UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO.

"TELEVISIÓN Y SU INFLUENCIA EN EL COMPORTAMIENTO PSICOLÓGICO EN NIñOS DE LA ESCUELA LAURO DAMERVAL AYORA DE LOJA PERIODO MAYO – JUNIO DEL 2014"

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE MÉDICO GENERAL.

AUTORA:

Katty Liliana Illescas Albán.

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Janeth Fidelina Remache Jaramillo. Esp. Ped.

LOJA-ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN.

Dra. Janeth Remache Jaramillo.

DOCENTE DEL AREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA Y DIRECTORA DE TESIS.

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación con el Tema: **"TELEVISIÓN Y SU INFLUENCIA EN EL COMPORTAMIENTO PSICOLÓGICO EN NIÑOS DE LA ESCUELA LAURO DAMERVAL AYORA LOJA-PERIODO MAYO- JUNIO DEL 2014".** Ha sido elaborada por la **Sta. Katty Liliana Illescas Albán**, estudiante de la Carrera de **Medicina Humana** el mismo que ha sido revisado y analizado con asesoramiento permanente por lo que se ha constatado que cumple con todos los requisitos de fondo, forma y requerimientos académicos estipulados por la Universidad Nacional de Loja y el Área de la Salud Humana, para la obtención del título de **Médico General**; de mi persona en calidad de tutor por lo cual se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es cuanto puedo informar.

Loja 13 de noviembre del 2015

Dra. Janeth Fidelina Remache Jaramillo

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA.

Yo Katty Liliana Illescas Albán, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja de sus representantes jurídicos de posibles reclamos a acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Tesis en el Repositorio Institucional- Biblioteca Virtual

Firma: .....

Autora: Katty Liliana Illescas Albán

Cédula: 1105142887

Dirección: Ciudadela del Maestro etapa II.

Correo Electrónico: kttyladivertida@gmail.com

Celular: 0980348929.

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Dra. Janeth Remache Jaramillo.

Tribunal de Grado:

- Dra. Ana Puertas Azanza.
- Dr. Patricio Aguirre Aguirre.
- Dr. Cristian Valdivieso Álvarez.

Loja 13 de Noviembre del 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN.

Yo, **KATTY LILIANA ILLESCAS ALBÁN**, declaro ser autora de la tesis titulada **"TELEVISIÓN Y SU INFLUENCIA EN EL COMPORTAMIENTO PSICOLÓGICO EN NIÑOS DE LA ESCUELA LAURO DAMERVAL AYORA DE LOJA-PERIODO MAYO-JUNIO DEL 2014,** como requisito para optar al grado de **MÉDICO GENERAL**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los Usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 13 días del mes de Noviembre del dos mil quince, firma el autor.

Firma: .....

Autora: Katty Liliana Illescas Albán

Cédula: 1105142887

Dirección: Ciudadela del Maestro etapa II.

Correo Electrónico: kttyladivertida@gmail.com

Celular: 0980348929.

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Dra Janeth Remache Jaramillo.

Tribunal de Grado:

- Dra. Ana Puertas Azanza.
- Dr. Patricio Aguirre Aguirre.
- Dr. Cristian Valdivieso Álvarez.

DEDICATORIA

Principalmente a JESÚS el único Dios, que ha sido mi guía y mi fortaleza para poder culminar confiadamente esta carrera profesional.

Segundo a mi Madre Judith Esperanza Albán Amaya que gracias a su arduo trabajo y el amor sin medida que me ha brindado fue posible culminar esta meta. A mi Papá Víctor Hugo Illescas Medina quien con su consejos y apoyo me dio firmeza para formarme como profesional y como ser humano, a mis hermanos Paulina Patricia, Alexandra Elizabeth, Diana del Pilar, Paul Alejandro, Jessica Pamela, quienes han sido para mí, más que un hermano, un amigo fiel, con quienes pude contar incondicionalmente en todos los momentos de esta travesía.

Tercero quiero también nombrar a mi mejor amiga Mariángel Berrú, quien aunque en la distancia ha estado con migo en los momentos más difíciles.

Todos ellos son mi motivo, mi felicidad y mi inspiración para cada día enfrentarme a nuevos retos y seguir adelante, en lo que Dios tenga preparado para mi vida.

Katty Liliana Illescas Albán

AGRADECIMIENTOS.

Mi reconocimiento de gratitud a Mi Señor Jesucristo, el cual me ha proporcionado las herramientas como son: el amor, guía, fortaleza, sabiduría, humildad, perseverancia y todo cuanto hizo falta para llevar a cabo este Gran Sueño.

A mis Padres y Hermanos gracias por los consejos, por las palabras de ánimo, por el amor, la confianza y los buenos valores que me han fundamentado.

Mi Gratitud a los Docentes de mi carrera Universitaria que han sabido instruirme impartiendo sus conocimientos, para mi formación como Médico General y sobre todo como Ser Humano.

También quiero agradecer a mi Directora de Tesis, por su paciencia, comprensión y a todas las personas que de alguna manera intervinieron para culminar mi Carrera Profesional.

Muchas Gracias.

Dios les Bendiga.

Katty Liliana Illescas Albán.

1. TÍTULO:

“TELEVISIÓN Y SU INFLUENCIA EN EL COMPORTAMIENTO PSICOLÓGICO EN NIÑOS DE LA ESCUELA LAURO DAMERVAL AYORA DE LOJA PERÍODO MAYO-JUNIO DEL 2014”

2. RESUMEN.

La presente investigación fue un estudio de tipo, cuantitativo, descriptivo de corte transversal, en la que el objetivo principal fue determinar la influencia de la Televisión en el Comportamiento Psicológico en niños de 5to a 7mo año de Básica de la Escuela Láuro Damerval Ayora de la ciudad de Loja periodo Mayo-Junio 2014, cuya muestra estuvo conformada por 102 niños y niñas de edades entre 9-11 años, quienes se les aplico una encuesta elaborada de acuerdo a los objetivos y un test para detectar el Trastorno del comportamiento de Hiperactividad y Déficit de Atención (CONNERS PARA PADRES). Los resultados demuestran que el 70. 58% tienen sospecha de Transtorno del comportamiento de Déficit de Atención e Hiperactividad. Además se evidencia que el 81.97 % de los escolares con sospecha de THDA, ven televisión 3 a 4 horas al día, el 68.08 % fueron expuestos a ver televisión a la edad de 2 a 4 años. Al realizar un estudio comparativo, en ambos grupos, (estudiantes con sospecha de TDAH, y sin sospecha de TDAH), se concluyó que las horas dedicadas a la televisión y la edad de inicio de exposición a la misma, constituyen factores agravantes para el Transtorno de comportamiento de Hiperactividad y Déficit de Atención (THDA) por lo que es necesario fomentar estrategias que contribuyan a mejorar esta problemática.

Palabras Clave: Comportamiento, Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención.

ABSTRACT.

