre los centros de salud y servicios de educación ¹⁷.

Ante todo niño con edades comprendidas entre los 6-12 años, que presente síntomas de inatención, impulsividad, hiperactividad y bajo rendimiento escolar, el médico de atención primaria debería descartar, entre otras entidades, el diagnóstico de TDAH.

No obstante, no es fácil establecer el diagnóstico de esta entidad. No existe ninguna prueba biológica, ni ningún test que permita diagnosticar infaliblemente el trastorno. El mismo se basa en la observación clínica detallada y en la recogida de una amplia variedad de información a partir de los padres y profesores del mismo.

Aunque existe consenso sobre las características fundamentales del trastorno y desde la teoría se plantean múltiples definiciones del mismo, para los efectos del presente estudio nos adscribimos al concepto expuesto por la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales en su 10ma edición ¹⁸:

“Síndrome caracterizado por un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado, con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas. La presencia de estas características en las situaciones más variadas y su persistencia a lo largo del tiempo”.

Nuestro país con el avance científico técnico que se ha alcanzado en todas las esferas del conocimiento, no escapa de esta problemática. Cada vez son más las demandas de atención de padres y/o familiares de niños que cumplen las pautas diagnósticas para plantear esta entidad clínica. Se hace necesario instrumentar estrategias que garanticen el reconocimiento de los síntomas dianas de esta patología, así como el diagnóstico precoz por parte de familiares y maestros desde edades tempranas del desarrollo.

Síntomas fundamentales del trastorno.

La publicación Diagnostic Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV-TR) del año 2000 contiene criterios para el diagnóstico del TDAH y recomienda que los mismos deben ser utilizados solamente por proveedores de cuidados de salud capacitados para su diagnóstico y tratamiento ¹⁹.

El poder definir adecuadamente los síntomas cardinales del trastorno, ha sido una ardua tarea para médicos y terapeutas. Los síntomas de este síndrome se centran alrededor de tres elementos fundamentales ²⁰:

- A. Déficit de atención, que se acompaña de:
- B. Impulsividad
- C. Hiperactividad.

- A. La falta de atención se observa principalmente en la escuela, es común que los periodos de atención sostenida sean más cortos que en sus grupos de pares; la comorbilidad es lo que hace que los padres lleguen a la consulta. Esto se extiende a las frecuentes pérdidas y olvidos y a la dificultad para comprender sus tareas. En ocasiones, la falta de atención se confunde con otros síntomas, por lo que algunos padres piensan que sus hijos no se esfuerzan lo suficiente.
- B. La impulsividad se relaciona con actuar precipitadamente antes de pensar. Esto se observa en la dificultad para esperar su turno en el juego y en la selección de conductas riesgosas, sin medir las consecuencias. Son frecuentes las peleas y discusiones, afectando el área social en forma severa.
- C. La hiperactividad puede estar presente o no para completar el diagnóstico. Se asocia con el movimiento constante y la dificultad para mantenerse quieto o sentado.

Los síntomas asociados son:

- Problemas del aprendizaje.
- Problemas de conducta.
- Alteraciones del estado de ánimo.
- Trastornos de ansiedad, entre otros.

Criterios DSM-IV para el diagnóstico del TDAH ²¹.

A. (1) o (2)

(1) seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención.

- 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 (ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- A menudo es descuidado en las actividades diarias.

(2) seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad.

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 adolescente 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.
- A menudo habla en exceso.

Impulsividad.

- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- A menudo tiene dificultades para aguardar su turno.
- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (ej. Se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (ej. En la escuela o en el trabajo y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del

desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (ej. Trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Se hace evidente la presencia de una gran variedad de síntomas que pueden estar presentes en un niño con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. La característica más relevante lo constituye el patrón consistente de desatención, impulsividad y/o hiperactividad que ocurre con mayor frecuencia y severidad que en otros niños del mismo nivel de desarrollo.

Muchos niños exhiben estas características, pero solo algunos demuestran un patrón predominante de conductas en un área. Las conductas aparecen en la infancia temprana, normalmente antes de los 7 años y persisten por más de 6 meses ²².

Si analizamos cuidadosamente los síntomas expuestos en los párrafos precedentes sería fácil darse cuenta, que en una gran mayoría de los casos, el diagnóstico puede pasar desapercibido por parte de maestros y profesores.

Se hace necesario proveer información suficiente sobre las características esenciales del síndrome patológico, así como de estrategias de tratamiento que garanticen la inserción productiva del niño en la enseñanza general, aprovechando la cobertura que nos ofrece la amplia red educacional de nuestro país y los avances científico-técnicos que en materia de salud y educación se vienen instrumentando desde el triunfo de la revolución y que permiten obtener logros significativos en todo el mundo.

Trastornos comórbidos.

