

**Estudio Sobre los Factores de Riesgo Psicosocial en el Trastorno por Déficit en Atención e
Hiperactividad (TDAH) en los Infantes**

Karen Tatiana Guzmán Gordillo

Mayerly Xiomara Prieto Jiménez

Asesor

Antonio Ricardo López Portilla

Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD

Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades - ECSAH

Psicología

2023

Dedicatoria

Dedicó esta monografía a mi padre celestial que me guio durante todo el proceso de formación y me dio sabiduría y fortaleza.

A toda mi familia, por creer en mí, y a todas las personas que me apoyaron durante este camino.

Karen Tatiana Guzmán

Dedico esta monografía principalmente a mi Dios, a mis padres, a amigas, al profesor Mg. Antonio Ricardo López, la UNAD y mi compañera de trabajo por la dedicación, entrega de conocimientos que dieron fruto a la comprensión del tema.

Mayerly Xiomara Prieto

Agradecimientos

Agradezco a Dios por permitirme cumplir mi sueño de ser psicóloga, por darme fortaleza, sabiduría y entendimiento en este proceso de aprendizaje que empieza en el camino del profesional, a toda mi familia por su apoyo incondicional en momentos malos y buenos y siempre confiar en mí.

A mi asesor en mi opción de grado el Mg. Antonio Ricardo López por su tiempo, paciencia, dedicación y orientación para poder cumplir con mi meta.

A mi Universidad y a todos los docentes que acompañaron mi proceso de formación académica, quienes son fieles testigos de culminar mi carrera profesional. Y, por último, a mi compañera Xiomara por su apoyo y confianza.

Karen Tatiana Guzmán

Mis profundos agradecimientos a Mg. Antonio Ricardo López, que en su rol de asesor nos acompañó en cada uno de los procesos que se dio en este transcurso de la monografía, su dedicación, y entrega de conocimiento en la construcción del documento sobre el tema TDAH y reforzamiento en los aspectos claves para dar lo mejor de este documento.

También quiero destacar principalmente a Dios que me permitió enfocarme, dedicarle tiempo, ayudando en todo el momento a pasar las barreras que me surgía en el transcurso del aprendizaje, buscando el ánimo de seguir, las fortalezas suficientes para volverme fuerte físicamente, emocionalmente y poder finalizar mi profesión como futura psicóloga. Y a mi compañera por la dedicación

Mayerly Xiomara Prieto

Resumen

Se determina que el TDAH es una alteración del neurodesarrollo en los NNA el cual se presenta la impulsividad, la inatención o el combinado. En Colombia se define como aquella imposición de actividades adecuadas impidiendo el desarrollo normal dentro de los procesos cognitivos, cada factor influye a un riesgo psicosocial y de una manera directa en que se relaciona el padecimiento, queriendo decir que está vinculado a los antecedentes genéticos y/o biológicos y aspectos ambientales, entre otras; por ende, la investigación se realiza en los municipios de Colombia donde se ve la prevalencia alta de TDAH en los NNA.

Por lo anterior, nuestro objetivo fue describir los factores de riesgo psicosocial que inciden en los NNA con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Colombia, con el fin de comprender y mejorar la vida de las personas que luchan contra este trastorno. Este documento es un estudio investigativo de tipo bibliográfico, en que se determina información relacionada con los factores de riesgo psicosocial a nivel de Colombia, cada una de las fuentes de búsqueda proporciona datos valiosos en la comprensión y la identificación de puntos importantes que se involucra con el TDAH. Dentro de la investigación que realizamos en esta monografía nos ayuda a descubrir nuevos aspectos sobre las causas y efectos del TDAH en NNA; además, la psicopatología de este trastorno afecta negativamente la calidad de vida del individuo. Por otra parte, se proporciona información importante para los educadores, padres y cuidadores sobre la mejor manera de apoyar a las personas con este trastorno en entornos académicos, sociales y emocionales. También puede ayudar a eliminar el estigma que rodea al TDAH

y otras afecciones de salud mental, lo que lleva a una atención más eficaz y compasiva para quienes la necesitan.

Palabras claves: TDAH, riesgos psicosociales, alteraciones, factor biológico y/o genético, factor ambiental y neurodesarrollo.

Abstract

It is determined that ADHD is an alteration of neurodevelopment in children with impulsivity, inattention or combined. In Colombia it is defined as that imposition of appropriate activities preventing normal development within the cognitive processes, each factor influences a psychosocial risk and in a direct way in which the condition is related, meaning that it is linked to genetic and/or biological background and environmental aspects, among others; therefore, the research is conducted in the municipalities of Colombia where there is a high prevalence of ADHD in children and adolescents.

Therefore, our objective was to describe the psychosocial risk factors that affect children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder in Colombia, in order to understand and improve the lives of people who struggle with this disorder. This document is an investigative study of bibliographic type, in which information related to psychosocial risk factors at the level of Colombia is determined, each of the search source provides valuable data in the understanding and identification of important points involved with ADHD. Within the research we conducted in this monograph helps us to discover new aspects about the causes and effects of ADHD in children and adolescents; in addition, the psychopathology of this disorder negatively affects the quality of life of the individual. On the other hand, we provide information about the causes and effects of ADHD in children and adolescents; in addition, the psychopathology of this disorder negatively affects the quality of life of the individual. Moreover, it provides important information for educators, parents and caregivers on how best to support people with this disorder in academic, social and emotional settings. It may also help eliminate the stigma

surrounding ADHD and other mental health conditions, leading to more effective and compassionate care for those in need.

Key words: ADHD, psychosocial risks, disorders, biological and/or genetic factor, environmental factor, and neurodevelopmental factor.

Tabla de Contenido

Introducción	3
Pregunta Problema	6
Planteamiento del Problema	7
Justificación	13
Objetivos	16
Objetivo General	16
Objetivos Específicos.....	16
CIE-10.....	17
DSM-V	17
Factor Ambiental	17
Factor Biológico.....	18
Factor Genético	18
Hiperactividad.....	18
Impulsividad	19
Inatención.....	19
TDAH	19
Trastorno Mental.....	20
Marco Teórico.....	21
Definición de TDAH.....	21
Antecedentes	22
Epidemiología.....	25
Etiología.....	25

	2
Manifestaciones o Síntomas	28
Factores de Adversidad Psicosocial.....	29
Factores Ambientales.....	29
Disfunción de Pareja Severa.....	37
Bajo Nivel Socioeconómico	39
Familias Numerosas.....	42
Factor Biológico y/o Genético.....	46
Factor Trastorno Mental de la Madre	48
Marco Legal	52
Ley 1090 De 2006.....	54
Ley 1098 del 2006 Código de Infancia y Adolescencia	56
Ley 2216 del 23 de Junio del 2022 Normativa Inclusión Educativa	59
Metodología	61
Conclusiones.....	63
Discusión.....	68
Referencias Bibliográficas	70

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Resultados de Fuentes Bibliográficas</i>	62
--	----

Lista de Abreviaturas

CIE-10: Clasificación Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (décima revisión)

DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (versión quinta)

ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

OMS: Organización Mundial de la Salud

TDAH: Trastorno de déficit de atención e hiperactividad

SPA: Sustancias psicoactivas

VFP: Violencia filio parental

TB: Trastorno bipolar

SC: Esquizofrenia

NNA: Niños, niñas y adolescentes

Introducción

En Colombia se refleja un porcentaje del 2 a 3% y hasta el 25 a 30% de la población infantil con el padecimiento del trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), que se define como aquella alteración del neurodesarrollo que empieza desde la niñez hasta el fallecimiento del individuo, los síntomas más frecuentes son: actividad motora, dificultades de aprendizaje, impulsividad, dificultades en sostener el proceso atencional, afectaciones en la interacción individual, familiar y social. Investigaciones han definido que este trastorno se encuentra influenciado por factores genéticos, más aún, cuando existe algún padre que presenta algún tipo de enfermedad o trastorno mental. Existen, factores biológicos que inciden en los periodos: prenatal, perinatal y/o posnatal (Avelino, 2020, p.40).

De acuerdo, con la Organización Mundial de Salud OMS, (2022) la salud mental implica un estado de bienestar integral con la posibilidad de que el ser humano tenga la capacidad de afrontar los factores estresantes del día a día, además del desarrollo pleno de sus habilidades y/o capacidades, el aprendizaje y desenvolvimiento para la mejorar la calidad de vida suya y la de su comunidad. Tomando esto como concepto referente, las alteraciones de salud mental comprenden trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como otras afecciones asociadas a un alto nivel de intranquilidad, incapacidad funcional o riesgo de comportamiento autolesivo.

Según la OMS, (2022) en su investigación manifiesta que el 6% de niños sufren de este trastorno, y los síntomas se manifiestan cuando ingresa a su ciclo escolar, entre ellos se encuentra el 3%. De los cuales el 20% con el problema de atención, entre el 5 y el 10% son hiperactivos, en otros casos se presenta que el 70% es combinado.

Del mismo modo, este fenómeno del TDAH se puede manifestar con el modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner, se articula con los factores de riesgo psicosociales de esta patología; ya que este modelo está estructurado en cuatro dimensiones: microsistema (constituye a nivel inmediato donde se desarrolla el individuo dependiendo la tipología de la familia o la escuela), mesosistema (incluye interacción entre 2 o más entornos en la persona participa de manera activa, relación entre familia y escuela), exosistema (factores que indirectamente afectan al niño), macrosistema (manera que se relaciona el individuo en distintos contextos dentro de una comunidad).

De acuerdo, a la búsqueda o estudios investigados existen factores de riesgo psicosociales que están involucrados con el TDAH, por tal motivo se va a encontrar en el documento factores ambientales, factores biológicos/genéticos, bajo nivel socioeconómico, trastorno mental de la madre, criminalidad del padre, familias numerosas, entre otras; que se ha creado una alteración en el estilo de crianza por parte de sus padres o cuidadores, han generado sentimientos de baja satisfacción parental, fracaso repetido, obediencia para lograr una educación y un buen comportamiento ante la sociedad, llevando a aumentar los índices de exclusión social, es decir, que el núcleo familiar se aíslan de la parte social, debido a un alto nivel de estrés y preocupación por el futuro de sus hijos. Cada una de estas necesidades psicosociales mencionadas crean un vínculo negativo entre las familias ejerciendo conflictos internos, externo de la persona que tiene los síntomas de este trastorno (Avelino, 2020, pp. 45-47). Finalmente, en el rastreo de las investigaciones se dio en el país de Colombia, en los municipios Manizales, Medellín, en la capital de Bogotá entre otros lugares, encontrando aplicaciones de test, o encuestas, e información donde se identificó falencias, factores de riesgo psicosociales en los contextos

sociales, núcleo familiar e instituciones, y a la vez causando el aumentando de los síntomas severos en los niño o niña con TDAH.

Se determina que el TDAH produce una alta prevalencia en cuanto a los riesgos psicosociales que tienen los niños en Colombia, de acuerdo con las conductas inadecuadas afecta en sus niveles cognitivos e interacciones sociales, familiares y educativas, esta se manifiesta con mayor porcentaje en el tipo hiperactivo y/o impulsivo en los hombres, en cambio en mujeres padecen en el tipo de inatención. Cada uno de los factores implementa un alto nivel de padecimiento en los síntomas severos, ya que se relaciona en una forma en que la calidad familiar es fundamental para conformar un buen ambiente, los antecedentes genéticos como aspectos especiales para diagnosticar alguna afección o alteraciones en el niño, y lo biológico es la combinación entre lo genético y/o ambiental.

Pregunta Problema

¿Cuáles son los factores de riesgo psicosocial que inciden en los niños y niñas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Colombia?

Planteamiento del Problema

El TDAH suele identificar factores psicosociales que se presentan en sus diferentes contextos como son el familiar, social, académica e inclusive en la parte laboral, por lo general se puede manifestar en comportamientos agresivos o desatención, hiperactividad dependiendo su nivel de desarrollo. Esta alteración en el desarrollo se suele convertir en un problema para la persona que lo padece, generando dificultades en su rendimiento, en las interacciones ambientales, cambios en el estado de ánimo y que se encuentran inmersas las emociones, por tal motivo, a estas personas les cuesta formar un vínculo agradable afectando sus necesidades básicas, como lo referencia Maslow en la pirámide (Llanos Lizcano et al., 2019).

En la mayoría de los casos el comportamiento de estos infantes se puede interpretar como aquella aversión o repugnancia hacia el esfuerzo en cada una de las tareas asignadas, algunas de las causas de mayor negatividad se da por el reforzamiento cognitivo que se representa por medio de la activación, el estado emocional como aquella preocupación o estrés, y finalmente para la elaboración o ejecución como un plan de solución por un mayor tiempo que se da a la vigilancia, todo esto se ve por las exigencias en los entornos sociales llevando a promover varias responsabilidades, de igual modo los malos hábitos de crianza se forjan en riesgos para el afrontamiento de la enfermedad; por otra parte, se puede definir que el deterioro de cada factor concurre a la afectación en las valoraciones que se ven en las dimensiones del ser humano que se dan en el género, con esto también estamos manifestando que existe alguna prevalencia de TDAH por alguna etnia o cultura, grupo racial, el estudio se amplía para lograr verificar en qué grupo racial prevalece más el TDAH (DuPaul et al., 2018).

Como se ha dicho, el diagnóstico del TDAH puede ser más complejo en la etapa infantil debido a “que las estructuras que regulan la atención y la conducta deben madurar hacia los 6-7

años; antes, los síntomas pueden ser evolutivamente normales” (Quintero y García, 2019, p. 30). Esta edad coincide con la educación primaria y aquí, por supuesto, cumple un papel muy importante el contexto escolar, pues desde allí se pueden identificar síntomas y también implementar estrategias que ayuden al niño a una mejor adaptación, a su progreso académico, social y personal (Mares, Rivas y Vásquez, 2020).

La importancia que recae sobre el TDAH se debe a que, al ser una patología cuyas manifestaciones se presentan en la infancia, genera una serie de alteraciones en la funcionalidad personal, escolar y social, que conllevan al individuo en plena etapa de formación de su personalidad e identidad, a interactuar de manera errónea con la sociedad, atrayendo sobre sí una impronta que, sin el manejo adecuado, puede llevar a su marginación social (Llanos Lizcano et al., 2019).

Otro estudio previo en población colombiana identificó que la mayor prevalencia de la enfermedad se encuentra entre los 12 y los 17 años (36,9%), seguida a la de los grupos de 4-5 años (33,1%) y 6-11 años (30%), esto se refleja de igual manera en estudios similares direccionados a población colombiana, en los que el sexo masculino se comporta como factor de riesgo de diagnóstico de TDAH. La mayor prevalencia de este trastorno se observó en niños de primaria con estratos socioeconómicos bajos, al igual que lo hallado en otros estudios para el adecuado desarrollo de las habilidades de los niños, como la capacidad para centrar la atención (Ortega Rojas et al., 2017, p.4).

Del mismo modo, en el ámbito escolar los niños, niñas se suele convertir en una experiencia que conlleva a que estas personas reflejan varias emociones y comportamientos frente a la frustración de un aprendizaje normal entre sus pares del aula de clase, cada uno de ellos posee en riesgo en sus actividades motoras, como también poca conciencia del peligro,

suelen tener complicaciones a las nuevas adaptaciones ya que son poco flexibles cognitivamente, tiene una variedad de inestabilidad atencionales y de agresividad (Valladares, 2021).

En cuanto a los factores genéticos, diversos estudios realizados en los últimos años han puesto en evidencia la importancia de diferentes variantes génicas en el desarrollo del TDAH, se involucran los gemelos monocigotos y dicigotos con TDAH en diferentes países que han reportado altos índices de heredabilidad (del 60 al 90%) (Ortega Rojas et al., 2017, pp. 2-5). Por otra parte, el autor Valladares (2021) describe las bases fundamentales en que contribuyen los genes, su alta variabilidad en la etiología, que se encuentra relacionado con los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos.

Además de las estimaciones de heredabilidad no solo incluyen influencias genéticas, sino también efectos de interacción entre gen y ambiente que, al parecer, tienen un papel crucial en el desarrollo de la enfermedad. Entre los factores ambientales asociados a la etiología del TDAH, se encuentran riesgos prenatales, perinatales y posnatales, nutrición, estrés, infecciones y exposición a componentes tóxicos durante la gestación, que pueden afectar al desarrollo cerebral en regiones relevantes para el TDAH (Ortega Rojas et al., 2017, p.2).