This research study type quantitative, descriptive cross-sectional, in which the main objective was to determine the influence of television on the psychological behavior in children from 5th to 7th grade Basic School of Lauro Damerval Ayora Loja period May-June 2014, the sample consisted of 102 children aged 9-11 years who were given a survey conducted in accordance with the objectives and a test to detect the behavior Hyperactivity Disorder and Attention Deficit (Conners parents). The results show that 70. 58% had suspected behavioral Disorder Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Further evidence that 82.35% of students watch television 3-4 hours a day, 59.80% were exposed to watching television at the age of 2-4 years and the 77.45% of students watch television under adult supervision . For this reason it was concluded that the hours devoted to television and the age of first exposure to it, are aggravating factors for Disorder behavior Hyperactivity Attention Deficit (ADHD) so it is necessary to promote strategies that contribute to improve this problem.

Keywords: Behavior, Hyperactivity Disorder and Attention Deficit.

3. INTRODUCCIÓN.

La Televisión es un medio de comunicación que está en manos de la mayoría de los hogares sin existir distención de clases sociales, llegando a ricos y pobres, es considerado un fuerte medio de influencia sobre todo en los niños porque integra imágenes y voz. Sin embargo, por poseer esas características y por tener la facilidad de llegar a la mayoría de la población se ha convertido en problema de salud psicosocial que afecta a todas las edades especialmente a los niños en sus diferentes etapas de formación.

Lanna y Pina (2010), mencionan que según el Centro de Investigaciones Sociológicas "en un estudio realizado a 1.800 padres de familia se evidenció que el 30,2% de los niños empiezan a ver la televisión antes de los dos años; el 25,3% desde los dos años y el 24,4% desde los 3 y sólo el 20% de los niños empezó a ver la televisión después de los 4 años de edad" (pág. 3).

Investigaciones señalan que existe una gran relación entre el tiempo de Televisión y las variaciones en el comportamiento de los niños. Parkes (2013), señalan que "Ver televisión tres horas o más al día se asoció con un pequeño aumento en los problemas de conducta entre las edades de cinco y siete años" (párr. 2). Los resultados coinciden con otras investigaciones que asociaron la exposición a la televisión con "la conducta agresiva, la intimidación, y recientemente el aumento en la aparición del Transtorno de Déficit de Atención e Hiperactividad".

Hilda (2014) menciona que el Transtorno de Hiperactividad y Déficit de Atención (THDA) "es el trastorno neurobiológico más prevalente y afecta al 2-12% de la población pediátrica mundial, siendo mayor en varones que en mujeres en relación de 3:1, evoluciona desde la infancia hasta la edad adulta y tiene graves repercusiones en el niño" (pág. 1).

Al analizar esta problemática, mi trabajo de investigación se convirtió en un referente informativo para la toma de decisiones en el campo de la Pediatría,

Psiquiatría y Psicología que permite detectar a tiempo, y con ello disminuir este problema de salud psicosocial. Por ello esta investigación titulada: “La Televisión y su Influencia en el Comportamiento Psicológico de los niños en la Escuela Lauro Damerval Ayora Periodo Mayo a Junio del 2014”.

Se planteó el siguiente Objetivo General: Establecer la influencia de la Televisión en el comportamiento Psicológico en niños en la Escuela Lauro Damerval Ayora del año lectivo 2013-2014. Y objetivos específicos como: Establecer la prevalencia del Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención en los niños de 5to a 7mo de Básica en la Escuela Lauro Damerval Ayora del año lectivo 2013-2014; determinar la edad de inicio de exposición a la televisión en niños con sospecha de THDA de 5to a 7mo de Básica en la Escuela Lauro Damerval Ayora del año lectivo 2013-2014; determinar las horas dedicadas a ver televisión en los niños en niños con sospecha de THDA de 5to a 7mo de Básica en la Escuela Lauro Damerval Ayora del año lectivo 2013-2014; Realizar un estudio comparativo de los hábitos televisivos en niños con sospecha de THDA y aquellos sin sospecha de THDA del 5to a 7mo de Básica en la Escuela Lauro Damerval Ayora del año lectivo 2013-2014.

La metodología empleada es tipo cuantitativa descriptivo de corte transversal, el instrumento de recolección de datos que he aplicado consiste en un cuestionario previamente elaborado, con preguntas cerradas, dicotómicas, en el que incluye las variables específicas que se investiga y un Test screening de detección de los trastornos del comportamiento en los niños, enfocado en el problema de conducta con mayor incidencia a nivel mundial como lo es el Transtorno de Déficit de Atención e Hiperactividad TDAH (CONNERS PARA PADRES).

4. REVICIÓN DE LA LITERATURA.

5 LA TELEVISIÓN.

5.1 Concepto

La Real Academia Española (2014), refiere que la Televisión proviene del ingl. Televisión, de tele- 'tele-1' y visión 'visión'. Sistema de transmisión de imágenes a distancia, que en la emisora se transforman en ondas electromagnéticas y se recuperan en el aparato receptor

5.2 La Televisión en los Niños.

Se convierte en un medio de distracción, que le ayuda a reducir el estrés, muchas veces es impuesto, ya que es la única compañía o funciona como una especie de mama sustituta. En general, se puede decir que, durante el transcurso del año, los niños pasan más tiempo frente al televisor, que en otras actividades, como la escuela, el ejercicio, fortalecer el vínculo familiar etc.

Segovia (2010), señala que “los niños están hoy ante la televisión un promedio de 3 ó 4 horas diarias, lo que significa también un promedio de 28 horas semanales. Recuérdese que, según los planes de estudio vigentes, las horas de clase que recibe un alumno de primaria y secundaria a la semana, en la mayoría de los países, oscilan entre las 28 y las 31. (pág. 17)

Hill, D. (como se citó en American Academy of Pediatrics 2012), menciona que “el 40% de los niños ven algo de vídeo a los 5 meses, y a los 2 años el número aumenta a 90%; es la TV más que cualquier otro medio, la que proporciona una base común de información en las primeras fases de socialización del niño”(párr. 1).

La danza de las expresiones faciales, tono de voz y lenguaje del cuerpo entre un niño pequeño y los padres es un proceso de vital importancia para el niño. Cada vez que una parte de esta interacción, niño o padre, está viendo TV, el intercambio se detiene.

Lanna y Piña (citado por Erickson 2010), señala que es entre los 2 y 6 años cuando se perfilan los sentimientos preferenciales hacia la madre, padre, familiares y otras personas significativas; A través de este proceso el niño adquiere habilidades y formas de comportarse en la sociedad. Es a partir de los 4 a 5 años de edad, que se establecen los hábitos permanentes y las características emocionales, jugando un papel decisivo la imitación y la identificación (pág. 58).