Solo en los últimos años están siendo aceptados como trastornos comórbidos algunos de los síntomas que presentan los niños con TDAH. No obstante, hay que consignar que muchos de los problemas que estos presentan en la infancia (fracaso escolar, mayor número de accidentes, trastornos afectivos, cambios difíciles del humor), se han considerado tradicionalmente como alteraciones consustanciales con el TDAH ²³.

Aunque no existe un acuerdo unánime respecto a los cuadros que se deben considerar como trastornos comórbidos, los más admitidos son los siguientes: ²⁴

Problemas de afectividad.

- Trastornos del lenguaje y de la comunicación.
- Fracaso escolar.
- Trastornos de la coordinación.
- Tics crónicos o síndrome de Gilles de la Tourette.
- Actitud opositora desafiante.
- Comportamiento impulsivo-agresivo.

- Ansiedad.
- Cambios del humor
- Comportamiento disocial.

Trastornos de ansiedad: Es evidente que los niños con TDAH son más susceptibles a padecer problemas de ansiedad, en cuanto a que les resulta muy difícil responder adecuadamente a las exigencias de su entorno. Esto hace que las situaciones que para los demás son habituales y cotidianas para él puedan suponerle un importante estrés (realizar cualquier examen, hacer los deberes, recoger su cuarto, acordarse de los detalles, etc).

Trastornos del estado de ánimo: Es muy frecuente que en los niños con TDAH aparezcan sentimientos depresivos. Los sentimientos que priman en estos niños generalmente corresponden con una serie de manifestaciones como sentimientos de minusvalía, impotencia y baja autoestima con relación al entorno escolar y social. Este tipo de asociación empeora el pronóstico y complica la respuesta terapéutica.

Trastornos de conducta: En general la conducta oposicionista está dada por conductas de desafío y antagonismo con otras personas, molestar continuamente y desde luego una importante agresividad. Por otra parte y como es lógico suponer, los niños con TDAH presentan mayores problemas emocionales y del comportamiento social y mayor impulsividad y falta de autocontrol.

Trastornos del aprendizaje: Los problemas de rendimiento académico y dificultades en el aprendizaje son una de las características más claramente asociadas al TDAH. Prácticamente todas las áreas académicas se ven afectadas: aritmética, lectoescritura y el lenguaje.

Enfoque de tratamiento multimodal e integrador.

El tratamiento de los niños con TDAH es complejo y multidisciplinario. Un trastorno tan frecuente como este requiere un enfoque multimodal y asequible al especialista de Medicina General Integral.

El objetivo del tratamiento es mejorar las funciones cognitivas, conductuales y sociales y aumentar la autoestima del niño con el menor número de efectos secundarios ²⁵.

Existen distintos enfoques de abordaje terapéutico, pero parece que el tratamiento combinado-multimodal, es que ofrece mejores resultados. De esta combinación resulta un trípode cuyas tres bases son:

1. Tratamiento psicológico.
2. Tratamiento psicopedagógico.
3. Tratamiento farmacológico.

Tratamiento psicológico del TDAH.

Se basa fundamentalmente en programas de modificación de conducta dirigidos a padres y educadores. El entrenamiento puede ser ofrecido a cada familia o en grupos, lo que ayuda a los padres a compartir su angustia y aliviar su sentimiento de soledad ²⁶.

Hay que dar a los padres y al niño una clara explicación, a su nivel, sobre la naturaleza de los síntomas y hacer énfasis en que no se trata de mala conducta conciente del niño. Debe tranquilizárseles e informarle adecuadamente.

También es necesario trabajar con las familias. Estos niños generan muchas tensiones. Los padres muchas veces se sienten incompetentes o se culpabilizan, pierden la paciencia y acaban castigando continua y severamente al niño, lo que aumenta la culpa al hacerles considerar que no solo no saben educar, sino que también no quieren al niño.

El objetivo de este tipo de tratamiento es desangustiar y desculpabilizar a los padres, comprobar como han asumido el diagnóstico y que apoyos sociales tienen para enfrentar de manera adecuada el tratamiento.

De forma general existen pilares de tratamiento que el médico de atención primaria debe orientar a la familia ²⁷:

- Hacerles comprender que el modelo educativo que llevan con los hermanos no sirve para el hijo con TDAH.
- Es importante que marquen a ese niño pocos límites, pero estables, de uno en uno y hasta el final.
- Deben dejar al niño "desfogarse", desarrollando la máxima actividad posible durante un periodo de tiempo controlado (quince minutos por ej.).
- No deben consentir la manipulación del niño.
- Tener presente que por cada conducta negativa del niño deben recordar que también cuenta con valores positivos.
- Por último, recordar que para enfrentar mejor el tratamiento, ambos padres deben de estar unidos en el tratamiento.

Tratamiento psicopedagógico del TDAH.