De acuerdo con las investigaciones, en la mayoría de los núcleos que tienen hijos con TDAH sufren de una disfunción familiar con un 50% de los casos, quiere decir que quienes conviven con el menor se observa una concordancia con el 53% y también quienes viven con ambos padres, mientras que 27% solo con la madre, seguido del 8% quienes viven con la dupla madre-padrastra, en contraste del 6.7% que viven con el padre o el 2.1% quienes viven con la dupla padre-madrastra. Solo tres casos reportaron vivir con sus abuelos. Y a parte de esta estructura familiar se interpreta una relación regular con un 22.9%, regular en 10% y sin relación en tan solo 10 casos (4.2%) y por otra parte tiene una puntuación de excelente en 15% y buena

en el 47% (p. 41). También se pudo identificar que uno de los factores externos precipitantes de la causa del TDAH es de divorcio, disfunción familiar o en la enfermedad familiar con un 43% de los posibles casos detonantes (Gutiérrez Prendas, 2015, p.43).

Por otra parte, se evidencia que en Colombia se encuentra con un 33,1% de los 51 hogares según la última encuesta Nacional de Salud, con este factor de disfunción familiar asociados con la violencia, SPA, conflicto de pares, baja cobertura de servicios, consumos de tabaco, entre otras (Gutiérrez Prendas, 2015, pp. 48-62).

De la misma manera, los registros de enfermedades mentales de los padres pueden resultar ser un factor genético, en que se puede crear conductas relacionadas con el TDAH u otros trastornos. De acuerdo con Gómez & Ortiz (2019) realizan una entrevista a una de las familias donde evidencian que la mayoría de TDAH tiene una alta incidencia al factor genético, y en la trazabilidad se observa una comorbilidad a diferentes enfermedades como son el trastorno bipolar, trastorno depresivo, el suicidio, SPA, y una baja prevalencia en personas que sufren de convulsión (p. 34).

También se observa que la probabilidad de que la depresión en los padres refleja una depresión prenatal, en la madre se aumenta el riesgo de un parto prematuro y/o de retraso en el crecimiento intrauterino cuando existe una adversidad social. También los trastornos de la conducta alimentaria se asocian a bajo peso al nacer en el niño, parto prematuro. Algunos de estos efectos interactúan con variables ambientales como el tabaquismo, mala nutrición y consumo de sustancias. La depresión postnatal se asocia a mayores dificultades del niño en la regulación emocional y en la conducta social y también a TDAH. La persistencia de depresión postnatal se ha asociado a problemas en varias áreas del desarrollo cognitivo (López Seco, 2016, p. 9).

Dentro de la institucionalización del niño con TDAH, se establece que la entidad encargada para brindarles protección y apoyo es el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) que protege además de otros casos a niños diagnosticados con trastorno disruptivo de la conducta o de TDAH, estos menores llegan a usar medicamentos por periodos prolongados, además de terapias psicológicas, terapia ocupacional y/o de lenguaje, entre otros. El tratamiento en algunas ocasiones se suspende por decisión autónoma y voluntaria por parte de los cuidadores, además de las dificultades para el acceso a los mismos, como también por gestiones administrativas en las EPS y no se da continuidad a los tratamientos (García Rivera, 2018, p. 19).

Por este motivo, el TDAH es un problema psicosocial desde un ámbito familiar numeroso, ya que no hay un adecuado establecimiento de reglas y límites, por lo que un estilo de crianza negligente en los hábitos físicos y mentales, una resistencia en el apego de estos niños, intolerancia al respeto y demás valores que no son implementadas por los padres, en otra parte la falta de información y comunicación resultan en embarazos no planeado que afecta el desarrollo prenatal y postnatal. Por esta razón, estas familias extensas han experimentado emociones negativas, sentimiento de culpa por la ineptitud de los padres, afectando la calidad de vida de los niños y niñas (Gómez & Ortiz, 2019. p.36).

Algunos de los estudios han sugerido que el trastorno bipolar, esquizofrenia y el TDAH frecuentemente presentan comorbilidad en la juventud. Además, las características de la sintomatología del TDAH han sido sugeridas como marcadores tempranos para el futuro desarrollo de psicopatología más severa, en el que los síntomas inespecíficos en los niños avanzan hacia un diagnóstico más severo y específico en la adolescencia (Sarabia Virón, 2017, p.11). Podría existir un desarrollo lento inicial durante la infancia marcado por una deficiencia en el rendimiento cognitivo basada en alteraciones en atención, memoria verbal, memoria de trabajo

y funciones ejecutivas que se extiende en los primeros años de la adolescencia. En diferentes estudios, señalan que al inicio temprano está derivada a alteraciones cognitivas en la memoria visual, ya que indicaría un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad (Sarabia Virón, 2017, p.13).

En relación con algunas condiciones del entorno, las familias cuidadoras pueden llegar a manifestar sentimientos de agotamiento, desesperanza y frustración, al mismo tiempo que se deteriora la imagen o concepto de los niños en el hogar o el medio institucional siendo reconocidos por su facultad de la salud mental y no por otras características de su persona, situación que involuntariamente es reforzada por las personas (pares y adultos) que hacen parte del círculo más cercano de los niños, incluida la escuela en la que reciben rechazo de sus compañeros y más sensaciones por parte de sus profesores (García Rivera, 2018, p. 19).

Por último, teniendo en cuenta en el impacto de la salud mental sobre la vida cotidiana de los niños y niñas con algún trastorno disruptivo conductual o TDAH, es la necesidad de comprender sus características neuropsicológicas, en especial sus funciones ejecutivas como base del control, la regulación y la planeación eficiente de la conducta (Flores & Ostrosky, 2012 citado García Rivera, 2018, p. 19).

Justificación

De acuerdo, con los estudios realizados por expertos los niños con TDAH sufren baja autoestima, bajo rendimiento académico, aislamiento social, trastornos de la conducta, entre otras; dependiendo de los síntomas que da en cada niño según los criterios del DSM-V y el CIE-10; es decir, estos factores ambientales influyen en el aumento del padecimiento y la evolución del trastorno mental provocando daños neurológicos en la corteza del cerebro, por la falta de nutrientes en especial el zinc y el hierro, y por otra parte, afectando un bajo desarrollo de capacidades y habilidades de los niños en diferentes entornos sociales, familiares y de las y en las instituciones (Albarito, 2017, p.12).

Según el autor Diego Londoño (2017) afirma que se puede dar cuenta que dentro de una construcción social, se da por razones ambientales llevando a una transformación a un nuevo concepto de lo que trata esta enfermedad, basándose en el autocontrol en la sociedad individualista y el estado moral, una de las polaridades que se creó fue por medio de las pautas de crianza, creadas por cada uno de los cuidadores, atravesando con fines como la capacidad y oportunidades al niño, se refería al concepto según en las figuras del pensamiento, desde la década 50, se empezó a realizar trabajos que dieron ideas y fueron cambiando con el fin de contrarrestar el factor económico, siendo unos de los puntos donde se ve afectado este fenómeno. De acuerdo, con esta necesidad implementan normas políticas que el estado impone para ejercer y minimizar el abuso infantil; reconocer el factor de protección, tanto su método de aprendizaje y sana convivencia en el contexto en que les gusta depender. Se puede decir que EE. UU. y demás naciones occidentales dieron una importancia por aquellos niños vulnerables y padres responsables para dar pautas de cómo controlar este fenómeno dentro de sus convivencias. En la escolaridad se fue dependiendo en el retraso y fracaso a su nivel de aprendizaje, llevan a una

noción anormal, inestable, la falta de inteligencia por causa de defecto en el desarrollo de la edad en que esta se rige, las norma como una herramienta principal para la edad, nivel educativo, desarrollo del cuerpo físico e inteligencia, teniendo una convención nominales dispuestas y organizadas, todo sus factores sociales que construye el ser humano es una herramienta principal para la sana convivencia entre su vida cotidiana estando en el primer lugar la salud mental y física en todos sus ambientes y aquellos procesos de cognición temprana del niño en su crecimiento (pp. 477-496).

Este estudio está basado en los conocimientos sobre el TDAH en niños, niñas y adolescentes, que están ubicados en el país de Colombia, es por este sentido, crear el interés de los lectores con el fin de identificar la sintomatología a temprana edad, reconocer cuales son los factores de riesgo psicosocial para que estén actualizados con esta enfermedad que está presente en sus hijos, sobrinos y alumnos, entre otros, este es un fenómeno que se marca de una tasa 2 a 3% y hasta el 25 a 30% de la población infantil, por lo cual se puede saber desde donde inicia o cuales son consecuencias de una mala decisión, que puede afectar a presente de cada individuos, por otra parte es importante resaltar las redes de apoyo que suministra las herramientas importante para salir de la barrera que se encuentra el ser humano en situaciones determinantes a que puede llevar a causar conductas no deseadas (DuPaul et al., 2018, p. 65).

La prevalencia mundial de este trastorno es de un 5,29% en edad escolar. En Colombia, en las ciudades de Manizales y Medellín, la prevalencia es mayor, un 16% de la población general. La incidencia del TDAH puede aumentar debido a factores de riesgo como la extrema pobreza, la desintegración familiar, la violencia intrafamiliar y la baja cobertura en servicios de salud, entre otros (Ortega Rojas et al., 2017, p.2)

Dentro, de nuestra formación como psicólogas es importante apropiarse de conceptos, actualización de acciones que influyen en los fenómenos que el ser humano se relaciona, lleva a obtener nuevos conocimientos, herramientas de superación en los aspectos que tiene el psicólogo en los ámbitos social, familiar, laboral y hasta educativa, quiere decir que el profesional debe evaluar los comportamientos, pensamientos, analizar, también aplicar la promoción y prevención de una salud mental estable dentro de una comunidad. En los autores ellos reflejan la calidad de información donde se puede recoger, validar puntos diferentes, llevando a la comprensión de cualquier motivo en que el ser humano realice conductas por medio estimulaciones, emociones y situaciones en que el cuerpo refleja acciones para que así mismo prevenga una problemática personal como grupal.

Objetivos

Objetivo General

Describir los factores de riesgo psicosocial que inciden en los niños, niñas y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Colombia, a través de fuentes de investigación con la finalidad de determinar las implicaciones de los contextos psicosociales.

Objetivos Específicos

Identificar los factores de riesgo psicosocial en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en los niños y niñas.

Describir los factores de riesgo psicosocial que influyen en el trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad.

Comprender los riesgos que tiene cada factor psicosocial en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Marco Conceptual

CIE-10

La CIE-10 consta de 21 capítulos, 2.036 categorías y 12.154 subcategorías en su versión original presentada internacionalmente en octubre de 1989. Se utilizan tres ejes principales para la clasificación de enfermedades que son: criterios manifestaciones, criterios causales, criterios topográficos. En la actualidad se utiliza internacionalmente la Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión (CIE-10), para clasificar enfermedades y problemas relacionados y, en este sentido, tomar decisiones administrativas y epidemiológicas a partir de los datos diligenciados por los profesionales de salud, en 117 países de todo el mundo en registros clínicos y certificados de defunción. En Colombia, todos los profesionales de la salud requieren conocer la CIE para codificar correctamente los diagnósticos en las historias clínicas, y los administrativos para tomar mejores decisiones al utilizar reportes estadísticos basados en esos códigos (Gómez Rivadeneira, 2015, p. 67).

DSM-V

En la época actual el uso del DSM-V se ha traducido en un sobre diagnóstico de trastornos mentales por parte de los psiquiatras. El limitado espacio que dedica la psiquiatría a la comprensión de los sufrimientos psíquicos individuales en comparación con su gran interés por medir, localizar, y cuantificar funciones cerebrales asociadas a desvíos de conductas ha llevado a medicalizar situaciones de la vida diaria (Lagos Berríos, 2020, p. 16).

Factor Ambiental

Se puede incluso señalar una evolución desde una concepción ambientalista genérica a una más actual, en la que el clima (la falta de luz natural en los países nórdicos), pero también otros factores físicos y químicos, tienen efectos en patologías afectivas y en enfermedades

cerebrales. La relación entre naturaleza ha constituido tradicionalmente un tema central en la investigación de la etiopatogenia de los problemas de salud mental y en la concepción misma de esta (Ordóñez Iriarte, 2020, p. 2).

Factor Biológico

Son caracterizados por los antecedentes patológicos de las personas, debido a que algunos genes propios causan enfermedades mentales, así mismo la alteración en la química del cerebro afecta notoriamente la salud mental de una persona. Para entender este factor, es de vital importancia comprender los siguientes tipos: Genéticos, prenatales, perinatales (Tomalá León, 2021, pp. 37-38).

Factor Genético

Se derivan de la carga genética del individuo, estos pueden ocasionar síndromes desde la niñez (Tomalá León, 2021, p. 38)

Hiperactividad

Se manifiesta porque el niño parece estar siempre en movimiento, no puede estar quieto en su asiento, su hiperactividad no suele tener un propósito concreto o definido, es “moverse por moverse”: cambios de postura, enredar con las manos, hacer ruidos con el libro... Se levanta en situaciones en las que debería estar sentado: en clase, a la hora de comer, en restaurantes... Corre o se sube a las alturas de forma excesiva o inapropiada en situaciones en las que no resulta adecuado hacerlo, por ello son propensos a sufrir accidentes y tienen problemas de disciplina. Hacen ruido excesivo mientras realizan actividades o mientras juegan (golpea la mesa, tira los juguetes, da gritos, desarma cosas...). Habla excesivamente, a veces no se les entiende por las dificultades para organizar las ideas que quieren transmitir. Con frecuencia los padres refieren

que el niño actúa como si estuviera “activado por un motor”. (Hidalgo Vicario & Sánchez Santos, 2014, pp. 610-611).

Impulsividad

Se expresa por una incapacidad de controlar las acciones inmediatas o pensar antes de actuar. Responde antes de que la pregunta haya sido completada, realiza comentarios inapropiados sin pararse a pensar en las consecuencias, tendencia a pelearse, insultar, meterse en líos, cruzar la calle sin mirar. Dificultad para esperar su turno, quiere ser el primero y se muestra impaciente. Interrumpir las conversaciones o juegos de otros (conversaciones de los padres, juegos de los amigos). La hiperactividad e impulsividad se observa más sobre los 4 años, aumenta con la edad y a partir de los 7-8 años empieza a disminuir. (Hidalgo Vicario & Sánchez Santos, 2014, p. 611).

Inatención

Se caracteriza por la dificultad para mantener la atención (“se le va el santo al cielo”, “está en su mundo”) y por aburrimiento al cabo de pocos minutos de iniciar una actividad; por ello, cambia frecuentemente de tareas, incluso de juegos, sobre todo si son monótonos o repetitivos. Mantiene la atención de forma automática y sin esfuerzo para las actividades y tareas que le gustan, pero la atención consciente y selectiva para completar las tareas habituales o para aprender algo nuevo le es muy difícil. La inatención es más aparente hacia los 9 años. (Hidalgo Vicario & Sánchez Santos, 2014, p. 610).

TDAH

El TDAH sería un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por un patrón de comportamiento y de funcionamiento cognitivo, que puede evolucionar en el tiempo y que es

susceptible de provocar dificultades en el funcionamiento cognitivo, educacional y/o laboral (Hidalgo Vicario & Sánchez Santos, 2014, p. 601).

Trastorno Mental

Se refiere a manifestaciones recientes en donde se presentan disfunciones biológicas, psicológicas o conductuales, ya sea que presenten causa aparente o no, y el término hace referencia a problemas de salud mental (Caballero, 2007, citado Valarezo Bravo, 2022, p. 20).

Marco Teórico

Definición de TDAH

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), el TDAH se caracteriza por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es inapropiado para el momento evolutivo y que interfiere en el adecuado funcionamiento de las personas que lo padecen. Para la APA, la inatención puede manifestarse conductualmente como una dificultad para mantener la atención, desorganización y descuidos en las tareas (Jiménez Soto, 2019, p.20).

El Manual Estadístico de Diagnóstico de los Trastornos Mentales Quinta Edición (DSM-5), define el TDAH como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por niveles perjudiciales de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad (Vinaccia et al., 2022).

En 1902, el pediatra inglés George Still describió a varios niños que presentaban comportamientos impulsivos, problemas de atención y falta de autocontrol. A partir de entonces, otros médicos y profesionales de la salud comenzaron a identificar y describir este conjunto de síntomas, aunque muchas veces bajo diferentes nombres. (DuPaul et al., 2018).