5.3 Efectos Negativos de la TV en los niños.

Hill (2015) la buena evidencia sugiere que “la pantalla que ven antes de los 2 años tiene efectos negativos durables en el desarrollo del idioma, destrezas de la lectura y memoria a corto plazo del niño. También contribuye a problemas con el sueño y la atención.” (párr 5)

Christakis (como cito Dimitri 2011), encontró en un estudio realizado analizando la base de datos del National Longitudinal Survey of Youth que en promedio, “un niño que había visto dos horas de televisión al día antes de la edad de tres años tenía un 20% más de posibilidades de tener problemas de atención, en comparación a aquellos que no habían casi nada de televisión” (parr 2)

> Las imágenes transmitidas por la televisión se dirigen a los canales psico-fisiológicos del espectador y éstas tienen el poder de convertinos en lo que vemos. Esto, deja al espectador en condiciones mentales apropiadas con puntos luminosos que influencian al cerebro hipnotizándolo con su intermitencia. Ésta hipnosis suprime el pensamiento consciente y anula totalmente la imaginación creativa haciendo que el espectador sea incapaz de discernir entre ficción y realidad.
>
> Según un estudio del "Emery Report" los humanos nos habituamos a estímulos luminosos repetitivos; cuando se consolida esta habituación, el cerebro ya ha decidido que no ocurre nada interesante (al menos nada

> sobre lo que se puede hacer algo) y dejar virtualmente de procesar la información, dejando al televidente al nivel de conciencia de un sonámbulo. La actividad cerebral registra una disminución de ondas beta y un fuerte aumento de ondas alfa que éstas son asociadas normalmente con la inactividad, fijación, falta de decisión, negligencia, cuerpo inerte y ojos inmóviles.(Barreth y Gaibor, 2012, p. 32).

El exceso de tiempo frente a las pantallas, “al parecer, inhibe la producción de melatonina, la hormona que regula nuestro reloj biológico, afecta al sistema inmune y al inicio de la pubertad. Según el investigador y las estadísticas, esta puede ser una de las causas por las que la niñas alcanzan la pubertad antes que hace cincuenta años” (p,18).

6 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH).

6.1 HISTORIA

Quintero y Castaño (2014) dicen que el THDA nació al mismo tiempo que lo hacía la Pediatría, y dentro de este ámbito profesional, las primeras descripciones de trastornos de conducta en la infancia que evocan lo que hoy definimos con el TDAH, se remontan desde el siglo XIX (p. 1).

Luz (cita a Heinrich Hoffman 1846), fundador del primer hospital mental en Frankfur (Alemania), el cual realiza la primera descripción de los síntomas típicos del TDAH en la literatura que realizo. Las primeras descripciones científicas aparecen en la mitad del siglo XIX con Bourneville, en 1897, hablando de un niño inestable (párr. 2)

> Durante los años que siguieron a la I Guerra Mundial aumentó el interés por este trastorno ante los síntomas de hiperactividad e impulsividad que

presentaban los niños que habían sufrido la encefalitis letárgica. En 1934 Kahn y Cohen describieron la “impulsividad orgánica” en niños con manifiesta lesión cerebral; y en 1937 Bradley usó el Metilfenidato en niños con problemas conductuales secundarios a la encefalitis viral. En los años 40 y 50 los trabajos de Strauss hicieron aún más énfasis en la existencia de una lesión cerebral que explicaba la existencia de los síntomas. La insistencia en el origen orgánico del trastorno durante más de dos décadas provocó que durante los siguientes años se sobrevalorara la influencia de la lesión cerebral en la aparición del trastorno, dando lugar al síndrome llamado “disfunción cerebral mínima”, y generando una gran heterogeneidad en la definición y descripción del síndrome en diferentes países (Moraga, 2010, p. 3).

En los 90’, hubo avances en la neuroimagen y la genética del TDAH que apoyaban el origen biológico; se describió el TDAH en adultos y comenzaron los reportes en distintos países diferentes al habla anglosajona. Desde el DSM –IV (1994), el síndrome se llama “trastorno por déficit de atención e hiperactividad” (TDAH), y se distinguen tres tipos: combinado, inatento e hiperactivo – impulsivo.

6.2 CONCEPTO

Gonzáles (2015) define que “el TDAH, un trastorno de origen neurobiológico de inicio en la infancia, se caracteriza por un patrón continuo de inatención, hiperactividad e impulsividad “(p.12). Hilda (2014) recalca que “genera un elevado número de consultas médicas y es frecuente la falta de orientación del médico pediatra en relación a este trastorno; desde el punto de vista ambiental motiva una gran ansiedad familiar y preocupación escolar (p.4).

El TDAH es una patología que supone un déficit en el autocontrol o, lo que algunos profesionales llaman, funciones ejecutivas, esenciales para planificar, organizar y llevar a cabo conductas humanas complejas durante largos períodos de tiempo. Es decir, en los niños con TDAH la parte “ejecutiva” del

cerebro, que supuestamente organiza y controla la conducta ayudando al niño a planificar las acciones futuras y seguir con el plan establecido, funciona de manera poco eficaz (Barkley, 2011 p.165).

6.3 EPIDEMIOLOGÍA.

Hilda (2014) menciona que “el TDAH afecta al 2-12% de la población pediátrica mundial. Se acepta generalmente que en la práctica, la prevalencia de este trastorno es del 6% (3-10%) ”(p.6).

> Rabito y Carreras (citan al Instituto Nacional de Salud, 2010) en un estudio para ver que trastornos eran los más prevalentes en los niños, con una muestra de 3042 participantes de 8-15 años de edad el trastorno más prevalente fue el TDAH con un 8.6%. Se estima que un 80% de los niños con TDAH seguirán teniendo síntomas relacionados con el trastorno en la adolescencia y alrededor del 60% en la edad adulta (p. 165).

6.3.1 Prevalencia en Situaciones Especiales.

Fernández (2011) refiere que la prevalencia es 2-3 veces mayor en familias con padres separados. Del mismo modo, encontramos una frecuencia claramente mayor en niños adoptados. Aproximadamente el 15% de los niños con este trastorno son hijos adoptados según algunas series, esta circunstancia refleja posiblemente la intensificación sintomática en pacientes predispuestos debido a una situación ambiental desfavorable (p.17)

6.4 ETIOLOGÍA

Dado que se trata de un trastorno que surge en la infancia y evoluciona hasta la edad adulta las causas son aquellas que provocan su aparición en el niño, de lo cual se desprende que en el THDA existe una importante carga genética,

que depende de la afectación del sistema monoaminérgico y del circuito frontoestriatal.

6.4.1 Aspectos genéticos.

Morgara (2010) señala que “los cálculos basados en los estudios de gemelos hallan una heredabilidad global para el TDAH de un 80%. Además la frecuencia de hiperactividad en gemelos monocigóticos es 1,5 veces más elevada que en gemelos dicigóticos” (p.42).

Los familiares en primer grado de niños con TDAH tienen alto riesgo de tener TDAH, “los estudios con familias muestran un elevado riesgo de TDAH entre los familiares biológicos (10-35%) incrementándose a un riesgo de 55 % en al menos 1 padre en las familias con dos niños afectados; además, los padres con antecedentes de TDAH tienen un riesgo de más del 57% de tener descendencia con TDAH (Rivera, 2013, párr. 9).

> Los estudios señalan algunos genes implicados en el defecto podría situarse en el gen para el transportador de la dopamina (DAT1), el cual inactivaría al neurotransmisor posiblemente por la elevada afinidad por el mismo y una menor receptación de dopamina por la neurona presináptica, este gen es diana de los muchos fármacos utilizados para el tratamiento del TDHA Además a nivel del gen para el receptor de la dopamina (DRD4) en el cromosoma 11p15.5, que el cual aparece más en individuos con TDHA que en individuos sanos (Fernández, 2011, p. 18).

6.4.2 Aspectos neurológicos

Apoyándonos en la misma teoría dopaminérgica, habría que presuponer que cualquier alteración lesiva de las vías frontoestriatales puede justificar una situación clínica similar.