Es un elemento imprescindible en el abordaje de estos niños y para que sea eficaz la intervención debe llevarse a cabo en los contextos naturales en los que deben ejecutarse los comportamientos deseados ²⁸. Los maestros y profesores de un niño hiperactivo deben tener la formación suficiente para desarrollar un trabajo educativo efectivo con sus estudiantes.

Al igual que con la familia, los maestros que tengan un niño con diagnóstico de TDAH se les

debe de orientar adecuadamente, insistiendo en no confundir los síntomas del niño con conductas desajustadas o que lo hacen porque son malos:

1. A la maestra se le debe orientar que siente al niño en la primera fila para que no se distraiga.
2. Le dé instrucciones bien claras y precisas.
3. Asignación de tareas breves que lo ayuden a moverse sin crear indisciplina (borrar la pizarra, repartir materiales, cumplir algún encargo, etc).
4. Estimular sus éxitos y evitar sentarlo cerca de una ventana.
5. La maestra debe de estar conciente que este niño no es un retrasado mental.

Tratamiento farmacológico del TDAH.

La premisa fundamental es que la medicación nunca debe ser la forma exclusiva de tratamiento.

Aunque de forma general dan buenos resultados y son imprescindibles para mejorar síntomas, el tratamiento combinado es el que más resultado nos ofrece, según la literatura consultada ²⁹.

Existen en el mercado innumerables fármacos que han dado buenos resultados en el trastorno ³⁰. Entre los más utilizados tenemos los Psicoestimulantes como el Metilfenidato (Rubifén), Anfetaminas (Dexedrina) y otros como la Pemolina o Cylert.

Otros fármacos también han sido utilizados con resultados satisfactorios ³¹:

- Antidepresivos tricíclicos.
- Bupropion.
- Inhibidores de la recaptación de la serotonina.
- Otros fármacos: Clonidina, Antipsicóticos de baja potencia como la risperidona, y más recientemente la Atomotexina que es un fármaco antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina, en estos momentos en fase experimental

Con demasiada frecuencia los padres de niños con TDAH, asisten a consulta en la búsqueda de "una pastillita" que les mejore los síntomas. No son concientes del trastorno que padece su hijo y como tratarlos adecuadamente. Por otra parte, los maestros en las escuelas aquejan la constante indisciplina y las dificultades en el aprendizaje a que son expuestos estos niños y en muchas ocasiones los manejan de forma inadecuada asumiendo medidas no acordes al trastorno, por lo que inconcientemente lejos de mejorar los síntomas, lo que hacen es cronificarlo aun más.

Recordar que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es el trastorno del neurodesarrollo más frecuente en la edad escolar ³². Su frecuencia, así como las dificultades que acarrea para el buen desenvolvimiento del proceso docente educativo son evidentes.

Un esfuerzo en equipo, con los padres, profesores, médicos trabajando en conjunto constituye la mejor manera de ayudar al niño con TDAH. Las familias pueden beneficiarse al hablar con diferentes especialistas sobre el manejo del comportamiento y problemas del aprendizaje de su hijo, por lo que el tratamiento multidisciplinario e integrador resulta de gran ayuda para su futura reinserción psicosocial.

Se concluye que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad es posiblemente la discapacidad del desarrollo más frecuente en niños en edad escolar. Las dificultades en el aprendizaje y comportamiento que produce repercuten directamente en el buen desarrollo del proceso docente educativo. Visualizar los síntomas dianas, así como realizar el diagnóstico e imponer tratamiento oportuno son elementos centrales para su futura reinserción social y educacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Gutiérrez Baró E. Los niños enseñan. La Habana: Científico Técnica; 2003.
2. Martínez Gómez C. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En: Rodríguez Méndez O. Salud Mental Infanto-Juvenil. Tema 13. La Habana: Ciencias Médicas; 2006.
3. Biaggi HR. Trastorno por déficit de atención: un resumen actualizado (monografía en línea). 2005 Disponible en: <http://www.alcmeon.com> Acceso: 15 enero de 2006.
4. López Ibor JJ. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas diagnósticas. Madrid: Meditor; 1992.
5. Oates Turner M. Programa de orientación a padres de niños con ADD/ADHD (monografía en línea). 2005 Acceso: 26 enero de 2006. Disponible en: <http://www.ADHD.com.ar/contacto>
6. Cardo Jalon E, Servera Barcelo M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una visión global. Rev Anales de Pediatría (seriada en línea)2003; 9 (3): Disponible en: http://www.astait.org/tdah_vision.htm Acceso: 22 enero de 2006
7. Hiperactividad infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento. En: Servera M, Bornas X, Moreno I. Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Madrid: Pirámide; 2001.p. 115-33.
8. Otero Ojeda A. Glosario cubano de la clasificación internacional de trastornos psiquiátricos. La Habana: Hospital Psiquiátrico de la Habana; 2003.
9. Gómez García AM, Martínez Acosta L, Garofalo Gómez N, Barreto Domínguez T. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: características neuropsiquiátricas en escolares. Interpsiquis 2002 (en línea). Acceso: 4 enero de 2006. Disponible en: <http://www.intersalud.es/intersalud/-into@psiquiatria.com>
10. Swanson JM, Flodman P, Kenvedy J, Spence MA, Moyzis R, Schucks R, et al. Dopamine genes and ADHD Neurosci Biobehav. Rev Neurosci Biobehav 2000; 24 (3): 215.
11. El niño con trastorno por déficit de atención-hiperactividad (TDAH). En: Compains B, Álvarez MJ, Royo J. Abordaje terapéutico multidisciplinar. Valencia: Centro de Salud de Lesaka, Servicio Navarro de Salud; 2000.p. 77-94.