El DSM-5 (2013) señala que el TDAH:

[...] es un trastorno del neurodesarrollo definido por niveles perjudiciales de falta de atención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad. La desatención y la desorganización implican incapacidad para sostener una tarea, parecer no escuchar y perder materiales en niveles que son inconsistentes con la edad o nivel de desarrollo. La hiperactividad-impulsividad implica sobreactividad, inquietud, incapacidad para permanecer sentado, inmiscuirse en las actividades de otras personas e incapacidad para esperar; síntomas que son excesivos para la edad o el nivel de desarrollo (p. 32).

Además, dentro del TDAH se encuentran subtipos que son: en primer lugar, de tipo con predominio del déficit de atención “El tipo con predominio de acuerdo con el DSM 5, consiste en varios síntomas, en el que el niño o niña presentan un retraso en su nivel cognitivo para su

nivel de edad, suelen ser un poco distraídos, hipoactivos (as), pueden padecer del trastorno de negativismo o desafiante y hasta autocontroladas” (De León Valladares, 2021).

A continuación, se encuentra de tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: de acuerdo con León Valladares (2021) se diagnostican más varones con esta sintomatología y los problemas escolares, sobre todo, a nivel relacional son más abundantes. Con la edad, puede permanecer en forma de “sentimiento subjetivo de inquietud”. Cuando la impulsividad es un síntoma predominante, es más vulnerable a manifestar conductas agresivas (p. 10).

Por último, el tipo combinado, según León Valladares (2021) lo caracteriza como aquellas personas que en “los resultados académicos de estos alumnos son muy deficitarios, y sus interacciones sociales están marcadas por la falta de control y su inestabilidad emocional. Existen mayores probabilidades de continuar con este Trastorno en la edad adulta y/o derivar en trastorno negativista y desafiante o trastorno disocial” (p. 10).

Antecedentes

El TDAH es un trastorno neurológico que se caracteriza por problemas de atención y autocontrol. En Colombia, según algunos estudios de prevalencia del TDAH, se ha encontrado que afecta a entre el 3% y el 12% de los niños y adolescentes. La terapia conductual es un tratamiento eficaz para el TDAH, al igual que los medicamentos psicoestimulantes. Sin embargo, es importante que los padres recuerden que el TDAH se puede tratar con éxito y que la detección temprana y el tratamiento pueden permitir que los niños tengan una vida más funcional. (DuPaul et al., 2018).

A lo largo de la historia han sido numerosas las definiciones que se le ha dado a este trastorno: la primera descripción del comportamiento de niños hiperactivos fue realizada en 1845 por el médico alemán Heinrich Hoffman, en el libro infantil *Struwwelpeter* (Hoffman, 1945

citado Fernández et al., 2017), en el que describe a un niño que no puede estar quieto cuando está sentado. En 1887, Bourneville describe a “niños inestables” caracterizados por una inquietud física y psíquica exagerada; una actitud destructiva, a la que se suma un leve retraso mental. Y en 1901, J. Demoor señala la presencia de niños muy hábiles comportamental, que precisan moverse constantemente y que se asocian a una clara dificultad atencional (Fernández et al., 2017, p. 3).

Para el año 1908 el catedrático español Augusto Vidal Perera en su compendio de *Psiquiatría Infantil*, incluye una descripción del comportamiento de los niños que en la actualidad serían diagnosticados como hiperactivos y cambia el sentido de la interpretación de estos trastornos de conducta al darles consideración de enfermedad y no de problema ético.

Posteriormente, en 1962, Clements y Peters (Clements, 1966) lo sustituyeron por el término disfunción cerebral mínima caracterizada por hiperactividad, déficit de atención, bajo control de impulsos, agresividad, fracaso escolar y labilidad emocional (cita Clements, 1966, citado de Fernández et al., 2017, p. 4).

El trastorno con síntomas similares al TDAH apareció por primera vez en la American Psychiatric Association (APA) en 1968, se llamó “reacción hiperkinética de la infancia”, que se consideraba el principal síntoma de hiperactividad. A finales de 1980 los investigadores cambiaron sus enfoques acerca de este trastorno y la APA modificó el nombre a trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y define tres subtipos principales, el predominantemente inatento, el predominantemente hiperactivo-impulsivo y un subtipo combinado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone en 1992 el término Trastorno hiperkinético (CIE-10) (Fernández et al., 2017, p. 5). Desde 1994 y hasta el momento la APA sigue manteniendo una

única entidad clínica (trastorno por déficit de atención con hiperactividad) con los tres subtipos (Rueda Torres, 2017).

En documentos publicados en Norteamérica y países de Norte de Europa, en las investigaciones se observa que los niños biológicamente más inmaduros del aula de clase son aquellos que muestran más conductas de hiperactividad e inatención. De la misma manera se retoma el valioso papel de la escuela en el diagnóstico del TDAH, ya que el mal rendimiento escolar y bajo comportamiento disfuncional en clase son claves para la sospecha del trastorno. No parece existir un elemento biológico que justifique este mayor número de nacimientos en una determinada época del año (C. Rivas et al., 2017).

El factor genético es uno de los más importantes para analizar el diagnóstico de TDAH, debido a que los genes y cromosomas son transmitidos de padres a hijos, queriendo decir que hay mayor probabilidad de padecer enfermedades patológicas, por este motivo, es importante realizar una serie de análisis detallado donde se involucren los antecedentes familiares con el fin de detectar algún síntoma relacionado al trastorno. Los niños con TDAH sufren 2 o 3 veces más trastornos de sueño que la población en general, este problema ha originado consecuencias en el niño y estrés en el núcleo familiar, ya que suele tener resistencia a irse a la cama por la noche, presentando fatiga y somnolencia diurna (C. Rivas et al., 2017).

La investigación de Calleja et al. (2019) también revela que los infantes con el trastorno, presentan inconvenientes tanto en la realización como finalización de las actividades escolares, las cuales suelen ser presentadas sin tener una adecuada planificación u organización, además, en ocasiones carentes de sentido y existen casos en donde el estudiante no las presentan aún realizadas, por lo que es importante que los docentes adecuen adaptaciones metodológicas en la didáctica de acuerdo a las necesidades, con el fin de que los infantes se adapten al entorno y

establezcan un control sobre los mismos. Los autores concluyen que el TDAH es un trastorno complejo, asociado generalmente a un impacto muy significativo en el aprendizaje escolar (p.58).

Epidemiología

Según el último estudio nacional realizado en 2015, la prevalencia del TDAH en la población colombiana es del 2,3%, con mayor frecuencia del subtipo hiperactivo (1,3%), seguido del inatento (0,8%) y el combinado (0,2%). El TDAH afecta a un 3-12% de los niños y adolescentes, con una prevalencia mundial del 5,3%; aunque es un trastorno que predomina en la infancia, se ha encontrado que puede persistir en la adultez (4-5%), en Estados Unidos se registran de 7-10 casos/100 niños en enseñanza primaria y es más frecuente en varones que en mujeres, en proporción 9:1% (Hidalgo López et al., 2019).

Se estima una heredabilidad entre el 60 y el 90% (media, 75%), o cual hace del TDAH uno de los trastornos psiquiátricos con mayor componente hereditario, se ha visto que, en el 50% de los niños con TDAH, al menos 1 de sus padres tenía este diagnóstico. Además, los hermanos de niños con TDAH tienen 3-5 veces más riesgo de padecer este trastorno que los hermanos de los controles; a su vez, los gemelos homocigotos tienen mayor riesgo (50-80%) que los dicigotos (33%). Los familiares de primer grado de consanguinidad también tienen aumentado el riesgo de otros trastornos conductuales y afectivos. El objetivo de este artículo es revisar la literatura sobre el riesgo de TDAH y otros trastornos psiquiátricos de los hermanos de estos probando con TDAH (Hidalgo López et al., 2019).

Etiología

Según el autor Navarro Calvillo (2017), el TDAH es un trastorno heterogéneo, multifactorial en el cual no existen causas simples o únicas y su estudio debe ser

multidimensional. Si se considera lo anterior, es posible proponer una serie de factores que influyen en mayor o menor medida en la presencia del TDAH. Existe una serie de estudios que han demostrado la influencia de diferentes condiciones y situaciones de naturaleza genética, neurobiológica, familiar (crianza y del desarrollo). En este apartado se han considerado algunos de estos estudios que permiten conocer las diferentes influencias en el origen multifactorial del TDAH (p. 504).

Se infiere que, la causa del TDAH es multifactorial, es una confluencia de factores genéticos y ambientales. En cuanto a la heredabilidad, se sabe que la concordancia va de 70 a 90%. Si un padre tiene TDAH el riesgo en el niño aumenta entre 2 y 8 veces. Para un hermano, el riesgo aumenta entre 3 y 5 veces. En un gemelo homocigótico (con idéntico ADN) el riesgo aumenta entre 12 y 16 veces (Rusca-Jordán & Cortez Vergara, 2020).

Por esta razón, los factores ambientales van a funcionar como desencadenantes o moduladores de la carga genética. Los siguientes factores predisponen el desarrollo de TDAH: exposición intrauterina al tabaco, al alcohol o a tratamiento farmacológico (benzodiazepinas o anticonvulsivantes); prematuridad; bajo peso al nacer; complicaciones perinatales; edad materna avanzada al momento del parto; conflicto familiar severo o crónico; familia numerosa; antecedentes psiquiátricos en padres; institucionalización; infra estimulación por un largo período de tiempo; clase social baja. En la etapa postnatal, una dieta inadecuada, deficiencia de yodo y de vitaminas del complejo B; exposición temprana al plomo o a los bifenilos policlorados (PCB). Algunos estudios demuestran las implicaciones de preservantes y colorantes artificiales de alimentos como factores de riesgo (Rusca-Jordán & Cortez Vergara, 2020).

Con respecto a esto último, el estrés como factor de riesgo en las familias y en los hijos con TDAH que influye en el padecimiento, utilizando el cuestionario Family Strain Index (FSI),

al comienzo y en el transcurso del tratamiento. Revela que hay un correlato entre la evolución positiva de los síntomas con la reducción del estrés en la familia. La conducta de la infancia con TDAH tiende a generar varios conflictos familiares, depresión, separaciones e incluso conflictos laborales, los que originan respuestas negativas o alteradas en los padres; un trabajo realizado con infantes de entre 3 y 5 años halló que los niveles de estrés comienzan en la temprana infancia (Iglesias Smañko, 2022, p. 11).

Según Lavagnino et al. (2018), la gran mayoría de las investigaciones se enfocan a elucidar algún tipo de relacionamiento del trastorno con una base biológica, particularmente en anomalías cerebrales tanto en su anatomía como en la actividad de distintas regiones del cerebro, o bien, buscando presencia de variantes genéticas comunes. Mayormente las investigaciones que buscan las causas del TDAH destacan los componentes genéticos involucrados y la heredabilidad, sin embargo, para los indicadores toman peso la anatomía, la actividad cerebral y lo comportamental (Iglesias Smañko, 2022, p. 12).

A raíz de lo expuesto anteriormente, se puede evidenciar que el TDAH desde sus inicios ha estado relacionado con factores físicos y biológicos, otorgándole explicaciones a la etiología a través de daños a nivel cerebral y desde una mirada clínica, lo cual ha determinado la manera como se define, diagnostica y se interviene. La mayoría de los estudios, investigaciones e intervenciones revisados toman de base la definición dada por el DSM-5, afirma que es un trastorno neurobiológico que afecta a adultos como a niños, es descrito como “un patrón persistente o continuo de inatención y/o hiperactividad e impulsividad que impide las actividades diarias o el desarrollo típico.” (APA, 2014, p. 61), a pesar de que la definición tiene en cuenta las afectaciones que presentan en la cotidianidad y desarrollo de quienes padecen el trastorno, su definición está basada netamente en el componente neurológico, lo cual se explica a partir de lo

nombrado anteriormente sobre la historia del TDAH, ligándose directamente a la medicina, específicamente con las neurociencias y la psiquiatría, a partir de lo cual se sugiere que el tratamiento de este trastorno debe darse desde un ámbito farmacológico (Reyes Gómez, 2022, p. 21).

Manifestaciones o Síntomas

Las personas que presentan este trastorno generalmente tienen problemas para: planificar, mantenerse enfocados, realizar proyectos realistas, y pensar antes de actuar (A PA, 2020). Los síntomas de TDAH suelen manifestarse con mayor frecuencia en hombres, y la presentación de tipo “inatento” del trastorno, usualmente tiene una mayor prevalencia poblacional (Ayano, Yohannes & Abraha, 2020). Sin embargo, los criterios de diagnóstico que utiliza DSM-V y CIE-10 permiten evaluar y determinar diferentes trastornos mentales en las etapas de desarrollo del ser humano (infancia hasta adultez- vejez), dentro del TDAH se identifican las conductas por medio de las evaluaciones por el profesional a cargo, para este diagnóstico de este trastorno con el DSM-V, se requiere de la presencia de seis síntomas de inatención o seis de hiperactividad-impulsividad, o de ambos, requiere que estos síntomas estén presentes por al menos seis meses, puede darse en un solo contexto como la escuela o familia y permite la comorbilidad con otras patologías como la depresión o ansiedad, por su parte para el CIE-10 deben estar presentes seis síntomas de desatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad, no puede darse un diagnóstico en ausencia de síntomas de falta de atención y debe presentarse en al menos dos contextos, además no permite que se den varios diagnósticos (Hernández, 2009 citado Reyes Gómez, 2022). Esto evidencia que el CIE-10 es mucho más riguroso en el diagnóstico que el DSM-V, lo cual genera que los diagnósticos no sean totalmente fiables pues no hay acuerdo frente a los parámetros de estos (Reyes Gómez, 2022, p. 22).

Varios autores (Berger et al., 2013; Gehricke et al., 2017; & Kakuszi et al., 2020), han indicado que la maduración cerebral (desarrollo cognitivo y emocional) en personas con TDAH es más lenta que en aquellas que no presentan este tipo de trastorno. De acuerdo con Curatolo, D'Agati & Moavero (2010); Vaidya (2012); & Ronel (2018), individuos diagnosticados con TDAH presentan alteraciones en regiones cerebrales: pre-frontal (asociado al control de los impulsos, modulación de la conducta, toma de decisiones, planificación, concentración), parietal (procesamiento sensitivo), temporal (procesamiento auditivo y memoria), el cerebelo, y ganglios basales (regulación y coordinación de movimientos). Adicional a estas áreas cerebrales, se han notado deficiencias en las redes de comunicación neuronal en ambos hemisferios del cerebro en personas diagnosticadas con TDAH. Estas deficiencias dificultan que diversas áreas del cerebro se conecten entre sí para intercambiar información (Cubillo et al., 2012; Lei et al., 2015; Norman et al., 2016; Rubia, 2018).

Factores de Adversidad Psicosocial

Factores Ambientales

Los factores del medio ambiente parecen tener una relación directa con el desarrollo o expresión del TDAH como son la exposición crónica a sustancias tóxicas, fumar durante el embarazo, presentar complicaciones perinatales y postnatales. Además, el hecho de tener desventajas sociales como pobreza, desnutrición y pobre estimulación, tienen una incidencia importante en la presencia del trastorno (Quintero & Castaño de la Mota, 2014, p. 604).

Según lo planteado por Quintero & Castaño de la Mota (2014), encontró que dentro de los factores ambientales se considera que el estado nutricional es un factor importante. Algunos hallazgos sugieren que existe una relación entre los niveles de nutrientes aportados durante el embarazo y el periodo crítico del desarrollo, con alteraciones de la conducta en el niño y/o la

aparición de comportamiento antisocial en el adulto. Se ha demostrado que la falta de algunos nutrientes interfiere con el desarrollo neurocognitivo del niño, lo cual predispone a problemas de comportamiento exteriorizados (p. 90).

Se considera que la parte pre-neonatal son factores gestacionales con el neurodesarrollo y de ahí la recomendación de la suplementación con DHA (ácido docosahexaenoico, un ácido graso esencial poliinsaturado de la serie omega-3). Sin obviar otras acciones más consolidadas, como es la prevención del consumo y exposición al tabaco de la gestante y el bebe, ya que se ha encontrado relación aumentada entre la exposición a tabaco y el presentar TDAH (Quintero & Castaño de la Mota, 2014, pp. 604-605).