La alteración de base infecciosa, traumática o isquémicohemorrágica de las vías dopaminérgicas, especialmente de los lóbulos frontales, se han asociado históricamente al THDA. Igualmente, las lesiones pre o perinatales suelen lesionar selectivamente las neuronas de las vías frontoestriatales. Esta circunstancia puede justificar la presencia de hiperactividad y déficit de atención en pretérminos, sobre todo aquellas asociadas a hipoxia fetal y bajo peso al nacer. La presencia de dificultades escolares supera el 50% de los casos en niños con peso inferior a 1000gr. Estos hallazgos probablemente ponen de manifiesto la lesión selectiva de ganglios basales y lóbulos frontales, aunque otros factores como las complicaciones postnatales y los tratamientos empleados en estos niños pueden posteriormente contribuir a la sintomatología.

6.4.3 Factores Ambientales

6.4.3.1 Los Factores prenatales: se ha encontrado relación, entre la aparición del TDAH y el consumo de tabaco plomo, el alcohol o la cocaína durante el embarazo.

El síndrome de alcohol fetal asocia rasgos físicos peculiares, retraso mental o nivel cognitivo medio-bajo, y con mucha frecuencia, síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad. Esta relación clínica se ha observado también en madres fumadoras o con exposición al humo del tabaco durante la gestación. La relación entre el consumo de tabaco durante el embarazo y la mayor prevalencia de trastornos comportamentales o alteraciones del desarrollo cognitivo en el niño (Fernández, 2011, p. 32).

Numerosos estudios han relacionado la exposición pre o postnatal al plomo como una causa posible del THDA. Esta exposición puede preceder la sintomatología característica de este trastorno, así como otros déficit cognitivos. Dos estudios han puesto en evidencia la clara relación entre los niveles de plomo en sangre u otros tejidos con el cociente de inteligencia en estos niños o la puntuaciones obtenidas en las escalas comportamentales.

Igualmente, se ha propuesto la relación entre la prevalencia de “hiperactividad” y el área geográfica, dependiendo de la exposición a plomo en cada región topográfica.

Se han estudiado también factores psicosociales (nivel socioeconómico, trastorno mental o conductas delictivas de los padres), y factores relacionados con el funcionamiento familiar (conflicto familiar crónico, bajo apoyo familiar). Influirían como predisponentes inespecíficos para la patología infantil, en la gravedad de la expresión clínica, en el pronóstico, y también favoreciendo la aparición de ciertos trastornos asociados (Moraga, 2010,p. 22).

6.5 FISIOPATOLOGÍA

Una vez descritas las diferentes causas que se han relacionado con el THDA, revisaremos detalladamente cuales son los posibles mecanismos involucrados en su etiopatogenia.

6.5.1 Estudios neuropsicológicos

López y Lozano (cito a Willcut 2010) donde refiere que “los estudios neuropsicológicos y de neuroimagen funcional han demostrado que los niños y niñas con TDAH presentan una alteración cognitiva en distintos componentes de las funciones ejecutivas” (p.45).

Las funciones ejecutivas son habilidades cognitivas encubiertas y autodirigidas internamente al servicio de una meta. Anatómicamente, los estudios por neuroimagen las ubican en el lóbulo prefrontal. Dirigen nuestra conducta (autorregulación) y nuestra actividad cognitiva y emocional.

6.5.1.1. Atención. Muchos autores consideran que la atención y la memoria se encuentran ampliamente afectadas en el TDAH. La atención es una especie de filtro de la información y un mecanismo de alerta ante los datos importantes. Además, nos permite focalizar y mantener el esfuerzo mental en determinados estímulos (internos o ambientales), excluyendo otros distractores irrelevantes

en ese momento. Aunque han de realizarse más investigaciones al respecto, los últimos estudios de neuroimagen parecen concluir que la atención, la memoria de trabajo y la motivación son procesos interdependientes y que están relacionadas con la dopamina.

Según las investigaciones de Cientificos Argentinos y Brasileños (2010):

> La dopamina nos ayuda a evaluar el mundo exterior, confiriendo un valor a cada estímulo. Cuando vemos algo que queremos, aunque sea un vaso de agua, la visión del objeto desencadena una serie de emociones que nos motivan a actuar. Los impulsos dopaminérgicos nos ayudan a elegir los estímulos. La percepción de un estímulo que implica algún tipo de gratificación dispara una mayor liberación de dopamina, lo que hace que la corteza prefrontal preste atención. La dopamina nos señala a qué debemos prestar atención. Para las y los niños con TDAH, el mundo está lleno de estímulos interesantísimos -mucho más gratificantes que la explicación del profesor (p.2).

6.5.1.2. Atención Selectiva. Este tipo de atención es el filtro que evita la sobrecarga mental esta "selecciona" y deja que "sólo pase" la información que consideramos relevante, al tiempo que ignora lo que no es importante. En las personas con TDAH, esta alteración conlleva una dependencia del entorno, es decir, una atracción anormal por todo el medio circundante; su cerebro busca de manera incansable estímulos novedosos, estimulantes y gratificantes. En el caso de tratarse de estímulos internos, la distractibilidad está originada por un pensamiento autogenerado (evocación de "memorias" de la propia persona).

Como consecuencia de la selección inadecuada y de la alteración de la memoria de trabajo, el cerebro de las personas con TDAH es como un caleidoscopio de datos incompletos y, en muchos casos, irrelevantes, en el que la información entra y sale rápidamente, procedente de muchas fuentes a la vez.

6.5.1.3. Atención Sostenida. Alude a la capacidad para mantener el foco de atención en un estímulo el tiempo suficiente, resistiendo las distracciones y el incremento de la fatiga. Debido a esta incapacidad para sostener la atención, los y las estudiantes con TDAH cambian de actividad con frecuencia, sin lograr terminar ninguna.

En el TDAH, las dificultades surgen cuando:

- La actividad es prolongada, aburrida, repetitiva y exige un esfuerzo mental sostenido.
- Cuando el objetivo es a largo plazo, ya que las personas con TDAH están sujetos a los resultados y gratificación inmediatos pues, como se verá más tarde, no disponen de motivación intrínseca.
- Cuando el objetivo está por encima de sus posibilidades, por las dificultades que sufren.
- Pueden sostener la atención ante actividades novedosas, aunque, si se prolongan, también decae en el tiempo.

6.5.1.4. La Atención Dividida. La capacidad para cambiar el foco de atención de manera flexible, es decir, para atender a más de un estímulo a la vez o para pasar de uno a otro alternativamente. A los y las estudiantes con TDAH les resulta difícil, por ejemplo, coger apuntes y escuchar al profesor simultáneamente. De la misma manera, las y los afectados tienen problemas para adaptarse rápidamente a nuevas situaciones, como volver del recreo y sentarse tranquilamente para la nueva clase, por lo que necesitan un período de ajuste mayor que sus compañeros/as.