12. Pena Olvera F de la. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev Fac Med UNAM 2000; 43, (6):38-60.
13. Pineda DA, Lopera F, Henao GC, Palacio DC, Castellanos FX. Confirmación de la elevada prevalencia del trastorno por déficit de atención en la comunidad colombiana. Rev Neurol 2001; 32:217-22.
14. DSM-IV-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
15. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4 ed. Madrid: Ed. Masson; 1994.
16. Barkley R. Attention déficit hyperactivity disorder a handbook for diagnosis and treatment. New York: Grilford Press; 2000.
17. Castro PL, Núñez E, Castillo S. Los consejos de escuela en las transformaciones educacionales. En: Para la Vida. La Habana: Pueblo y Educación; 1998.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
19. Biederman J, Newcorn J, Sprich A. Comorbidity of attention déficit disorder with conduct depressive, anxiety and other disorders. American Journal of Psychiatric. 2001; 148: 5.
20. Martín Recuero L, Calderón P, Rey T. Trastornos del comportamiento en la infancia y adolescencia. Interpsiquis 2004 (en línea). Disponible en: www.psiquiatria.com/congreso. Acceso: 4 enero de 2006.
21. Symptoms of the dysfunction for déficit of attention. En: American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
22. Barkley RA. Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales (en línea). 2003. Disponible en: www.speres.com Acceso: 7 abril de 2006.
23. Castroviejo P. Enfermedad comórbida del síndrome de déficit de atención con hiperactividad. Revista de Neurología. 2002; 35 (1): 11-7.
24. Kadespo B, Gillberg C. The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. J Chile Psicol Psychiatric 2001; 42: 487-92.
25. TDAH: lo que los padres deberían saber (en línea). Disponible en: <http://bus.sld.cu/revistas/mgi/vol19-2-2003/mgi02203.htm> Acceso: 7 abril de 2006.
26. Greenhill L. Pharmacologic treatment of attention déficit hyperactivity disorder. Pysichitric Clinics of North America. 2002; 15 (1): 43-54..
27. Barrichman L, Noyes R. Treatmen of ADHD with fluoxetine: a preliminary trial. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatric. 2001; 30: 762-7.
28. Herreros O, Sánchez F, García R. Actualización en los tratamientos integrados en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Interpsiquis 2004 (en línea). Disponible en: www.psiquiatria.com/congreso Acceso: 7 abril de 2006.
29. Weiss RE, Stein MA. Attention déficit disorder and thyroid funtion. Journal of Pediatrics. 2003, 123 (4): 539-45.
30. Weiss RE, Stein MA. Attention déficit disorder and thyroid funtion. Journal of Pediatrics. 2003, 123 (4): 539-45.
31. Wolraich ML, Hannah JN. Comparison of diagnostic criteria for attention deficit

hiperactivity disorder in a country-wide sample. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1996; 35: 3.

32. Villar Álvarez LF. Déficit de atención con/sin hiperactividad (ADAH): tratamiento farmacológico. Rev Psiquiatría-Psicolog Niño y Adolecen 2001; 4 (1): 103-10.

SUMMARY

A bibliographic review was carried out about the attention-deficit hyperactivity disorder for constituting a frequent clinical entity in scholar age children that significantly interferes in learning, as well as in their educational and social insertion. The damages that it carries during the educational process, also because how difficult it is to tackle it by the primary attention physician and educators make the disorder a topic of interest for its study; the reason we decided to accomplish this research with the objective of proposing a teaching consultation material directed to medical students, educational psychologists and health professionals to increase their knowledge on main aspects of the pathological syndrome, in search of strategies that guarantee a better understanding, diagnosis and adequate treatment of these children, using the databases available at Infomed for the information search, as well as the literature present in the library of “Marta Martínez Figuera” University Teaching Polyclinic.

Subject Headings: **ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY**

Dr. Carlos Manuel Rodríguez Aguiar

E-mail: carlosmra@infomed.sld.cu