Este concepto enlaza con el papel de la lactancia materna como una de las cuestiones polémicas del TDAH, ya que algunos relacionan el TDAH con problemas asociados al vínculo y lo sitúan como el factor causal de los síntomas que no del trastorno. Recientes estudios encuentran que los niños que reciben lactancia materna tienen un mejor desarrollo cognitivo y lo explican desde el papel de la nutrición, especialmente por el aporte de ácidos grasos, lo que redundaría en un mejor desarrollo del sistema nervioso central. Estos aspectos no necesariamente restan importancia al papel que la lactancia materna puede tener en la consolidación de otros factores psicológicos del lactante, pero amplía la visión con la inclusión de otros factores, también claves en el desarrollo (Quintero & Castaño de la Mota, 2014, p. 605).

Asimismo, en el control prenatal, el 75% en cada caso de las madres presentan seguimientos durante el embarazo y un 25% no presentó ningún seguimiento obstétrico. Existen numerosos estudios que califican los factores prenatales como elementos de riesgo para el desarrollo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Según Silva y Cols, fumar durante el embarazo, la infección urinaria materna, el parto inducido y la amenaza de parto

premature incrementa el riesgo de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en ambos sexos (Morillo & Guzmán, 2018, p. 70).

Pasando en el entorno perinatal son factores que se asocia con el estilo de vida maternal durante el embarazo; por ejemplo, la exposición prenatal al alcohol y al tabaco, que inducen a unas consecuencias tales como muy bajo peso al nacer y complicaciones del parto que provocan anomalías estructurales cerebrales, especialmente en el cerebelo. En cuanto a los factores de riesgo prenatal para el desarrollo del TDAH, el 35.5% de los pacientes durante el embarazo se relaciona con trauma o lesión, seguido de la prematuridad (21%), siendo el exceso de alcohol (17%) un elemento predominante para el desarrollo del trastorno (Morillo & Guzmán, 2018, p. 68).

Además, el estrés, la ansiedad o la presión en el embarazo ejerce factores negativos, provocando que el feto tenga riesgos adversos en el futuro del niño como es el aprendizaje y la falta de habilidades en el transcurso de su crecimiento, como se puede entender desde la infancia el cerebro está capacitado de recibir, procesar, almacenar y actuar, pues al no desarrollar las funciones cognitivas los temas aprendidos, quedan en el olvido. También se hace constar como un alto porcentaje al desarrollo de trastornos como es el TDAH u otros relacionados al aprendizaje, se estima que la depresión y la ansiedad materna prenatal podrían contribuir entre un 10-15% de la carga atribuible a mal pronóstico (Glover, 2015, p. 24).

Según Morillo & Guzmán (2018), considera que la familia es un gran portador de riesgo al desarrollo del TDAH, pues de acuerdo con los resultados obtenidos refleja que el bajo nivel socioeconómico (80.3%), se ve por la falta de ingresos en la vivienda, por ende, afecta en el tratamiento y sus altos costos evita el ingreso a entidades, poniendo en evidencia que las EPS no cubran las necesidades básicas como es la salud para estas personas vulnerables. Por este motivo,

el 90.8% de los pacientes tiene un rendimiento escolar insuficiente. El entorno se da a la presentan el 68.4% es mixto o combinado, el 18.4% tiene inatención y el 13.2% padece de hiperactividad (p. 69).

En lo concerniente a los factores de riesgo familiar del TDAH, el 80.3% de las personas que tienen un nivel socioeconómico bajo, seguido de los conflictos familiares, con un 77.6%. Esta información se relaciona con la investigación realizada por el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Wisconsin, que resalta que los ingresos bajos en el medio familiar y el aumento de densidad de personas son factores de riesgo para el desarrollo del TDAH (Morillo & Guzmán, 2018, p. 69).

Para aclarar, en el contexto familiar es basada en armonía y demás aspectos que lo vuelve importante, en las investigaciones de Morillo & Guzmán (2018), el tipo de familia más frecuente es el monoparental con el padecimiento del TDAH, debido a esto, se ve los conflictos internos; que generan traumas en los niños y en la madre gestante, provocando el divorcio o la separación de los padres (p. 71).

Por lo tanto, el estrés que se refleja en el núcleo familiar, en los padres que viven los síntomas del TDAH en sus hijos, se convierte en una comorbilidad del 30 al 50% siendo un nivel elevado, esto debe a que se manifiesta en una necesidad de estar pendiente sobre las conductas (problemáticos, negativos, exigentes y menos cooperativos), llegando a ocasionar disfuncionalidad filio parental, reducir la jornada laboral o abandonar el trabajo. Las consecuencias de este tipo de relación contribuyen a estresar más a las familias, ya que económicamente sus ingresos bajan y continúan, por otro lado, los gastos en el tratamiento multimodal, se produce un desajuste entre las demandas percibidas de crianza y demás de necesidades que el ámbito familiar deben cubrir para la protección de sus hijos. El estrés familiar

y las preocupaciones sobre el futuro de los hijos con TDAH puede dar lugar a estados de ansiedad y depresión y otros cuadros patológicos, tanto en el afectado como en los padres; también experimentan con frecuencia sentimientos de ineficacia e insatisfacción, se convierte en un círculo negativo, muchos de los padres abandonan las tareas, tras la desesperanza, frustración, estresados y con bajo autoconcepto (Young, et al., 2013, p. 88; Berenguer et al., 2019, p. 3).

Aunque, esta relación es compleja, como demuestra un estudio reciente que sugiere que la existencia de factores de riesgo como la maternidad sin pareja, la existencia de psicopatología materna y los problemas de conducta como la hiperactividad predijeron mayores niveles de estrés parental. Pero también los problemas externalizantes del niño podían predecir un mayor nivel de estrés en los padres (Berenguer et al., 2019, p. 4).

De acuerdo, a los hallazgos de Berenguer et al., (2019) se refiere que las familias presentan un riesgo severo con TDAH (45.71%), quiere decir que presenta riesgo familiar en cuanto al estrés parental, desconexión y bajo apoyo social y replanteamiento de la cognición (p 8).

Como conclusión, las familias que están diagnosticadas con TDAH da un alto nivel de riesgo, formando patologías de enfermedades como es la ansiedad, depresión maternal, y para determinar un estado socioeconómico bajos, en cambio las de familias de perfil bajo no mostraron un índice de riesgo que afecte su convivencia con sus hijos TDAH, al igual que con el estrés; buscando la unión y compartiendo sentimientos y afectos que ayuden a mejorar la calidad de vida en los niños y niñas con TDAH, como al interior de las familias (Berenguer et al., 2019, p 11).

Por su parte, Ramos y Cabrioto citado en Ocampo (2013) afirman que, los niños que sufren grave desnutrición proteica energética (DPE) pueden presentar disminución del

crecimiento cerebral y de la producción de neurotransmisores. Además, se afecta el proceso de mielinización nerviosa, lo cual provoca una disminución de la velocidad de conducción nerviosa. Por lo tanto, la exploración clínica constituye la forma más eficaz de orientar un trastorno nutricional, con la ayuda de la evaluación antropométrica, que controla la ingesta de alimentos y el estado de salud general del menor, las mediciones antropométricas en el niño son más cuantificables y prácticas, por ello la OMS ha recomendado los índices de peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla, circunferencia del brazo y el peso al nacer para efectuar la valoración sobre el bienestar, la salud y el estado de nutrición en grupos grandes de población.

En primer lugar, se establece el peso para la edad: que evalúan el crecimiento general del niño, ya que este debe ganar peso en la medida en que aumenta su edad. Es un indicador indirecto de la cantidad de grasa y músculo.

Luego, la talla para la edad: que se basa en la evaluación del crecimiento longitudinal del niño e informa acerca de su pasado nutricional. La talla es la medida más estable del crecimiento y se requieren períodos muy largos de deficiencia de nutrientes para que se afecte.

Finalmente, el peso para la talla, se evalúa la armonía en el crecimiento, es un indicador del presente nutricional del niño, porque es muy sensible a las carencias nutricionales.

En la investigación de Fernández (2020) hay información importante que indican que durante la etapa del neurodesarrollo en caso de desnutrición en el embrión se producen daños cerebrales, que dependen de las condiciones alimenticias que tiene la madre durante el periodo de gestación y el periodo posnatal; dichas alteraciones pueden ser evidenciadas en diferentes estructuras de la corteza cerebral, de esta manera se puede mencionar que es de vital importancia los procesos nutricionales de los niños y niñas, teniendo en cuenta la relación entre la desnutrición y su afectación en los procesos de atención (p. 30).

De Cós Milas como se citó en Fernández (2020) plantea que la malnutrición (se incluye la desnutrición) afecta significativamente el componente psicológico de los niños causando un deterioro en la propia percepción y en el establecimiento sano de la autoestima, limitando al ser humano en sus capacidades (p. 31).

Por su parte, Fernández (2020) en su investigación sobre procesamiento cognitivo y déficit nutricional en niños encontró que los niños con déficit nutricional se encuentran afectado el procesamiento cognitivo, específicamente hablando de los procesos atencionales, como atención dispersa; de esta manera se evidencia que es el proceso cognitivo más alterado (p. 38).

Respecto, al consumo de SPA u otras sustancias en los diagnósticos con TDAH más presentes, se encuentran con que los más frecuentes tienen que ver con el abuso de cannabis, el comportamiento disocial en la adolescencia y el trastorno límite de la personalidad (Sancho Acero, 2016, p.214).

De acuerdo con los estudios de Sancho Acero, (2016), el consumo de SPA en los niños, niñas con TDAH resultan ser un alto riesgo para ellos, ya que se puede manifestar con un nivel elevado de ansiedad y depresión, afectando su rendimiento académico hasta llegar a un fracaso escolar, por otra parte, el comportamiento suele ser inadecuado, ya que presentan una alta dureza emocional, son iracundos y con gran temperamento de ira, tienden a tener una actitud negativa, provocando un mal ajuste personal y una relación distante con los padres (p.237).

Para recalcar, el consumo de sustancias psicoactivas en los progenitores (alcohol, cannabis, cocaína y drogas de síntesis entre otras) aumentan los problemas internos en la familia, queriendo decir que las conductas realizadas por los padres ocasionan una disfunción familiar en que se destaca la violencia filio parental, entre otras. En cuanto a los niños les afecta el 60% y en

las niñas en un 40% presentando un alto riesgo de conductas o estados depresivos entre otros (Sancho Acero, 2016, pp.262-263).

De igual manera, encontramos en las investigaciones que la criminalidad familiar es un aspecto psicosocial relacionado con los síntomas del TDAH y los problemas relacionados no solo afectan al niño en sí, sino que también desafían la crianza. Un metaanálisis demostró que los padres de niños con TDAH informan más estrés parental que los padres de niños sin TDAH, y los niveles de estrés de los padres se asociaron con la gravedad de los síntomas del TDAH de sus hijos. Además, las relaciones entre los niños con TDAH y sus padres se caracterizan por una mayor negatividad. En conjunto, esto implica que las prácticas de crianza están relacionadas con los síntomas del TDAH y el deterioro asociado (Ullsperger et al., 2016; Cano et al., 2023, p. 12).

Con relación a lo anterior, se descubrió que la crianza ineficaz, inconsistente y especialmente negligente exagera los síntomas del TDAH y es predictiva de trastornos conductuales disruptivos posteriores, como el trastorno de conducta; además, los niños que tenían una crianza más positiva e involucrada manifestaron una mejoría de los síntomas. El TDAH en sus presentaciones infantiles no solo está directamente influenciado por los estilos de crianza, sino también por la percepción de los padres (Ullsperger et al., 2016; Cano et al., 2023, p. 12).

Por otra parte, la institucionalidad del infante son algunas motivaciones para justificar que los niños con TDAH que se encuentran en hogares de paso se dan por altas alteraciones de comportamientos García Rivera (2018). El TDAH se caracteriza en diversas dificultades en las funciones ejecutivas, haciendo referir que género más afectado es el masculino, ya que ejerce diferentes comportamiento afectando su vida cotidiana, y está relacionado con el desarrollo cognitivo y la influencia del proceso de escolarización, dado que este el último puede contribuir

a un mejor desarrollo de funciones ejecutivas como la manipulación de información, la abstracción, la flexibilidad y resolución de problemas, también se puede evidenciar que la falta de tratamiento de estos niños genera un riesgo más alto, pues al no recibir adecuadamente los medicamentos o procedimiento aumenta el nivel de los síntomas, creando una limitación en sus entornos sociales (Flores, Tinajero, & Castro, 2011 citado de García Rivera, 2018, pp. 69-76). Estas alteraciones de la conducta provocan una presión sobre dimensiones de la calidad de vida (bienestar físico, psicológico, autoestima, familia, amigos y escuela) (Hernández, Pastor, Pastor, Boix, Sans, 2017; García Rivera, 2018, pp. 69-76).

Disfunción de Pareja Severa

Según Gutiérrez Prendas (2015) evalúa la participación en conductas de riesgo, teniendo como muestra a 37 participantes, y dentro de ella da el 15,4% en qué comentan haber cometido algún tipo de crimen, destacando en el primer lugar: robo con un 2,9%, consumo de SPA (2,9%) o algún tipo de violencia (3,3%), uso frecuente de mentiras y engaños (2,5%), conflictos entre pares (2,1%) y consumo de tabaco (1,7) entre otros. Por este motivo se ve identifica una inestabilidad familiar con un 51,2%, por otra parte, se toma como referencia a las madres con mayor frecuencia de ser agredidas, seguida se encuentran los padres, el padre, los compañeros del colegio, profesores y en último lugar los hermanos (p. 48).

Se puede concluir que, todas las pruebas psicológicas realizadas por Gutiérrez Prendas (2015) se evaluaron en el núcleo familiar y con hijos con TDAH, con el fin de identificar el funcionamiento interno, llevando a un resultado de 37,9% siendo un alto porcentaje en el aspecto disfuncional derivados a una mala relación con los padres, y se asocia a la evolución del riesgo del trastorno (pp.34-62).

Según la afirmación que realiza Sancho Acero (2016), describe que la violencia Filio parental en los niños, que no son diagnosticados con TDAH se ve una alta prevalencia de síntomas de este trastorno dentro de los núcleos familiares; en Colombia las violencias más comunes son: en primer lugar, se encuentra la violencia verbal con un (37,5%), a continuación, está la psicológica del (30,68%) y por último la violencia económica con (32,10%) (p. 237). Estas personas se caracterizan por ser pocos empáticos, emocionales, impulsivos, inmediatez, baja autoestima y baja confianza en sí mismos, desintegración y/o aíslan en los grupos normativos, manifestando ira; también se puede destacar que uno de los síntomas en los niños es el alistamiento social de (53,4%), por causa de conflictos familiares o amistades, abuso sexual o hasta un suceso traumático, la mala relación de los padres afecta en el rendimiento académico y se relaciona con las expresiones de violencia filio parental, esto busca una tensión negativa en las interacciones sociales y el aumento del padecimiento de síntomas relacionadas con el TDAH. Por otra parte, Sancho Acero (2016), describió tres tipos de la violencia que son Negadas, justificadas y avergonzadas (pp. 245-280).

Los adolescentes que ejercen VFP presentan problemas de Salud Mental, en torno a una cuarta parte de los y las mismas. Estos problemas se encuentran especialmente relacionados con el TDAH, la sintomatología depresiva, la somatización, la atipicidad, los rasgos de trastorno límite de la personalidad, el comportamiento disocial en la adolescencia y el abuso de cannabis, partiendo de que los problemas paternos filiales son una constante presencia de autolesiones, especialmente en momentos en que se da la dificultad (Sancho Acero, 2016, p. 291).

En efecto, en las familias disfuncionales con hijos diagnosticados se puede evidenciar una mala comunicación en los progenitores, baja tolerancia, no hay respeto en padres, comportamientos inadecuados, no hay reglas ni límites, manipulación emocional,

comportamientos rígidos, dependencia excesiva y los roles. Esto ocasiona alteraciones en la conducta y social lo que implica el desarrollo de padecer los síntomas severos en los niños TDAH u otro trastorno psicológico, también el sentimiento de incapacidad personal, estrés, frustración, enojo y rechazo, que afectan negativamente la interacción en que mantienen con sus hijos (pp.51-54).