6.5.1.1 Memoria. El concepto de memoria hace referencia a la capacidad de retener, almacenar y evocar información.

6.5.1.1.1 Tipos de Memoria.

- La memoria sensorial: es decir, información a la que se ha prestado atención. Esta información sensorial permanece un tiempo muy efímero y, si no se procesa en la memoria de trabajo, se pierde.
- La memoria de trabajo: considerada una de las funciones ejecutivas según algunos autores. Las personas con TDAH tienen una pobre memoria de trabajo, con repercusiones que afectan a importantes aspectos de la vida diaria.
- La memoria a largo plazo: Se trata de un almacenamiento temporal, breve, de capacidad muy limitada y susceptible de interferencias -distracciones-. Retiene y manipula la información que es necesaria para finalizar una tarea en curso o para resolver problemas, cuando el estímulo que la originó ya no está presente (2011, p.3).

Científicos argentinos y brasileños (2010), demostraron:

> La dopamina es la responsable de la persistencia de la memoria en el tiempo o de su pérdida. Si la atención percibe un estímulo como relevante, la dopamina actúa sobre el hipocampo y los aprendizajes perduran por más tiempo. Es evidente que la motivación juega un papel fundamental en el aprendizaje y en la memoria y, como veremos más tarde, las personas con TDAH no siempre disponen de motivación intrínseca, con lo que no liberan la cantidad suficiente de dopamina y, por consiguiente, el recuerdo se diluye (p.2).

6.5.1.2 Motivación.

En cuanto a la motivación, existen dos tipos:

- Motivación intrínseca: cuando la persona realiza una actividad por el simple placer de realizarla, sin que nadie tenga que proporcionarle un incentivo externo. Las aficiones o la sensación de éxito o de placer por la tarea finalizada son un ejemplo.

- Motivación extrínseca: en este caso, el incentivo no es la acción en sí, sino lo que se recibe a cambio de la tarea realizada. Ejemplos serían cualquier premio material o un reconocimiento social (elogios).

Las personas con TDAH no siempre disponen de una motivación intrínseca. Es por ello, que muchos de los niños, niñas y adolescentes con TDAH se caracterizan por su actitud desmotivada y apática ante el estudio, en parte debida a la acumulación de fracasos y a que los resultados que obtienen nunca corresponden a la cantidad de trabajo y de esfuerzo que han invertido. No obstante, cuando los adultos observamos que sí son capaces de prestar atención a aquellas tareas que son de su interés, deducimos que "pueden, pero no quieren" y que su dificultad no debe residir en el déficit atencional o motivacional, sino en una actitud irresponsable e inmadura.

> Las últimas investigaciones realizadas por la Universitat Autónoma de Barcelona (UAB) y del Vall d'Hebron señalan que también hay una alteración de la motivación (en estrecha relación con la atención inconsistente y con la memoria, características del TDAH) y de la sensibilidad a las recompensas, causada por una deficiencia en la dopamina y una reducción de la región cerebral encargada del sistema motivación-recompensa (el núcleo Accumbens): Cuando la atención detecta "algo agradable", la dopamina hace que ese estímulo sea imposible de ignorar y las neuronas se activan más intensamente (una mayor cantidad de este neurotransmisor es equivalente a una mayor atención), descargando dopamina en el Núcleo Accumbens. Mantenemos la motivación a largo plazo liberando dopamina en pequeñas dosis. Niveles altos nos mantienen activos, motivados a realizar acciones o a prestar más atención a lo que nos rodea (Macpherson,2010, p.57).

6.5.2 Estudios Neuroquímicos

Quintero (2014), refiere que “existe una desregulación en los neurotransmisores, principalmente dopamina y noradrenalina, que explicarían los síntomas nucleares del TDAH. Los déficits cognitivos del trastorno podrían estar relacionados con una disfunción del circuito frontoestriatal, y las dificultades de pensamiento complejo y memoria con disfunción del córtex prefrontal, vías principalmente dopaminérgicas. Mientras que las dificultades de atención, motivación, interés y aprendizaje de nuevas habilidades estarían más relacionadas con alteración de la activación regulada por la Noradrenalina.

6.5.2.1 Hipótesis Dopaminérgica

La hipótesis dopaminérgica se apoya principalmente en los siguientes hallazgos:

1. La lesión experimental con MPTP en animales, que lesionan el núcleo caudado y el eje caudado-frontal, asocia la presencia de hipercinesia, déficit de atención y otros déficits corticales. La lesión de los sistemas dopaminérgicos en ratas ha revelado la presencia posterior de hiperactividad motora y déficit de aprendizaje que mejoran con psicoestimulantes.

2. El tratamiento más efectivo en el THDA sigue siendo el psicoestimulante, cuyos efectos dopaminérgicos han sido numerosas veces constatados. Del mismo modo, el bloqueo de los receptores de la dopamina anula los efectos terapéuticos de esta medicación.

3. Los estudios neurorradiológicos funcionales revelan alteraciones en las vías dopaminérgicas que se corrigen con el metilfenidato. Mediante PET, se ha demostrado el bloqueo directo del transportador de la dopamina con este tratamiento. La concentración de dopamina marcada es superior en el hemisferio cerebral derecho de niños con THDA que en niños sanos.

5. La lesión traumática o infecciosa de las vías dopaminérgicas asocia una sintomatología similar al THDA. Fernández (2010 refiere que, “algunos casos desarrollan con la edad la enfermedad del Parkinson” (p. 8).

6.5.2.2 Hipótesis Noradrenérgica.

Aunque las hipótesis noradrenérgica y serotoninérgica no tienen tantos parámetros de apoyo, algunas características pueden justificarse con la clínica u otras exploraciones.

1. Los psicoestimulantes activan también vías noradrenérgicas.

2. En niños con THDA se ha encontrado unos niveles más bajos de MHPG (metoxihidroxifenilglicol), un metabolito central de la noradrenalina, que en niños sanos. La administración de dextroanfetamina reduce aún más los niveles. Estos hallazgos sugieren la presencia de un trastorno del metabolismo centra de la noradrenalina.

3. Tratamientos como los antidepresivos tricíclicos o los inhibidores de la monoaminooxidasa, con efectos adrenérgicos constatados, han sido útiles en el tratamiento de pacientes con THDA. Sin embargo, este beneficio puede justificarse por su efecto sobre la serotonina, la mejoría en trastornos comórbidos...

6.5.2.3 Hipótesis Serotoninérgica.

Probablemente es la hipótesis con menor peso específico. De nuevo, el beneficio obtenido con algunos psicótropos que actúan en el metabolismo de la serotonina pueden justificarse por el beneficio en la comorbilidad del THDA.

6.5.2.4 Alteraciones del Sueño.

La menor duración del sueño y las alteraciones del mismo aparecen de una manera más precoz que algunos de los síntomas presentes en vigilia, siendo, además, anteriores a la edad habitual de su presencia y su diagnóstico clínico. Esta menor duración del sueño se ha Quintero (2014) lo ha relacionado con un “retraso en el inicio de la secreción nocturna de melatonina, sin retraso en el final de la secreción de la misma, por lo que su noche biológica es más corta y favorece el déficit crónico de sueño y la somnolencia diurna excesiva” (p.5)

Hablamos de déficit de sueño crónico cuando el niño duerme menos de sus necesidades de sueño de forma continuada o es sometido a largos periodos de vigilia de forma habitual. La consecuencia más inmediata es la aparición de un sueño de mala calidad, con falta de descanso acumulado y alteración de la macro y microestructura del sueño. El déficit crónico de sueno afecta, entre otras, a la función motora, la función cognitiva y, como no, al estado emocional tan determinante en el TDAH:

- Función cognitiva: se afectan especialmente el lenguaje y la memoria. Aparecen dificultades de concentración y atención, aumento de la somnolencia diurna, aparición de impulsividad e hiperactividad síntomas que podrían perfectamente observarse en niños diagnosticados de TDAH.
- Estado emocional: el déficit crónico de sueno favorece la aparición de: inestabilidad emocional, irritabilidad-impulsividad, inquietud, baja tolerancia a la frustración, trastornos de la conducta con apatia-oposicion, aumento de la agresividad. Sintomatología que podría confundirse con la presencia de formas comórbidas y trastornos de la esfera del humor.
- Función motora: aparece un deterioro del rendimiento deportivo, un cansancio excesivo, llevando asociados una disminución de los reflejos, lo que incrementa la probabilidad de presentar (2014).

6.6 CLASIFICACIÓN.

El DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta edición, texto revisado) de la Asociación Americana de Psiquiatría (2001) clasifica el TDAH en tres tipos:

6.6.1 TDAH, tipo combinado: Se encuentran presentes los tres síntomas principales (inatención, hiperactividad e impulsividad).

6.6.2 TDAH, tipo con predominio del déficit de atención: Cuando el síntoma principal es la inatención.

6.6.3 TDAH, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: La conducta que predomina es la de hiperactividad e impulsividad (Aldá y Boix, 2010, p. 69).

6.7 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Los datos o conductas que se toman en consideración para valorar un TDAH son dimensionales, distribuyéndose en un continuo que va desde la normalidad hasta la patología. Los síntomas nucleares son: la inatención, la hiperactividad y la impulsividad.

6.7.1 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. No presta atención a los detalles: a los signos de operaciones matemáticas, enunciados de ejercicios y la ortografía. Comete errores por descuido o despiste: se pone la ropa del revés, se equivoca en tareas que sabe hacer, tiene un rendimiento inferior a su capacidad y no aprende de los errores. Presenta dificultades para completar actividades: deja las tareas a medias. Presenta dificultades para organizarse y planificarse: comienza los problemas por la mitad, deja las cosas para el final y no le da tiempo. Evita tareas que requieren esfuerzo mental: deberes, crucigramas, puzles. Pierde cosas: material escolar, ropa, juguetes. Se distrae con facilidad o por estímulos externos: oye un ruido y va a ver qué pasa, en

clase piensa en lo que ve por la ventana o en el recreo. Se olvida de encargos o actividades: olvida para que fue a la habitación, apuntar los deberes, entregar los trabajos en clase. Parece que no escucha cuando se le habla directamente y hay que repetirle las cosas muchas veces. La intención es más aparente hacia los 9 años.

6.7.2 Hiperactividad

El niño se caracteriza por:

> 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 restaurante. 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 trasmitir. Con frecuencia los padres refieren que el niño actúa como si estuviera “activado por un motor” (Hidalgo, 2014, p. 4).

6.7.3 Impulsividad

Se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas y para esperar el turno, interrumpiendo con frecuencia a los demás. A menudo los niños dan respuestas precipitadas antes de que se hayan completado las preguntas, dejándose llevar por la respuesta prepotente (espontánea y

dominante). En la edad escolar, interrumpen constantemente a los otros y tienen dificultades para esperar su turno.

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 (Morgara, 2009, p. 54).

6.8 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del TDAH es exclusivamente clínico, Aldá y Boix (2010) mencionan que “mediante la información obtenida de los niños, sus padres y educadores, y debe estar sustentado en la presencia de los síntomas característicos del trastorno, con una clara repercusión a nivel familiar, académico y/o social, tras haber excluido otros problemas que puedan justificar la sintomatología observada” (p.29).

6.8.1 Pruebas en el Diagnóstico y Seguimiento.

6.8.1.1 Aportaciones del EEG en el THDA

En niños afectos de THDA se describe de forma unánime la existencia de anomalías EEG, de las cuales las más comúnmente encontradas son un enlentecimiento difuso o intermitente, de la actividad eléctrica cerebral fuera de los límites de la normalidad para la edad cronológica en 30-60 % de los casos. Otras anomalías descritas son las ondas lentas posteriores y en un menor grado las actividades epileptiformes.

6.8.1.2 EEG Cuantificado y Cartografía Cerebral (MAPPING).

El principal propósito del EEG computarizado es apoyar las pruebas electroencefalográficas con datos objetivos en forma numérica o gráfica. Los mapas de actividad bioeléctrica cerebral se basan en el análisis de la actividad de base electroencefalográfica en cada una de las áreas cerebrales,

cuantificando la energía que corresponde a las diferentes bandas de las frecuencias de la señal EEG y aportando, por último, su representación gráfica en forma de mapas.

La cuantificación del electroencefalograma a través de su análisis espectral permite obtener nueva información acerca de la electrogénesis cerebral en niños con THDA. Así se han encontrado tanto en situación de reposo como durante un test visual (consistente en reconocer y tachar una cara diferente de otra en series de tres) una mayor amplitud relativa delta en el grupo con TDHA en los electrodos F7, F8, Fp1, Fp2, F3, F4 y C3. En el EEG del test visual, las diferencias se encuentran en la banda alfa, también en las zonas frontales: F7, Fp1, Fp2 y F4; los niños normales son los que obtienen mayores valores.

> En el grupo de niños sanos en situación de reposo y con los ojos cerrados, la frecuencia beta es la predominante en áreas frontales y temporales, mientras que en los pacientes hiperkinéticos la frecuencia predominante es la delta, en la mayor parte de las posiciones frontales (F8, Fp1, Fp2, F3 y F4) y la alfa es la predominante en las localizaciones central y posterior. Durante el test visual se encuentra un predominio de la frecuencia beta en la superficie cortical de los niños sanos. El grupo con THDA muestra frecuencia dominante delta en los electrodos parietales derechos (Fernández , 2011, p 178)

En algunos niños con THDA los síntomas se provocan por ciertas comidas, tales como azúcar de remolacha, colorantes, trigo, leche de vaca, plátano, huevos, cítricos, cacao, vaca, cerdo y nueces, y parece que esta provocación puede acompañarse de cambios en la actividad eléctrica local detectables por cartografía cerebral (cambios significativos en la frecuencia beta 1 en los canales frontotemporales).

Estos cambios en la actividad eléctrica provocados por el consumo de ciertos alimentos pueden resultar de una interacción alterada del SNC con el Sistema Gastrointestinal, ambos sistemas comparten neurotransmisores y receptores y constituyen un circuito integrado.

6.8.1.3 Potenciales Evocados de Corta Latencia.

En niños afectos de THDA se han encontrado alteraciones en los PEAT que consisten en incrementos significativos en las latencias de las ondas III y V; asimismo los tiempos de transmisión de tallo mostraron incrementos de las ondas I a la III en niñas y de la I a la Ven niños, en comparación con niños normales. Estos hallazgos sugieren la existencia de una conducción asimétrica de los estímulos en el tallo que puede repercutir en el curso del trastorno.