Bajo Nivel Socioeconómico

Es necesario resaltar que el niño con nivel socioeconómico bajo posee un tipo de crianza negativa, y un ambiente vulnerable, es un niño que tiene afectada en especial su control inhibitorio y su conducta, mientras que el niño con nivel socioeconómico alto está bajo una crianza positiva y se refleja en que su proceso es más adecuado y sus síntomas son más moderados. Por otro lado, Como lo menciona Murray et al. (2014). Además, un estatus socioeconómico bajo generalmente se define como tener acceso limitado a recursos o estabilidad financiera. Puede afectar el acceso de las personas a la educación, la atención médica e incluso la esperanza de vida. Los estudios han demostrado que las personas con un nivel socioeconómico más bajo tienen un mayor riesgo de sufrir diversas afecciones y enfermedades (Cano et al., 2023, pp. 9- 11).

Los estudiantes con TDAH generalmente experimentan dificultades para completar el trabajo y se desempeñan a niveles por debajo de su capacidad en el salón de clases. Obtienen entre 10 y 30 puntos menos que los estudiantes sin TDAH en varias pruebas de desempeño, a pesar de tener una inteligencia promedio en general .Esto concuerda con lo encontrado en las pruebas realizadas a los niño del estudio de caso que fueron dos sujetos de género masculino de 10 y 8 años de edades con TDAH, que se encuentran ubicados en la ciudad de Medellín, de estratos opuestos, donde se evidencia que a pesar de tener buenos resultados en las pruebas de

inteligencia en las pruebas de atención, lenguaje y memoria obtuvieron o puntuaciones de bajo y muy bajo. Por esta razón, los estudiantes de familias de bajo nivel socioeconómico tienden a tener mayores índices de ausentismo y deserción. Además, ver que probablemente el estrato socioeconómico sí afecta el desarrollo de la atención. Por lo tanto, la memoria ha sido afectada a largo y a corto plazo; es decir, que esto fue dado por la existencia de dificultades a nivel de la codificación de los estímulos (habilidades perceptuales) o posibles déficits en la organización de la información para que estos datos pasen a la memoria a largo plazo. Así, estas dificultades afectarán a distintos tipos de memoria (Cano et al., 2023, pp. 9- 11).

De acuerdo, a la prevalencia del bajo nivel socioeconómico, es decir, que cierto componente hereditario, no depende de la propia persona, sino de sus progenitores. Es frecuente que las personas con TDAH presenten más problemas a nivel educativo y formativo en la infancia y una de las consecuencias más relevantes es optar a puestos laborales peor remunerados. En cambio, un nivel socioeconómico medio-alto considera facilitar la adhesión al tratamiento farmacológico, psicológico y psicopedagógico en los niños que padecen de TDAH (Vázquez Sánchez, 2022, p.7).

Según Cano et al. (2023) los niños con TDAH pueden tener dificultades para tener un buen desempeño académico y social, lo que podría reforzar el ciclo de pobreza en familias de bajos ingresos. Es importante tener en cuenta que el TDAH es un trastorno médico que requiere atención y tratamiento adecuados, independientemente del nivel socioeconómico del individuo. No obstante, en estos lugares vulnerables los niños y niñas crecen teniendo como ejemplo situaciones devastadoras como: la desigualdad económica, la falta empleo, las bandas delincuenciales, el consumo y el expendio de drogas, los embarazos a temprana edad, el abandono escolar y la falta de educación de personas adultas, quienes no cuentan con las

estrategias ni la formación para educar a sus hijos bajo una crianza respetuosa, amorosa y mucho menos a los niños y niñas que tienen algún tipo de diagnóstico (p. 6).

En un niño con TDAH perteneciente a un estrato socioeconómico bajo, se establece que presenta comportamientos impulsivos en los diferentes entornos que lo rodean, ya sea familiar, social o académico, el niño, por no querer sentir la respuesta al miedo, se escuda en su enojo y demás conductas inapropiadas (Cano et al., 2023, p. 14).

El tener un hijo con TDAH produce un deterioro de la situación socioeconómica familiar. Esta posibilidad llama la atención porque tiene una dirección contraria a las demás, que suponen que la situación socioeconómica es la causa que origina el TDAH o su diagnóstico. No se trata de una mera posición teórica, sino que hay estudios que han estimado el deterioro económico en las familias que tienen hijos con TDAH, por el coste de los tratamientos, pérdida de horas de trabajo y enfermedades relacionadas con el estrés producido por la situación (Cruz, 2014).

Los profesionales de la salud tienen un sesgo por el que es más probable que diagnostiquen el TDAH a hijos de familias con bajo nivel socioeconómico. Asimismo, los docentes de colegios han observado que los niños con bajo nivel socioeconómico probablemente dan señales de presentar TDAH (Cruz, 2014).

Como resultado, el TDAH estaba intensamente asociado con indicadores de bajo nivel socioeconómico como: pobreza, uso de vivienda social, ingresos, mono parentalidad e índice de estatus socioeconómico (a partir de la clase social de los padres y nivel de educación). Se encontró una relación del nivel socioeconómico con el consumo de tabaco durante el embarazo, y también con la conflictividad familiar. El uso del tabaco durante el embarazo y el distanciamiento familiar y la conflictividad se asociaban con la posibilidad de tener un hijo con TDAH incluso después de ajustar los datos según los indicadores socioeconómicos. El efecto del

tabaco era menor que el de la conflictividad, y los análisis realizados indican que la conflictividad familiar podría ser el mediador entre el bajo estatus socioeconómico y el hecho de tener hijos con TDAH. En cambio, el consumo de tabaco durante el embarazo no cumplía los criterios para poder ser considerado un mediador en esa relación (Cruz, 2014).

Familias Numerosas

En relación con las implicaciones del TDAH con las familias numerosas se puede considerar que hay aspectos donde se ven involucrados los factores ambientales, este se conecta en entorno de la convivencia y que se mezcla con las pautas educativas, la alimentación, el clima familiar, embarazos no deseados, entré otros (García de Vinuesa et al, 2014; citado Guadalix, 2015, p.28).

Se puede evidenciar que, en las entrevistas realizadas por Gómez & Ortiz, (2019) dentro del ámbito familiar con niños de TDAH, se da una comunicación poco asertiva, sus expresiones faciales son más comunes en estas circunstancias, también lo demuestran en la postura corporal y ritmos de respiración acelerados. La relación entre hermanos se da una postura negativa frente a la tranquilidad y fluidez en momento de conflicto, estos niveles de parentesco son poco habituales llevando a una inconformidad, por parte de las imposiciones de los demás hermanos sobre sus responsabilidades. Por otra parte, se da por celos de los hermanos mayores frente a sus hermanos menores que padecen TDAH, porque consideran tener toda la responsabilidad mayor, también se identificó que los niños con TDAH son consentidos por sus padres y el más cuidado entre ambos dentro del entorno familiar. En otro concepto se dio que no todos los entornos familiares sean igual, pues en algunos suelen ser acertadas en lo verbal y no verbal, la comunicación se ve por la diferencias de edades, quiere decir que hay una mejor comunicación con hermanos de 10 años de diferencias, en cambios con los hermanos que se llevan de 2 a 3

años de diferencia, su nivel de comunicación es baja, de una forma más agresiva y hostiles, en concreto, las personas con más edad saben cómo entender y afrontar el diagnóstico de TDAH en sus familias buscando herramientas de solución dentro del entorno (pp. 38-39).

En las entrevistas realizadas por Gómez & Ortiz (2019), se dan las expresiones en los vínculos es de manera diferente en que suelen ser algunos más expresivos y otros más detallistas, pero demostrando el afecto necesario entre padres e hijos, en cambio entre los hermanos su afectivo son más hostiles y con agresiones tanto físicas y psicológicas, pareciendo como una violencia del bullying (golpes o gritar). Así como la comunicación, que dependiendo de la edad es grado de expresión quiere decir, que durante más es la edad suelen ser cariñosos en los momentos más especial para los integrantes, pero son un poco ausentes en las interacciones familiares (p.45).

De este modo, la crianza en la familia extensa suele cambiar los roles y buscar conflicto, ser menos expresivas frente a sus padres biológicos teniendo varios episodios de agresión tanto de su madre y sus hermanos con TDAH. Con las demás familias que se diagnosticados con TDAH son más apegados a la madre debido a que es la cuidadora y protección de cualquier peligro para el infante, quiere decir, que los padres (hombres) desde la antigüedad se viene estando a cargo de responsabilidad en la parte económica y capitalista de la familia mientras las madres es la cuidadora del hogar y cuidado de sus hijos (Gómez & Ortiz, 2019, p. 46). Esto explica la conexión en los vínculos afectivos entre la madre y los hijos establece la formación y desarrollo adecuado de las conductas, las actitudes y pensamientos de los niños y niñas durante toda su vida (Gómez & Ortiz, 2019, p.47).

Gómez & Ortiz (2019) se refiere que:

“Algunas de las madres manifiestan que la presencia de un diagnóstico como el TDAH las obligaba a ejercer con mayor rigor la autoridad, pues los niños que presentan el trastorno desarrollan distintos comportamientos que en ocasiones son problemáticos para las familias, esos comportamientos se relacionan con problemas en la conducta, tales como la inestabilidad, la pérdida de interés en la educación, la falta de atención y la hiperactividad e impulsividad. En estos casos, la rigurosidad en la autoridad y el establecimiento de normas y reglamentos contribuyen a ejercer mayor control sobre los niños” (p. 55).

Lo anterior, se refiere que la mayoría de los conflictos entre hermanos se ven en la realización de labores domésticas como es el orden, préstamos de juguetes y los favores entre muchas otras cosas llevando un ambiente tenso y sin armonía al interior de las familias. Cuando el estilo de crianza negligente se convierte en la falta de cumplimiento y creación de normas y reglas (Gómez & Ortiz, 2019, p. 56).

Se puede estimar que en Latinoamérica afecta aproximadamente 36 millones de personas que las madres y padres experimentan diferentes emociones como es la desesperación, la culpa, depresión, presión ante la sociedad, problemas de comunicación en las familias, problemas más profundos con la pareja, problemas en las instituciones médicas y escolares, y sobre todo la falta de orientación por parte de un profesional. Dentro las interacciones varían con el niños o niñas con TDAH frente a los hermano o demás integrantes que se conforma la familia, pues él se suele comportarse de una manera de mayor nivel de una forma compleja, en la mayoría su conducta se da por el miedo, pena, frustración por el futuro frente a su hijo. En esta circunstancia, se puede detectar la presencia del deterioro de la construcción familiar y la relación entre los integrantes (Quintero Olivas et al., 2021, p. 9).

Según Castiblanco Hernández et al., (2020), la evolución de la sintomatología en los niños con TDAH e influencia en la dinámica familiar afecta el comportamiento, aspectos emocionales y en el desempeño educativo por las condiciones negativas que vive en el núcleo de familiar, pues de acuerdo con el estudio realizado con el instrumento Apgar Familiar, se puede llevar a cabo que el 80% de los núcleos tienen un clima familiar negativo, donde no se evidencia una implementación de estrategias en el cual no se cumple con las necesidades básicas (calidad de vida), no hay apoyo y no expresa afecto e interés en su parte emocional y el 20% son respuestas condicionadas. Llevando a concluir que los vínculos afectivos, la comunicación son factores de riesgo, que conllevan a la probabilidad del desarrollo de la enfermedad si no se aplican debidamente. Dentro de lo personal y social se puede manifestar en forma impulsiva e insegura; quiere decir que sus respuestas no son de forma adecuada en cada uno de los comportamientos (pp. 16-17).

Y, por último, en el ámbito cognitivo se puede evidenciar que el aprendizaje y su desarrollo se va afectado teniendo una serie de pensamientos negativos, presenta dificultad para expresar sus pensamientos y deseos, además le cuesta memorizar y lee sin ritmo ni entonación (Castiblanco et al., 2020, pp. 16-17).

Cuando se presenta un desbalance en las actividades, valores y un estilo de crianza adecuado en la familia se genera un factor negativo que afecta todos los entornos que se relaciona el infante con TDAH. Según la teoría de Hunt, (2007) citado por Sagbaicela, (2018) afirma que, “una familia disfuncional es aquella en la que el comportamiento impropio e inmaduro de al menos uno de los padres daña el crecimiento de la individualidad y el desarrollo de habilidades relacionales saludables entre los miembros de la familia” (Castiblanco et al., 2020, p. 17). En general esto genera un factor negativo severo en el desarrollo cognitivo,

emocional, y demás variables que se encuentran los niños con TDAH aumentando su porcentaje de evolución severa que se encuentra clasificado el infante.

Factor Biológico y/o Genético

Los factores neurobiológicos se relacionan con el TDAH debido a que este trastorno se caracteriza por una disfunción en el sistema nervioso central, especialmente en áreas como la corteza prefrontal, circuito mesolímbico y/o el sistema dopaminérgico. Estos factores pueden incluir tanto causas genéticas como ambientales y afectar la atención, el autocontrol y la regulación emocional de las personas afectadas por el TDAH, se ha venido desarrollando este trastorno en la etapa de la infancia y adolescencia.

De igual manera, el ADN es aquella rama en que se combinada en los padres y madres en los hijos donde se hereda ciertas conductas, aspectos fisiológicos e inclusivamente las enfermedades que son diagnosticados en los padres llevando a un porcentaje más alta a ser diagnosticados con esa misma enfermedad, eso da a referirse que el 15% se da por esta razón, y el 34% en enfermedades entre los hermanos del TDAH. En otras investigaciones se da que el TDAH en familiares con primer grado con niños con este trastorno pueden verse en otros problemas como es la tendencia de la adicción de las drogas, violaciones, desviación, vandalismo u otros comportamientos. Antisocial, y la presencia de depresión o tristeza.

Por lo siguiente, se da entender que las moléculas del ADN es un medio donde se trastorna diferentes respuestas, proteínas en los receptores en diferentes regiones en el genoma, básicamente las relacionadas con la dopamina y la serotonina (Sunción Aching, 2020).

Dentro de los genes BDNF, COMT, DAT1 y SERT en niños con TDAH y en las investigaciones de Ortega Rojas et al., (2016) se puede identificar que el ser humano desarrolla varios genes que son responsable de ser neurotransmisores específicamente en la vía

dopaminérgica. El gen del transportador de dopamina DAT1 (dopamine active transporter o SLC6A3) es uno de los asociados a TDAH y, por lo tanto, blanco de múltiples investigaciones. El DAT1 se ubica en el cromosoma 5 y es importante en la regulación de la neurotransmisión dopaminérgica, pues modula la recaptación de la dopamina por el terminal presináptico. Por otro lado, genes involucrados en la vía serotoninérgica y están relacionado con TDAH, esta es una afección que produce una carga elevada en las actividades que son transmitidas por el sistema nervioso y causa la hiperactividad, cambios de los estados mentales, hipertermia, autonómicas, y neuromuscular, este se divide en el gen serotonina (SERT, SLC6A4), ubicado en el brazo largo del cromosoma 17. Quiere decir, que el gen serotonina equilibra las actividades motoras que produce el TDAH, desde el espacio sináptico a las neuronas presinápticas y a la vez el funcionamiento del cerebro (p. 2).

El polimorfismo 5 HTTLPR son inserción/delección de 44 pb en la región promotora del gen SERT, el cual está asociado con cambios en los niveles de transcripción de ARN mensajero y las concentraciones de la proteína. Y en la variante homocigota del alelo L se identifica por medio con el incremento de la actividad transcripcional del promotor de 5 HTTLPR, lo que incrementa la expresión de SERT y la recaptación de serotonina en relación con la variante S (Ortega Rojas et al., 2016, pp. 2-3).

Otro de los genes el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), ubicado en el cromosoma 11 (11p13), pertenece a la familia de proteínas denominadas neurotrofinas y está involucrado en diferentes mecanismos como la supervivencia neuronal en el sistema nervioso central y la plasticidad sináptica. Diferentes estudios han identificado y relacionado una sustitución aminoacídica de valina por metionina (Val66Met) en el codón 66 del gen BDNF, la cual puede influir en el tráfico intracelular y la secreción de BDNF en el cerebro, cuando el niño

con TDAH se genera un riesgo severo que puede ocasionar daños psicosociales debido a que se encuentran en alta alteración en las actividades cotidianas y dificultad de atención (Ortega Rojas et al., 2016, pp. 2-3).

Y, por último, el autor Ortega Rojas et al., (2016) manifiesta que el gen catecol-o-metiltransferasa (COMT), localizado en el cromosoma 22 (22q11), codifica para una enzima encargada de catalizar la transferencia de un grupo metilo de la S-adenosilmetionina a las catecolaminas, incluyendo neurotransmisores de dopamina, epinefrina y norepinefrina. La mayoría de los estudios realizados con el objetivo de determinar una asociación entre COMT y TDAH se han enfocado en el análisis del polimorfismo rs4680, el cual produce una sustitución de valina a metionina en el codón 158 (Val158Met) ubicado en el exón 4 de COMT. Este polimorfismo se relaciona con la variación en la actividad de la enzima COMT, donde los homocigotos para Met muestran una reducción de 3-4 veces la actividad enzimática en comparación con los homocigotos Val (Ortega Rojas et al., 2016, pp. 2-3).