6.8.1.4 Potenciales Cognitivos de Larga Latencia.

En niños con THDA se han descrito anomalías en la amplitud, alargamiento de latencia de la P300 o ambas, probablemente por un retraso de la maduración en estos niños de los procesos de expectación, atención selectiva y elaboración sensorial de los estímulos auditivos que mejorarían con la medicación (Metilfenidato). La administración aguda de MF produce cambios en la P300 que mejoran su latencia, amplitud y distribución topográfica. Se ha visto que niños que no responden al tratamiento, tampoco mostraron cambios en los parámetros de la P300. Así los potenciales evocados cognitivos pueden tener una gran utilidad clínica en la predicción de la respuesta a psicoestimulantes, especialmente al MF, pudiendo utilizarse como test predictivo previo a la introducción a largo plazo de medicación.

6.8.1.5 Datos con RMNf.

Disminución de la actividad fronto-estriada, los estudios con metilfenidato muestran una mejoría en la funcionalidad:

> Incremento de la actividad metabólica fronto-estriada; Correlación entre la mejoría en las respuestas del paciente y la actividad metabólica. En un estudio reciente, llevado a cabo con 23 niños con TDAH y 24 controles, utilizando Resonancia Magnética funcional (RMN f) los autores concluyen “Nuestros datos apuntan al córtex prefrontal superior derecho como la parte que más contribuye a las anomalías observadas. Este área de anormalidad en TDAH está relacionado con el

funcionamiento de la atención". Los lóbulos frontales, mediante mediadores adrenérgicos, ejercen una influencia inhibitoria en las estructuras estriatales inferiores, mediada por dopamina. El córtex orbito-frontal parece estar implicado en las conductas impulsivas y agresivas. Mediante PET se ha observado diferencias en la utilización de la glucosa y el flujo cerebral de los lóbulos frontales entre los niños hiperactivos y los normales. Además, con la administración de metilfenidato se observa un aumento del flujo sanguíneo en el mesencéfalo y los ganglios basales, con disminución en las áreas motoras corticales, que podría explicar el efecto terapéutico del metilfenidato (Cabases y San, 2010, pp. 9-10).

6.9 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

En primer lugar hay que descartar que el comportamiento hiperactivo del niño sea el correspondiente al propio de la edad de un niño activo. Los niños con retraso mental, sobre todo si están escolarizados en un colegio normal pueden presentarsíntomas de desatención, que sólo deben recibir el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad si son claramente excesivos para la edad mental del niño.

En el caso opuesto, los niños con una capacidad intelectual elevada pueden manifestar síntomas de déficit de atención en ambientes poco estimulantes. Cuando coexiste un trastorno generalizado del desarrollo, éste tiene preferencia para el diagnóstico. La CIE-10 sitúa el principal diagnóstico diferencial con el trastorno disocial, aunque cuando existen rasgos de trastorno hipercinético y disocial, permite hacer el diagnóstico de trastorno hipercinético disocial. La hiperactividad y falta de atención pueden ser síntomas de un trastorno de ansiedad grave o de un trastorno depresivo agitado, que tienen prioridad para ser codificados como diagnóstico principal. También es importante considerar la posible existencia de un episodio maníaco, que cursa con sintomatología similar

al TDAH, y, aunque muy infrecuente en la infancia, puede presentarse (Cabases y San, 2010, p.16).

Cuando el inicio es agudo suele ser secundario a otro trastorno (psicógeno u orgánico), un estado maníaco, una esquizofrenia o un trastorno neurológico, como la fiebre reumática. La disfunción cerebral mínima se ha descrito en niños con dificultades motrices (desde la torpeza hasta las dispraxias), que incluyen la hipercinesia, dificultades de concentración y de fijación ante una tarea, dificultades cognitivas (anomalías en nociones temporoespaciales, dificultades en retener las secuencias rítmicas y perturbaciones en el test de Bender), dificultades escolares (dislexia o déficits específicos o globales del aprendizaje), dificultades de control pulsional (deficiente control de esfínteres e impulsividad), dificultades de relación (facilidad para la cólera y dificultad para aceptar consejos), dificultades afectivas- (labilidad afectiva, reactividad ante las frustraciones, agresividad y disforia), dificultades familiares, síntomas neurológicos discretos ("soft"): deficiente coordinación de la motricidad fina, movimientos coreiformes, zurdería, lenguaje mediocre y estigmas físicos: anomalía del epicantus o de las orejas, bóveda palatina acentuada, estrabismo, tercer dedo del pie largo y aplanado, cráneo pequeño o en exceso puntiagudo. Se ha sugerido la hipótesis de que este cuadro se deba a una disfunción fisiológica que afectaría al metabolismo monoaminérgico.

6.10 TRATAMIENTO.

El tratamiento es multifactorial se requiere evaluación por el Pediatra, Psiquiatra, Neurólogo, Psicólogo y consta de tres áreas principales: Psicoeducación y manejo conductual, Apoyo académico, Tratamiento farmacológico.

La acción terapéutica puede orientarse hacia una reorganización educativa, y siempre debe contemplar la psicoeducación con los padres, la familia y los profesores y ámbito escolar: consejos educativos a los padres y a la escuela, práctica de un deporte o centro recreativo; hacia un intento de catexis libidinal

positiva del conjunto corporal estático (relajación) o- dinámico: juegos psicomotores, danza rítmica o hacia la búsqueda de solución de los- conflictos psicoafectivos: psicoterapia.

El tratamiento farmacológico con psicoestimulantes (anfetaminas) ha sido utilizado en niños hiperactivos y con disfunción cerebral mínima, encontrándose tasas de mejoría entre los dos tercios y los cuatro quintos. La *dextroanfetamina y el metilfenidato* aumentan la neurotransmisión dopaminérgica y noradrenérgica incrementando la liberación de dopamina, bloqueando la recaptación presináptica e inhibiendo la actividad de la monoamino oxidasa. La dextroanfetamina también incrementa la transmisión de serotonina y el metilfenidato tiene una actividad postsináptica agonista directa. La pemolina afecta la transmisión dopaminérgica, con escasos efectos simpaticomiméticos.

El estimulante más usado es el metilfenidato, fundamentalmente por tener menos efectos adversos sobre el crecimiento que las otras dos moléculas estimulantes usadas también (dextroanfetamina y pemolina). La pemolina, el más moderno de los tres, se diferencia de ellos en que tiene una acción terapéutica retardada 3 semanas; cuando se produce la respuesta terapéutica, el efecto de una dosis es más largo (5-6 horas frente a las 3-4 horas de los otros). La dosis media de pemolina es entre 37.5 y 112.5 mg/día. El efecto secundario más importante es la disfunción hepática, que puede no revertir tras la discontinuación del tratamiento, por lo que se requiere el control analítico.