Factor Trastorno Mental de la Madre

De este modo, la psicopatología de los padres en sus historias clínicas de enfermedades crónicas se suele convertir en un factor genético con un 70%. Por otra parte, el desarrollo del TDAH en los hijos se considera un riesgo familiar ya que se evidencia alto porcentaje de heredabilidad, se han demostrado que los padres con algún tipo de trastorno tienen alteraciones en los estilos de crianza de una forma inadecuada, e inclusive un mal funcionamiento entre las parejas e hijo. La interacción entre la psicopatología materna, el comienzo y severidad del TDAH, se analiza a partir del modelo ecológico desarrollado por Urie Bronfenbrenner (microsistema) (Moreno Reales et al., 2022, p 5).

Para destacar, que el estilo de crianza y su ambiente en que se relaciona el niño genera un desarrollo adecuado en la capacidad de autorregulación, o por el contrario se compromete el desarrollo si en el entorno no se satisfacen las necesidades, dando lugar a alteraciones emocionales y del funcionamiento social (Moreno Reales et al., 2022, p 5).

Por otra parte, se puede dar cuenta que las madres que tiene un trastorno corresponden al trastorno por somatización, trastorno depresivo mayor (TDM), ansiedad, trastorno bipolar (TB), y trastorno de personalidad límite (TLP), pueden alterar el estilo de crianza en cada uno de sus hijos provocando un descontrol de capacidades y de una mala educación dentro del crecimiento. También en los modelos de relacionamiento parental se va disminuyendo a medida del tiempo. Las alteraciones que tienen este tipo de enfermedades su capacidad de atención es mínima y no responden de una manera oportuna a las necesidades de sus hijos. Quiere decir que el cerebro va buscando una respuesta que causa el comportamiento; así mismo cuando una persona le causa estrés el cuerpo busca equilibrar la dopamina y realizar algún tipo de actividad que suele ser relajante para la persona. “Esta alteración en el relacionamiento materno influencia la manera como el cerebro responde al estrés, demarca el desarrollo de las capacidades de regulación afectiva, funcionamiento social y compromete de manera específica la atención y memoria de trabajo” (Moreno Reales et al., 2022, p 6).

De acuerdo, con la psicopatología materna y los resultados se puede dar cuenta que, hay una mayor probabilidad de desarrollar el TDAH si la madre posee o es diagnosticada con algún trastorno mental, específicamente con el trastorno depresivo, TDAH, ansiedad, personalidad límite, antisocial. De acuerdo con lo anterior, se puede determinar que los padres con algún trastorno mental tienen comportamientos distantes, son menos afectivos, no prevalece la protección de sus hijos, son más autoritario, prestan menor atención, entre otros síntomas que

van afectando significativamente al niño con TDAH, se crea un mal relacionamiento parental (Moreno Reales et al., 2022, p 20).

Por otro lado, las madres que son diagnosticadas por trastorno de depresión suelen ser unas descuidadas a la atención que se debe tener hacia el cuidado y protección de los niños en las etapas de crecimiento ellas suelen reacción de una forma: “tienen mayor comportamiento coercitivo, hay menos interacción y conexión con sus hijos, no utilizan en su lenguaje información afectiva que permita regular el comportamiento del niño aumentando las alteraciones en el comportamiento de sus hijos y los síntomas de TDAH. La hostilidad desarrollada por la madre depresiva es otro de los aspectos investigados en la génesis del TDAH arrojando asociación significativa entre este comportamiento materno y los síntomas de TDAH de sus hijos debido al efecto directo sobre la impulsividad y activación del niño”. La conducta suicidio en las madres con trastorno se caracteriza un riesgo para los hijos con TDAH y a los hermanos sin diagnosticar (Moreno Reales et al., 2022, pp. 20-21).

Se puede aclarar que el funcionamiento y gravedad del TDAH en el transcurso del tiempo se puede generar otros tipos de trastornos (trastorno oposicional desafiante, trastorno dismórfico corporal, trastorno depresivo, trastorno de ansiedad social y generalizada, trastorno del aprendizaje y del sueño, tics) esto se debe en la psicopatología de la madre que ocasiona el desarrollo al padecimiento del este trastorno mental y el deterioro del funcionamiento del niño con TDAH (Moreno Reales et al., 2022, p 21).

Según el autor Moreno Reales et al., (2022) la comorbilidad del trastorno depresivo, trastorno de ansiedad social y generalizada, trastorno del aprendizaje y del sueño, tics, entre otros, se encuentra relacionada con la psicopatología materna, por tal motivo es mayor el número de comorbilidades cuando la madre padece más de un trastorno mental y esto repercute a su vez

en el deterioro del funcionamiento del niño diagnosticado con TDAH, Por otro lado se ve reflejada en la presentación clínica grave de los hijos y mayor afectación de la dinámica familiar. Estudios evidencian que los síntomas elevados del TDAH se relacionan con dificultades en la crianza por una menor capacidad de manejar los problemas de comportamiento, alterando la relación padres-hijos con una paternidad menos positiva y más negativa” (p. 21).

De acuerdo, a la investigación de Sarabia Virón (2017), se puede concluir que las personas que padecen TB o SC y en hijos de casos de controles, tienen síntomas prodrómicos o perfiles de riesgo afectando las varias áreas cognitivas, cada uno de estas enfermedades afectan unas variables como es cognitivos de atención, memoria visual y memoria de trabajo, así como en el rendimiento cognitivo global entre las personas con trastorno bipolar y casos de controles, en cambio el riesgo que tiene la esquizofrenia de alteraciones como en las funciones ejecutivas, memoria de trabajo, atención y flexibilidad cognitiva. Cuando hay una sintomatología entre TDAH y la esquizofrenia su rendimiento cognitivo en general y la memoria de trabajo suelen ser sus alteraciones más comunes (p. 32).

Al igual que en este estudio (Keshavan et al, 2008) señala que los hijos de personas diagnosticadas con patología psiquiátrica tienen mayor riesgo de desarrollar TDAH (sobre todo esquizofrenia y trastorno bipolar) y remarca la importancia, al igual que en este estudio la importancia de las manifestaciones premórbidas y del comportamiento para detectar precozmente un diagnóstico (Sarabia Virón, 2016-2017, p. 33).

Marco Legal

Según la investigación realizada sobre el TDAH en Colombia, existen algunas leyes que permiten sustentar y tener soporte sobre el estudio realizado durante varios meses, inicialmente se enfatiza en la (Ley 1616 de 2013) - Salud mental, tiene como objeto garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud (*Ley 1616 De 2013*, n.d.).

Esta ley se ha convertido muy primordial para el país de Colombia que cada artículo y capítulo explican los derechos que tienen estas personas con algún trastorno mental, en cual se hablará: Capítulo I, artículo 1: esta enfatizada en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. artículo 4: garantiza la salud mental. En el título II se encuentran los derechos de las personas en el ámbito de la salud mental para asegurar un trato digno en términos de cambio, bienestar y calidad de vida; garantizando la salud mental de la persona. En el título II nos habla sobre la promoción de la salud mental y prevención de las enfermedades mentales, para buscar alternativas para disminuir el riesgo de intervenciones establecidas por entes responsables, y la vez reconociendo los factores protectores y de riesgos tempranos. También se en el artículo 8 habla sobre acciones de promoción en salud mental, deben intervenir positivamente en las comunidades con inclusión social, prevención del suicidio en consumo de sustancias psicoactivas, alimentación, y seguridad económica, entre otras. En el título IV adopta en el marco de la atención primaria en salud mental, busca integral a los pacientes, familiares, cuidadores y demás personas relevantes que hacen parte de un cuidado

mental; otras de las acciones complementarias al tratamiento como la integración familiar, social, laboral y educativa (*Ley 1616 De 2013*, n.d.).

A continuación, en el artículo 13 encontramos los servicios generales de las instituciones prestadoras de servicio de salud como: atención ambulatoria, atención domiciliaria, atención Prehospitalaria, Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia, Centro de Salud Mental Comunitario, Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias, Hospital de Día para Adultos, Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes, Rehabilitación Basada en Comunidad, Unidades de Salud Mental y Urgencia de Psiquiatría. Por otro lado, el artículo 18: hace referencia a los equipos interdisciplinarios estarán conformados por: Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Terapia Psicosocial, Médico General, entre otros profesionales, atendiendo el nivel de complejidad y especialización requerido en cada servicio de conformidad con los estándares que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social (*Ley 1616 De 2013*, p.8).

Seguidamente, el capítulo V nos habla sobre la atención integral y preferente en salud mental para niños, niñas y adolescentes, que deben unir sus esfuerzos, diseñando estrategias que favorezcan la integración al aula regular y actuando sobre factores que puedan estar incidiendo en el desempeño escolar de los niños y adolescentes con trastornos mentales. En el artículo 25 están los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes garantizando la atención oportuna, suficiente, continua, pertinente, diagnóstico, intervención, cuidado y rehabilitación psicosocial en salud mental (*Ley 1616 De 2013*, n.d.).

Además, el título VI sobre participación social, el artículo 28: asociaciones de personas con trastornos mentales, sus familias o cuidadores hará parte de las redes o grupos de apoyo para

la promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental de conformidad con lo previsto en el artículo 13 de la presente ley (*Ley 1616 De 2013*, p.10).

Por último, el título VII: criterios para una política pública de salud mental, en el artículo 32: observatorio nacional de salud; es decir, un área clave de trabajo en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Finalmente, el artículo 34 de salud mental positiva está promoviendo la relación entre salud mental, medio ambiente, actividad física, seguridad alimentaria, y nutricional como elementos determinantes en el desarrollo de la autonomía de las personas (*Ley 1616 De 2013*, p.13).

Ley 1090 De 2006

Por la Cual se Reglamenta el Ejercicio de la Profesión de Psicología, se Dicta el Código Deontológico y Bioético y Otras Disposiciones.”

Promueve los principios generales que ofrece el servicio el psicólogo, entre ellas se destacan los estándares morales y legales, buscando que su ética sea de forma igualitaria entre todos los ciudadanos. Las actividades reconocidas de este profesional es la confiabilidad, busca el bienestar de una forma responsable, con lealtad, utilizando instrumentos de evaluación; cada una de las técnicas utilizadas contienen el diseño, la dirección de una investigación científica, la ejecución de forma direccionada y un control de programas de diagnóstico, una evaluación e intervención, un pronóstico y finalmente un tratamiento promoviendo las asesorías de educación y formulación de las salud pública, justicia en las áreas de la psicología aplicadas, el psicólogo puede ejercer sus actividades de una forma individual o integrando grupos, en instituciones o privadas, pues de acuerdo con el artículo 5 ejerce el papel del psicólogo de acuerdo a los límites de sus competencias, las funciones de forma autónoma, utilizando el respeto a los principios y normas éticas de la profesión. Dentro el título V declara los derechos, deberes y prohibiciones

que tiene un psicólogo, buscar integrar los valores entre los ciudadanos y el profesional, al igual tener los insumos suficientes para la intervención, protección, mantener en sitio cerrado y con la debida custodia las historias clínicas y demás documentos confidenciales, llevar registro de prácticas o procedimiento, secreto del profesional, entre otras nombradas. En las prohibiciones se dan en publicaciones falsas, éxitos terapéuticos, revelar el secreto profesional, omitir o retardar el cumplimiento de las actividades profesionales y recibir incentivos (*Ley 1090 De 2006 - Gestor Normativo*, n.d.).

Por otra parte, el título VI se establece el código bioético, deontológico que ejerce puntos importantes basados en implementar reglas que ayuden a tomar decisiones adecuados a las situaciones con las cuales se enfrenta el profesional de la Psicología, fundamentado en los principios de beneficencia, no-maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad, además de las contempladas en la presente ley. Pues de acuerdo a sus criterios conceptos, en cual están obligados a ejecutar actuaciones, estas se refieren a: informar a organismos competentes donde se hayan violentado los derechos de los seres humanos, respetar los criterios morales y religiosos, no deberá discriminar al usuario por sus ideologías entre otros, no prestar su firma ni nombre a personas que no tengan debidamente la titulación para ejecutar alguna intervención, dentro del artículo 21. El profesional de psicología deberá rechazar, llevar a cabo la prestación de sus servicios cuando haya certeza de que puedan ser mal utilizados o utilizados en contra de los legítimos intereses de las personas, los grupos, las instituciones o las comunidades. No obstante el profesional no deberá utilizar la información obtenida para el beneficio propio, uno de los deberes que tiene el profesional remitir a un colega o profesional competente cualquier caso que desborde su campo de conocimientos o intervención, notificar a las autoridades competentes los casos que comprometan la salud pública, la salud o seguridad del

consultante, de su grupo, de la institución o de la sociedad, deberá tener una aprobación del usuaria para realizar alguna técnica de evaluación, entre otras el incurrirá las sanciones por incumplimiento de las normas bioéticas y deontológicas presentadas por la ley (*Ley 1090 De 2006 - Gestor Normativo, n.d.*).

Ley 1098 del 2006 Código de Infancia y Adolescencia

Dentro de esta ley está decretada por el Código de infancia y adolescencia en el cual se conforma por Libro, Título y Capítulo, en cual garantiza los derechos y libertades de los NNA de convivir sanamente, crecer en un seno familiar y comunitaria, sin ser víctimas de violencia, entre otras, establece normas sustantivas y procesales para la protección integral de acuerdo a la constitución política, el estado, los derechos humanos y la familia como parte obligatorio de proteger su calidad de vida. Esta ley se desprende por el libro I en que se declara la protección integral, con el título I disposiciones generales y capítulo I principios y definiciones : en sus artículo 1 al 16, hablan de los sujetos titulares de derecho que se enfatiza de todos los menores de 18 años como herramienta primordial para la protección, ejerce el ámbito de la aplicación en que pertenece dentro y fuera del país, en la forma de la naturaleza en las norma de un orden público, un carácter irrenunciable, principios y reglas en su aplicación e interpretación, la protección integral, el interés superior de los NNA, la prevalencia de los derechos, la corresponsabilidad, la exigibilidad de los derechos, la perspectiva género, también los derechos de los NNA de los pueblos indígenas y demás grupos étnicos, la responsabilidad parental, el ejercicio de los derechos y responsabilidades y el deber de vigilancia del Estado, capítulo II garantiza la prevención de los derechos y libertades (artículo 17 hasta el 37) en el cual la vida, la calidad y un ambiente sano son parte de un derecho social en cada uno, el derecho integral de los NNA, tener un rehabilitado y un resocialización digno, derecho a la protección de estar bien

físicamente, emocionalmente, psicoafectivo, a no ser explotado económicamente, a no ser violentado, entre otras, derecho a la seguridad y libertad personal, a tener una familia y a no ser separado de ella, una custodia y cuidado personal, a tener alimentación sana, al igual de obtener una identidad propia, derecho al debido proceso, ser atendido a los servicios públicos como es la salud, derecho al acceso a la educación, al desarrollo integral en la primera infancia, a la recreación, participación en la vida cultural y en las artes, a la participación de los NNA, derecho de asociación y reunión, a tener intimidad e información y demás libertades fundamentales (*Ley 1098 de 2006.*, 2022, pp. 1-10).

En seguida está el Título II que da garantía de derechos y prevención y en su capítulo I denominado Obligaciones de la familia, la sociedad y el Estado que consta del artículo 38 al 49 describen las obligaciones de las familias, la comunidad y el Estado de una forma igualitaria y equivalente en todas las oportunidades y autonomía que resaltan los derechos, las obligación del estado, el cumplimiento de las funciones nacional, departamental, distrital y municipal que deberá asegurar, garantizar, promover e investigar y resolver los ejercicios de los derechos de los NNA, garantizar la ética fundamental de los establecimientos educativos en el pleno respeto a su dignidad, la vida como una integridad física y moral dentro de la convivencia escolar y acciones complementarias de cada uno de las instituciones privadas o públicas, una detección oportuna, el apoyo y la orientación en casos de malnutrición, maltrato, abandono, abuso sexual, violencia intrafamiliar, y explotación económica y laboral, las formas contemporáneas de servidumbre y esclavitud, también se incluye las peores formas de trabajo infantil etc., tiene un fin de proteger eficaz al NNA en los factores de riesgo. En el Capítulo II y Capítulo III se dan medidas y autoridades encargadas del restablecimiento de los derechos de los NNA que busca el seguimientos y verificaciones de: 1. El estado de salud física y psicológica. 2. Estado de

nutrición y vacunación. 3. La inscripción en el registro civil de nacimiento. 4. La ubicación de la familia de origen. En el Capítulo IV se caracteriza por el procedimiento administrativo y reglas especiales, quiere decir que el defensor o el comisario de familia o, en su caso, el inspector de policía tenga conocimiento de la inobservancia, vulneración o amenaza de alguno de los derechos que este Código reconoce a los niños, las niñas y los adolescentes, abrirá la respectiva investigación, siempre que sea de su competencia; en caso contrario avisará a la autoridad competente y por último Capítulo V en el procedimiento judicial y reglas especiales (*Ley 1098 de 2006.*, 2022, pp. 11-49).

A continuación, el Libro II hablan sobre el sistema de responsabilidad penal para adolescentes y procedimientos especiales para cuando los niños, las niñas o los adolescentes son víctimas de delitos, en su título I se establece un sistema de responsabilidad penal para adolescentes y otras disposiciones y por el capítulo I en sus principios rectores y definiciones del proceso, como lo establece Artículo 143. Niños y niñas menores de catorce (14) años incurra en la comisión de un delito sólo se le aplicarán medidas de verificación de la garantía de derechos, de su restablecimiento y deberán vincularse a procesos de educación y de protección dentro del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, los cuales observarán todas las garantías propias del debido proceso y el derecho de defensa, en otra parte, en los demás artículos declaran responsables las entidades como el defensor de familia, la policía judicial, son parte de un proceso basado del conocimiento de derechos y de infancia, cada uno tiene garantía de tener un proceso. En el Capítulo II (artículo 163-168) busca establecer que las autoridades y entidades del sistema de responsabilidad penal para adolescentes sean integradas, la creación y el funcionamiento, competencia, diferenciación de los juzgados penales, Capítulo III (artículo 169-176) dentro de la reparación del daño, se da la acción penal, desistimiento, oportunidad, la

conciliación y la reparación integral de los daños. Capítulo V Sanciones. El Título II establece el capítulo único procedimientos especiales cuando los niños, las niñas o los adolescentes son víctimas de delitos, se dan los criterios, las audiencias, facultades y funciones del defensor, entre otras como los beneficios y mecanismos sustitutivos y circunstancias de agravación punitiva (*LEY 1098 DE 2006.*, 2022, pp. 50-66).

Por último, el Libro III, promueve los principios, responsabilidades rectoras de las políticas públicas, una inspección, vigilancia y control en las autoridades competentes, funciones de la Procuraduría General de la Nación, General de la República, defensoría del pueblo y participación de la sociedad (*Ley 1098 de 2006.*, 2022, pp. 67-72).

Ley 2216 del 23 de Junio del 2022 Normativa Inclusión Educativa

Promueve la educación inclusiva efectiva y desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes y jóvenes con trastornos específicos de aprendizaje desde la primera infancia hasta la educación media en las instituciones públicas y privadas del país. Para la garantía efectiva del derecho a la educación de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes con trastornos específicos de aprendizaje, el Gobierno nacional adoptará las medidas necesarias para la implementación de la presente Ley. A partir de artículo 3 al 6, se establece que el Ministerio de Educación Nacional crea lineamientos, orientaciones acorde con las necesidades de sus educadores y de los aprendizajes de los estudiantes con trastornos específicos de aprendizaje, se debe impulsar estrategias donde se den la detección temprana de enfermedades buscando materiales didácticos para el mejoramiento cognitivos de los estudiantes con trastorno, este se involucra los actores que están presentes en la interacción del estudiante, instaura una categoría especial para los estudiante que presenten un trastorno no especificado en el aprendizaje en que se hace el registro de ellos, se realiza términos y procesos para los estudiantes diagnosticados en que garantice un

tratamiento prioritario, oportuna, y adecuado. Por otra parte, las instituciones deben adecuarse a la implementación de los ajustes suficientes y material metodológico, tecnología e infraestructura para minimizar las barreras para el aprendizaje y la participación efectiva de las niñas, niños y adolescentes y jóvenes en su proceso educativo respetando sus culturas (Colmenares, 2022, pp. 1-2).

Finalmente, del artículo 7 hasta el 12, promueve que el ministerio de educación de la integración de estrategias favoreciendo la educación inclusiva en los Proyectos Educativos Institucionales (PEI) en establecimientos públicos y privados en sus niveles académicos, cada institución y padres familia deberá dar un acompañamientos pedagógicos en las respectivas casas, con el fin de adecuar la continuidad y mejoramiento del aprendizaje en cada uno ellos y garantizando la efectividad de su proceso educativo. Por ende, ICBF será responsable de continuar la atención en educación inicial a niñas y niños de primera infancia con trastornos específicos del aprendizaje; bajo las directrices y orientaciones emitidas por el Ministerio de Educación Nacional como ente competente, por último, se da la autorización por parte de la gobierno a través del ministerio de educación con ICBF llevando a la reglamentación, vigencia y derogatorias haciendo cumplir lo estimulado a la presente ley (Colmenares, 2022, p. 3).

Metodología

El diseño de la investigación es de tipo bibliográfica que permite llevar a cabo un proceso de indagación en búsquedas confiable de las principales fuentes de datos como: Scielo, Google Académico, Dialnet, Redalyc, e-biblioteca-Unad; de selección sobre material científico y académico que esté relacionado con los factores de riesgo psicosocial en el TDAH. De acuerdo con las estrategias utilizadas en el proceso de búsqueda de información, es oportuno hacer énfasis en dos pasos tan necesarios como: la identificación de las fuentes de datos y la definición de las ecuaciones para la búsqueda. Seguidamente, los términos que se utilizaron para las búsquedas bibliográficas fueron: “bajo nivel socioeconómico”, “criminalidad del padre”, “factores ambientales en TDAH”, “disfunción de pareja severa”, “familias numerosas”, “trastorno mental de la madre” y “la institucionalización del niño con el TDAH” se hicieron varias combinaciones con varios términos uno de ellos fue: “Trastorno de déficit de atención e hiperactividad o TDAH, al momento de incluir información se seleccionó material publicado durante el año 2013 hasta el año 2023; se fueron incluyendo libros, revistas, artículos científicos, tesis de grado o tesis de posgrado, en esta documentación se tuvo en cuenta que el idioma español, se selecciona análisis con acceso libre, por lo tanto solo se buscó indagación de estudios sobre factores psicosociales en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la infancia.

Se realizó la búsqueda de 60 fuentes informativas que ayudaron a identificar, describir y comprender los riesgos psicosociales del TDAH dentro de las comunidades de Colombia, siendo un fenómeno que afecta en la etapa infantil, ocasionado conductas inadecuadas en las interacciones sociales, familiares y educativas, con base a estos conocimientos se realizó la construcción del documento (tabla 1).

Tabla 1*Resultados de Fuentes Bibliográficas*

Buscador	Resultado después del filtro	Temas relacionados
Google académico	49	Hábitos de estudio, factores neurobiológicos y ambientales, relación parento-filial, factores de riesgo psicosocial, concepto, evolución y etiología, prevalencia de TDAH, la atención en niños con desnutrición, Violencia filioparental psicosociales, características neurocognitivas niños con TDAH en contextos socioeconómicos, relación entre TDAH y nivel socio-económico, núcleo familiar y TDAH, psicopatología materna en el TDAH, familias funcionales y disfuncionales, consecuencias del consumo de cocaína en personas con (TDAH), neuropsicología del desarrollo infantil.
Dialnet	3	Factores de riesgo psicosocial del TDAH, clasificar en psiquiatría - DSM-V, estupefacientes y sustancias psicotrópicas.
Redalyc	2	Familias con factores de riesgo y problemas comportamentales en niños con, calidad de vida de la familia y TDAH.
Scielo	6	El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TDAH en niños escolarizados de 6 a 17 años, estudio de variantes de los genes en niños colombianos, Hábitos de estudio con TDAH, el TDAH en niños y adolescentes, caracterización neuropsicológica.

Fuente. Autoría propia

Conclusiones

Dando respuesta al objetivo general se puede describir que dentro del TDAH se conforma por factores de riesgos psicosociales que afecta bruscamente las interacciones sociales de las personas que son diagnosticadas y por ende a los cuidadores, por esta razón se puede destacar que los factores principales que más influyen son: el ambiental, lo biológico y el genético, dentro de cada uno de estos se desprenden otros factores que se relaciona como bajo nivel socioeconómico, la criminalidad de los padres, disfunción familiar, familias numerosas, el trastorno mental de los padres, desnutrición, complicaciones en el embarazo prenatal, perinatal y postnatal, el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés de los padres y la institucionalización del niño, produce el aumento de los síntomas de esta enfermedad o el padecimiento de otros tipos de trastorno.

De acuerdo, con las investigaciones se determina que dentro de una familia numerosa con TDAH hay un conjunto de interacciones que son negativas y positivas, dentro de ella se implementa la comunicación, los vínculos afectivos y la democratización. Son aspectos importantes para el desarrollo de las habilidades, el mejoramiento personal de los niños que padecen de TDAH. (Gómez & Ortiz, 2019, p. 37). La convivencia entre las familias debe estar constituida por varios principios que se forja a la existencia de un ambiente sano en su interior, se convierte en un apego significativo al cuidado y la protección referente al peligro, el sentimiento que expresa el niño en especial con su madre es algo que por naturaleza los seres humanos expresarnos para concluir en afecto.

Si lo contrario, las relaciones son negativa, genera un nivel elevado de estrés aumentando los síntomas graves en los niños con TDAH, al no ejercer reglas y normas adecuadas provoca que el rol se pierda, de igual manera para que una familia sea sólida, debe buscar por medio del

diálogo la construcción de diferentes puntos de vista con los integrantes de la familia, se crean nuevas perspectivas en cuanto a los derechos y deberes que se deben cumplir dentro de ella, por medio de la expresión se va creando nuevos vínculos afectivos, aceptación de nuevas responsabilidades para cada miembros.

Por otra parte, el estrés parental, la falta de apoyo en las implementaciones de estrategias para el afrontamiento, son causas que implica el aumento de problemas y el deterioro de expresiones emocionales, afectos, conductas inadecuadas como son las agresiones dentro de los parientes en la familia. Por este motivo, es un riesgo para el padecimiento de TDAH en los niños que son diagnosticados y no diagnosticados, pero padecen de la sintomatología, ya que entran en un colapso o en un círculo de negatividad en la familia.

De este modo, el factor genético se puede diagnosticar las enfermedades o los trastornos mentales por medio de la rama genealógica en los padres, en consecuencia, los antecedentes suelen tener un alto nivel de heredar en TDAH y otras alteraciones psicopatológicas en los hijos, esto genera que los síntomas sean más severos cómo es la hiperactividad, impulsividad inatención, hasta suelen ser combinado, afectando y teniendo varias dificultades en el desarrollo de la cognición entre todas sus interacciones.

Agregando a lo anterior, el factor ambiental constituye un riesgo para el desarrollo de los síntomas del TDAH debido que el cuidado de la madre, la edad temprana durante la gestación y consumo de sustancias psicoactivas, el tabaco y alcohol en el embarazo; produce el bajo peso del neonato al nacer por la falta de nutrientes como es Zinc y el hierro, impidiendo el desarrollo de habilidades de los individuos y el estrés perinatal, como la preocupación de salud mental que puede ocasionar por las malas decisiones. También es importante tener en cuenta el bajo nivel socioeconómico, por ende, se puede decir que los bajos ingresos de los hogares ocasionan

restricciones a consumir alimentos saludables que contengan vitaminas, calcio, fibras, entre otras; que fortalezcan las membranas cerebrales y su sistema inmune.

Se podría decir, que los factores de riesgos psicosociales que más afectan en el TDAH a los niños son los entorno social, familiar y educativo, se puede considerar factores de mal pronóstico en el TDAH, un contexto sociocultural y económico que se encuentra perjudicado, modelos educativos inapropiados y por último dificultades en la interacción de los padres con los hijos.

Se pueden seguir unas instrucciones o recomendaciones para mejorar la calidad de los niños con TDAH:

Agregando aspectos muy importante para la vida cotidiana de los niños es poder aprender en el ámbito académico, donde cada uno de ellos fortalece habilidades y aumenta su nivel de cognición, por medio de material dinámico entre otras, niños, niñas y adolescentes que tienen síntomas o son diagnosticados con TDAH resulta ser preocupante, pues se crea un vínculo negativo entre los padres y el niños ya que ellos quieren que sus hijos sean llenos de experiencias, riquezas y conocimiento en su mundo laboral, en otra parte busca el mejoramiento mental en diferentes patrones que se dan expresiones emocional y comportamental terminando en un sentimiento de presión en los infantes, fracaso escolar, absentismo, discusiones con sus profesores, madres y padres e ingresó en internados escolares, experiencia que les hace sentirse fracasados y rechazados por parte de sus padres (Sancho Acero, 2016, p. 280).

Según Gómez & Ortiz, (2019) refiere vínculos afectivos dentro de la familia que se determinan en acciones: frases verbales positivas, como mensajes que indican cariño, elogios y apoyo, expresiones faciales que indican alegría, tacto, que se pueden expresar por medio de un

abrazo y/o un beso, regalos alimentos (preparar o servir), agresión, se expresa por medio de un grito o insulto.

Por lo tanto, se recomienda la evaluación del sueño infantil, tratamiento de insomnio mediante técnicas de relajación y horarios más estrictos para dormir, estos hallazgos son encontrados en estudios realizados en Europa (C. Rivas et al., 2017).

En este orden de ideas, la búsqueda para conocer la importancia de las representaciones sociales de las madres con niños diagnosticados con TDAH, el Instituto de Neurología de Colombia, ha dedicado esfuerzos para ayudar a comprender cómo las madres tienen esa interpretación social a través de la creación de un grupo denominado Fundación Salud, a través del cual se imparten talleres y se constituyen grupos de apoyo destinados a personas de bajos 21 recursos, específicamente a los padres de familia de niños con TDAH (Fundación Propsico, 2020 citado Martín Franco, 2021 pp. 20-21).

El psicólogo como los profesionales que están implicados en el diagnóstico y tratamiento de dicho trastorno toma el tiempo necesario que se requiere para hacer un diagnóstico definitivo y a su vez sean cautelosos y responsables antes de “etiquetar” a un niño con un trastorno como el TDAH. Es importante hacer esta salvedad ya que hoy en día hay un gran número de niños que están mal diagnosticados con este trastorno e inclusive esos mismos niños están haciendo un tratamiento farmacológico para tratar dicho padecimiento (Albarito, 2017, p. 29).

De acuerdo, con las limitaciones, el tema sobre el TDAH y los métodos investigativos hallados en libros, revistas, artículos científicos, tesis de grado o tesis de posgrado, no se observó una profundidad de los factores de riesgo que inciden en los NNA.

Se puede determinar que las limitaciones que se encuentra en el trastorno fue gran dificultad dadas en los niños más pequeños pues como lo rigen la normatividad del DSM-5 se

puede diagnosticar a los niños entre 12 años en adelante, los síntomas relacionados con TDAH se suelen confundir con otras enfermedades.

Discusión

En el presente estudio sobre los factores de riesgo psicosocial en los niños y niñas con TDAH, se encontraron diferentes manifestaciones clínicas. Por lo cual se puede evidenciar que las causas más comunes son: la parte biológica, genética y ambiental, donde se involucra una prevalencia alta en el sexo masculino con un 70% y en el sexo femenino con un 30%. Los factores de riesgo psicosocial tienen una gran similitud, puesto que provoca un comportamiento negativo y una afectación en el futuro de los infantes, este depende de la gravedad de los síntomas que padecen, pero sin embargo, la cultura, la comunidad, el seno familiar e instituciones suelen ser ambientes diferentes, provocando un cambio total a los estilos de crianza o nuevas adaptaciones para sobrevivir el día a día en los entornos de convivencia social e individual, por estas razones se crean temores, mitos y traumas.

Por otra parte, las demás investigaciones han comprobado que las faltas de nutrientes, trastornos familiares, y hasta el desarrollo fetal durante el embarazo son posibles causas del aumento en síntomas relacionadas con el trastorno, afectando negativamente la calidad de vida tanto de los familiares como la persona que lo padece, quiere decir que el núcleo familiar esta propenso a sufrir cambios neuropsicológicos (Avelino, 2020). Pues este depende de los estatus económicos, o las enfermedades heredadas por los ancestros, entre otros; queriendo decir que se va produciendo un alto nivel de estrés, presión o preocupación, frente a la situación que se encuentran los NNA, ocasionando el aumento de síntomas en el trastorno, pues a medida que no se va controlando la persona con TDAH, va aumentando la gravedad de la enfermedad (Morillo & Guzmán, 2018).

Sin embargo, se puede definir que los factores psicosociales influyen de manera directa e indirecta, llevando una probabilidad de mayor riesgo; pues este determina alteraciones en los

comportamientos inadecuados como son: la inatención e hiperactividad entre otros síntomas, que les cuesta forjar una capacidad estable en las conexiones cerebrales de los niños provocado la pérdida o el deterioro de las funciones cognitivas para la aparición del TDAH (DuPaul, 2018).

Referencias Bibliográficas

- Acaro Mas, A. J., & Escate Gavilano, A. R. (2022). *Centro de Atención, diagnóstico y tratamiento de TDAH en niños de 5 a 12 años en el distrito de Pisco-Ica 2022*.
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/113638>
- Albarito, C. (2017). *La interacción de los factores neurobiológicos y ambientales en el tratamiento interdisciplinario del TDAH infantil*. Repositorio Institucional.
<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/491/1/doc.pdf>
- Avelino, V. G. D. J. (septiembre 2020). *Estilos de crianza empleados en niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*.
http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/112120/TESIS_RI_Viridiana.pdf?sequence=1
- Berenguer, C., Roselló, B., & Baixauli, I. (2019). *PERFILES DE FAMILIAS CON FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS COMPORTAMENTALES EN NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD* (Vol. 2).
<https://www.redalyc.org/journal/3498/349860126007/349860126007.pdf>
- Calleja, B., Párraga, J., Jacobo, A., López, S., Jiménez, A., & Fernández, A. (n.d.). *Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Hábitos de estudio*.
<http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v79n1s1/v79n1s1a12.pdf>
- Cano, A., Rivera, M., Alcaraz, D., & Arias, J. (2023). *Características neurocognitivas de dos niños con TDAH en contextos socioeconómicos y sociodemográficos diferentes. Un estudio de caso comparativo*.
http://repository.ucatolicaluisamigo.edu.co/bitstream/ucatolicaamigo/1872/2/Uclam%20ME-CD-T155.413_C227_2023.pdf

Castiblanco Hernández, L., Corra Quintero, A. R., López Zuluaga, M. P., & Usma Benavides, S.

C. (2020). *INVESTIGACIÓN APLICADA INFLUENCIA DEL NUCLEO FAMILIAR EN LA EVOLUCIÓN NEGATIVA DE LOS SINTOMAS DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)*.

<https://alejandria.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/1999/Proyecto%20inves.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Colmenares, D. (2022). *LEY 2216 DEL 23 DE JUNIO DE 2022*. Asocapitales.

<https://www.asocapitales.co/nueva/2022/07/01/ley-2216-del-23-de-junio-de-2022/>

C. Rivas, J., J.G. d. D., M. Benac, P., & J. Colomer, R. (2017, Septiembre). Análisis de los factores ligados al diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. *Neurología*, 32, 431-439. 10.1016/j.nrl.2016.01.006

Cruz, J. (2014). *Relación entre TDAH y nivel socio-económico*.

<https://educaciontdah.wordpress.com/2014/07/08/relacion-entre-tdah-y-nivel-socio-economico/>

De León Valladares, D. (2021). *La conducta en el alumnado con TDAH*. RIULL.

<http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/25147>

DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (2018). *Escala de evaluación TDAH-5 para niños y adolescentes* (El Manual Moderno ed.). Lic. Georgina Moreno Zarco.

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=KK1ZDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP7&dq=Escala+de+evaluaci%C3%B3n+TDAH-5+para+ni%C3%B1os+y++adolescentes&ots=Wi4cwiO8n5&sig=klFIHYyVPhZE08jYKYMjrTnCXD4>

Fernandez, S. M., Piñón Blanco, A., & Vázquez Justo, E. (2017). *Concepto, evolución y etiología del TDAH.*

<http://repositorio.uportu.pt/xmlui/bitstream/handle/11328/2091/Concepto%2C%20evoluci%C3%B3n%20y%20etiolog%C3%ADa%20del%20TDAH.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Fernández Daza, M. (2020). *LA ATENCIÓN EN NIÑOS CON DESNUTRICIÓN: UN ANÁLISIS DESDE EL ENFOQUE NEUROPSICOLÓGICO.*

<https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/27783a5a-acad-43c7-9907-4220621fce97/content>

Galicia Castillo, O. R. (2015). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.*

García Rivera, A. M. (2018). *Funciones ejecutivas en niños con y sin trastorno de la conducta y/o TDAH bajo de protección del Estado comparados con un grupos control.*

https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5713/digital_37424.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gómez Rivadeneira, A. (Enero-Junio 2015). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)* (Vol. 7).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/cie10-cie11.pdf>

Gómez Rodríguez, K. T., & Ortiz Castrillón, D. I. (2019). *Transformaciones en la relación parento-filial y constelación fraterna cuando hay niñas y niños diagnosticados con TDAH en algunas familias de la ciudad de Medellín y el Área Metropolitana.*

https://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/14298/3/GomezKelly_2019_TransformacionesRelacionParentoFilial.pdf

Guadalix, M. (2015). *El incremento del TDAH en la población infantil*.

<https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/3388/GUADALIX%20IGLESIAS%20MIRIAM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gutiérrez Prendas, J. M. (2015). *FACTORES ASOCIADOS PARA COMORBILIDAD ENTRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIONAL Y LOS TRASTORNOS INTERNALIZANTES*.

https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/8317/Guti%C3%A9rrez_Prendas_Jorge_Manuel_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hidalgo López, C., Gómez Álzate, A. M., García Valencia, J., & Palacio Ortiz, J. D. (2019).

Riesgo de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y otros trastornos psiquiátricos de los hermanos de pacientes con TDAH (Vol. .48 no.1).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.06.002>

Hidalgo Vicario, M. I., & Sánchez Santos, L. (2014). *Trastorno por déficit de atención e*

hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia

científica (Vol. 9). Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

() SEPEAP. [https://www.pediatriaintegral.es/wp-](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf#page=12)

[content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf#page=12](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf#page=12)

Iglesias Smañko, B. N. (2022). *El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)*

en la Niñez y Adolescencia, una Mirada Posible desde el Paradigma de la

Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE).

https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/36937/1/licenciatura_en_psicologia_tfg_beatriz_iglesias_smancko.pdf

- Jiménez Soto, A. (2019). *“Batería Informatizada para la Evaluación Neuropsicológica de las Afectaciones Relacionadas con el TDAH: BIENART.*
<https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/98224/Jim%C3%A9nez%20Soto%2c%20Anna%20bel%20Tesis%20acceso%20abierto.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Lagos Berríos, R. (Noviembre 2020, pp. 13-44). *Clasificar en psiquiatría y el DSM-V: algunas reflexiones con y más allá de Georges Canguilhem* (Vol. 11 N° 2).
10.5281/zenodo.4320769
- Ley 1090 de 2006 - Gestor Normativo. (n.d.). Función Pública.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>
- Ley 1098 DE 2006. (2022, November 8).
https://www.oas.org/dil/esp/codigo_de_la_infancia_y_la_adolescencia_colombia.pdf
- Ley 1616 de 2013. (n.d.). Ministerio de Salud y Protección Social. Retrieved August 4, 2023, from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Llanos Lizcano, L. J., García Ruiz, D. J., González Torres, H. J., & Puentes Roza, P. (2019). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años.* (Vol. 21(83), 101-108.).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300004
- Londoño Paredes, D. E. (2017). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una mirada socio-cultural. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 477-496.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000200477
- López Seco, F. (2016). *FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL DEL TDAH.*
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=114265>

- Martínez Franco, Y. A. (2021). *Representaciones Sociales de tres Madres con Niños Diagnosticados con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, en la ciudad de Bogotá*.
[http://repositorio.uan.edu.co/bitstream/123456789/5152/5/2021YulyAndreaMart%
c3%adnezFranco.pdf](http://repositorio.uan.edu.co/bitstream/123456789/5152/5/2021YulyAndreaMart%c3%adnezFranco.pdf)
- Medina Garrido, A. (Mayo 2020). *TDAH y las habilidades sociales en el alumnado de Educación Primaria. Revisión sistemática*.
<http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/9758/MEDINA%20GARRIDO,%20ALAN.pdf?sequence=1>
- Moreno Reales, J., Valencia Echeverry, J., Zapata Ospina, J. P., Martínez Zamora, M., Cardona Pineda, D. S., López Jaramillo, C., & Palacio Ortiz, J. D. (2022). *Impacto de la psicopatología materna en la gravedad del TDAH y el perfil psicopatológico de la descendencia*.
https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/29282/1/MorenoJhasnny_2022_PsicopatologiaMaternaTdah.pdf
- Morillo, Z., & Guzmán, D. S. (2018). *Prevalencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, pacientes de 6 a 12 años, Hospital Infantil Robert Reid Cabral, durante el periodo noviembre 2016- abril 2017*. <file:///C:/Users/PRUEBAS/Downloads/Dialnet-PrevalenciaDeTrastornoPorDeficitDeAtencionEHiperac-7139857.pdf>
- Muniz Álvarez, A. (2022). *Desafíos y posibilidades de la regulación del uso recreativo del cannabis en el marco del régimen internacional de fiscalización de estupefacientes y sustancias psicotrópicas*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=308578>

NACIONAL, R. D.-G. ((21 de Enero de 2013)). *Ley 1616 de 2013 - Salud Mental*.

<https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad-leyes/salud-publica/ley-1616-de-2013-salud-mental>

Navarro Calvillo, M. E. (2017). Capitulo 19: Neuropsicología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). In *Neuropsicología clínica hospitalaria* (p. 635).

Lic. Santiago Viveros Fuentes.

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/74101394/Neuropsicologia_clinica_hospitalaria_Vi1la_Navarro_Villasenor.pdf?1635889289=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DNeuropsicologia_clinica_hospitalaria_Vil.pdf&Expires=1688768087&Signature=ZIDZ18

Ocampo, M. (2013). *Caracterización neuropsicológica de la atención y la memoria de niños con desnutrición crónica de 5 a 10 años que asisten a consulta al programa Nutripaul del Hospital Universitario San Vicente de Paul en la Ciudad de Medellín (Tesis de maestría) Universid.*

<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=eb9f6ae7be64d14a11905d54bcaa8b16113d5b19>

Ochoa Castillo, J. J. (2018). *FAMILIAS FUNCIONALES Y DISFUNCIONALES EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.*

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/37854/1/CD13-%20OCHOA%20CASTILLO%2c%20JOFFRE%20JAVIER.pdf>

Ordóñez Iriarte, J. M. (2020). *Salud mental y salud ambiental. Una visión prospectiva. Informe SESPAS 2020.* <https://pdf.sciencedirectassets.com/277692/1-s2.0-S0213911120X00057/1-s2.0-S0213911120301308/main.pdf?X-Amz-Security->

[S0213911120X00057/1-s2.0-S0213911120301308/main.pdf?X-Amz-Security-](https://pdf.sciencedirectassets.com/277692/1-s2.0-S0213911120301308/main.pdf?X-Amz-Security-)

[Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEFkaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIQ3Btrp8XGVb%2BtYEZZIy7pm3UCAZyxOXAqZ6UqynjDbdglgCxQ6xvdN1Y0zBdBm47ShtDPHNhPBKTfkPG17YFZ9tvM](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-healthstrengthening-our-response)

Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2022). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-healthstrengthening-our-response>

Ortega Rojas, J., Arboleda Bustos, C. E., Morales, L., Benítez, B. A., Beltrán, D., Izquierdo, Á., Arboleda, H., & Vásquez, R. (2017). Estudio de variantes de los genes BDNF, COMT, DAT1 y SERT en niños colombianos con déficit de atención. *REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA*, 222-228. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v46n4/0034-7450-rcp-46-04-00222.pdf>

Quintero, J., & Castaño de la Mota, C. (2014). *Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)* (Vol. 9). Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria. <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf#page=12>

Quintero Gutiérrez, F., & García Campos, N. (2019). *Actualización en el manejo del TDAH*. https://www.aepap.org/sites/default/files/pags.29-36_actualizacion_en_el_manejo_del_tdah.pdf

Quintero Olivas, D. K., Romero Pérez, E. M., & Hernández Murúa, J. A. (2021). *Calidad de vida familiar y TDAH infantil. Perspectiva multidisciplinaria desde la educación física y el trabajo social* (Vol. 22). <https://doi.org/10.29035/rcaf.22.1.1>

Reguera García, D., & Ariz Cía, M. C. (2018). *El efecto y las consecuencias del consumo de cocaína en personas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y sus características*. NPunto.

<https://www.npunto.es/content/src/pdf/1549872038NPvolumen9-ilovepdf-compressed.pdf#page=60>

Reyes Gómez, C. (2022). *Conectados: Significados que construyen las familias de niños y niñas diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad sobre el apoyo social que provee una Red Social Virtual como Facebook.*

<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/82218/1032456060.2022.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Rosselli, M., Matute, E., & Ardila, A. (2010). *NEUROPSICOLOGÍA DEL DESARROLLO INFANTIL* (El Manual Moderno ed.).

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Jur6CAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=NEUROPSICOLOG%C3%8DA+DEL+DESARROLLO+INFANTIL&ots=ikpcuBbx4x&sig=g-DIUoXvX0CoI-BDrGddFXezU9o>

Rosselli M., M. E. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. www.manualmoderno.com

Rueda Torres, S. N. (2017, Enero). *Ausencia parental y trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños ambulatorios del Hospital Baca Ortiz en el año 2015.*

<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/10711>

Rusca-Jordán, F., & Cortez Vergara, C. (2020, jul-sep). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 83. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972020000300148&script=sci_arttext)

[85972020000300148&script=sci_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972020000300148&script=sci_arttext)

Sancho Acero, J. L. (2016). *Violencia filioparental: características psicosociales de adolescentes y progenitores en conflicto familiar severo.*

<https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/82990d69-230c-4bf6-9449-d62c93a8d0d9/content>

Sarabia Virón, A. (2017). *Caracterización cognitiva de hijos de pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar y casos controles con rasgos de TDAH.*

<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/12441/Sarabia%20Vir%F3n%20Ana.pdf?sequence=4>

Sunción Aching, J. M. (2020). *Desorden atencional asociado a trastorno de déficit de atención con hiperactividad - TDAH en la escuela.*

<https://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/63678/TRABAJO%20ACADEMICO%20-%20SUNCION%20ACHING.pdf?sequence=1>

Tomalá León, M. L. (2021). *Factores de riesgo psicosocial y salud mental del personal de salud en ámbito hospitalario.*

<https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/2895/1/MARILYN%20TOMALA%20LEON%20-%20TESIS.pdf>

Valarezo Bravo, O. F. (2022). *Principales Categorías Diagnósticas de la CIE-10 de los Trastornos mentales y del Comportamiento en Macará y Huaquillas correspondiente al periodo 2018-2020.* [https://www.researchgate.net/profile/Omayck-Valarezo-](https://www.researchgate.net/profile/Omayck-Valarezo-Bravo/publication/360260804)

[Principales Categorías Diagnósticas de la CIE-10 de los Trastornos mentales y del Comportamiento en Macara y Huaquillas correspondiente al periodo 2018-2020/links/626bf845dc01](https://www.researchgate.net/profile/Omayck-Valarezo-Bravo/publication/360260804)

Vázquez Sánchez, M. (2022, 03 09). TDAH en atención primaria: prevalencia y derivación a atención especializada. *REVISTA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL*, 39, 3-9.

10.31766/revipsij.v39Inla2

Vinaccia, S., Barrera, L., Sánchez, M., Zuluaga, M. A., Arjona, M., Franco, S., Bernal, S., & Guerrero, C. I. (2022). *Calidad de vida en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad: a partir del Kidscreen-52.*

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2774>

Young, S., . Fitzgerald, M., & Postma, M. J. (2013). *TDAH: hacer visible lo invisible.*

<https://consaludmental.org/publicaciones/LibroblancoTDAH.pdf>