El metilfenidato mejora la capacidad de atención y la hiperactividad sin objetivo, así como la motivación, la capacidad de aprendizaje y el control inhibitorio. En la práctica clínica, el 70% de los niños hiperactivos mejoran con psicoestimulantes. En dosis superiores a 0,6 mg/kg., mejora, así mismo, las respuestas sociales, aunque siguen siendo percibidos por sus iguales como hiperactivos. La interacción con la madre suele mejorar, siendo capaz esta de proporcionar más comentarios positivos a la conducta del niño. La respuesta individual es muy variable. La dosis óptima para mejorar el comportamiento social (1mg/kg) puede deteriorar el aprendizaje. El efecto suele estar entre 0,1-0,6mg/kg, aunque algunos niños precisan dosis superiores a 1 mg/kg. Dosis

superiores a ésta no se recomiendan por la aparición de efectos secundarios y porque no suelen ser necesarias. En general se da en dos dosis: desayuno y comida, siendo la del desayuno doble que la de la comida, para evitar el insomnio.

Fuentes (2011) “Hay fuerte evidencia científica de que el metilfenidato en dosis altas (≥ 0,8 mg/kg/día) reduce de modo significativo las puntuaciones de los padres en la sintomatología del TDAH” (p.82.).

Los efectos secundarios más frecuentes son la pérdida de apetito y la dificultad para conciliar el sueño y, en algunos casos, cefalea o gastralgia. Uno de los efectos de los estimulantes es el retardo del crecimiento, las dosis bajas tienen menos efecto sobre el crecimiento, aunque en general, incluso a dosis altas, durante un periodo prolongado de tiempo y sin vacaciones, los efectos finales son pequeños.

Tienen, también efectos cardiovasculares: aumento de la tasa cardíaca y de la presión sistólica, pero no son clínicamente significativos. Se discute si pueden exacerbar los síntomas de un trastorno de Gilles de la Tourette o precipitarlo en niños predispuestos genéticamente, por lo que se recomienda evitar su uso en estos casos. En otros estudios, sin embargo, en niños con ambas patologías, se han utilizado estimulantes observándose una reducción de los tics a dosis de 15mg dos veces al día, por lo que la prescripción debe ser individualizada. En raras ocasiones pueden aparecer síntomas psicóticos, más frecuentemente en forma de alucinaciones táctiles que de delirios, que ceden cuando se retira el estimulante.

No se ha observado correlación clínica entre el efecto terapéutico y los niveles sanguíneos de metilfenidato. La decisión de pautar un tratamiento con estimulantes debe ser individualizada, en función de las alteraciones académicas y/o familiares y el grado de incapacidad que producen en el niño, así como de la respuesta a tales moléculas. Generalmente no son precisas en preescolares, en los que el consejo a los profesores y a los padres puede ser suficiente si el trastorno no es muy severo.

6.10.1 Alternativas farmacológicas en TDAH.

En los últimos años, la investigación farmacológica ha permitido el desarrollo de fármacos que, manteniendo altos niveles de eficacia y seguridad, evitan los problemas que planteaba el Metilfenidato de liberación inmediata (Taquifilaxia aguda, discontinuidad en el efecto, incomodidad al tener que tomar medicación en el colegio, ausencia de efecto por la tarde, incumplimentos etc). Entre estos fármacos están: Metilfenidato de acción retardada por sistema O.R.O.S. (concerta), antidepresivos (Bupropion, Atomoxetina), otros Noradrenérgicos (Clonidina), Agonistas nicotínicos de la ACH (Donepezilo).

6.10.1.1 Antidepresivos en TDAH.

Indicados por su acción noradrenérgica y serotoninérgica. Constituyen la alternativa al tratamiento con psicoestimulantes y el tratamiento de elección si fracasan. AD tricíclicos: comunicada eficacia con Amitriptilina, Imipramina, Desipramina, Clorimipramina y Nortriptilina. En los estudios abiertos se obtuvieron tasas de respuesta entre 60 y 90% pero en los estudios controlados las respuestas han sido de entre el 48 y 68 %. Ventajas de los AD: Larga vida media que permite flexibilizar las tomas,disminuir su número y minimizar el riesgo de abuso y dependencia. Efectos beneficiosos en la ansiedad y depresión frecuentemente comórbidas. En los últimos años se han sumado nuevos estudios con antidepresivos en TDAH: ISRS : Fluoxetina Inhibidores de la recaptación de Serotonina y Noradrenalina: Venlafaxina Agonistas dopaminérgicos y noradrenérgicos : Bupropion Inhibidores selectivos de la recaptación de Noradrenalina : Atomoxetina Bupropion AD con efecto agonista indirecto dopaminérgico y noradrenérgico.

Potencialmente eficaz en tratamiento del TDAH. Recientemente comercializado en España, pero sólo como fármaco para el tratamiento del tabaquismo (imposible su prescripción en población infantil). El estudio de Conners en al (1996) es el más riguroso y más amplio con este fármaco, obteniéndose una mejoría significativa del grupo de pacientes, detectada desde el tercer día de

tratamiento (CPRS y CTRS) y mejorías con tendencia a la significación en otros instrumentos de medida (CPT etc).

Sin embargo, la ICG no reveló resultados significativos. Los autores concluyen que los resultados obtenidos son menores que los que aportan los estudios con psicoestimulantes. Atomoxetina (STRATTERA)

Es un AD inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina. Inhibición del transportador noradrenérgico presináptico. Escasa afinidad por sistemas muscarínico, colinérgico, histaminérgico, serotoninérgico y á1 y 2 adrenérgico. Vida media en plasma de 4 a 19 horas. Metabolización mediante el citocromo P450 2D6. Un metabolito activo (4-hidroxiatomoxetina). No comercializado todavía, si bien ya está comercializado en EEUU.

Probablemente sea el fármaco que mejores perspectivas ofrece en cuanto a eficacia, seguridad y ventajas sobre el Metilfenidato por su vida media más larga que permite la prescripción en dos tomas (mañana y noche), sin discontinuidad terapéutica y por la ausencia de efectos secundarios reseñables, sobre todo hiporexia e insomnio.

Hay ya muchas investigaciones y ensayos con distinta metodología que avalan la eficacia y seguridad de este fármaco, de los que merecen mencionarse dos:

 Michelson et al.(2001): Estudio multicéntrico, con muestra de 297 niños entre 8 y 18 años, randomizado, de 8 semanas, doble ciego versus placebo (N=84), con dosis variables de atomoxetina (0.5,1.2 y 1.8 mg/Kg/dia).

Evaluación mediante ICG, CHQ, ADHD-RS-IV y CPRS-RS. Se obtuvieron cambios significativos en distintos items de las escalas de medida (ADHD-RSIV y CPRS-RS) , con las tres pautas de dosis, excepto en la inatención con dosis de 0.5 mg/Kg/día. Efectos adversos en más del 5% de los sujetos.

 Kratochvil et al., 2001 : Estudio multicéntrico, abierto, de 10 semanas, randomizado, con muestra de 228 niños de 7 a 15 años, comparativo de Metilfenidato (N=44) y Atomoxetina (N=184). Evaluación mediante la ADHD-RS-IV y CPRS-RS. Dosis flexibles en función de respuesta y efectos secundarios. No siendo ninguna de las diferencias significativas, se obtuvieron

resultados algo mejores con Metilfenidato en las puntuaciones de la ADHD-RSIV y favorables a atomoxetina en la ICG y CPRS-RS.La tasa de finalizaciones/abandonos fue simillar y la de efectos adversos inferior en los pacientes que recibieron atomoxetina Metilfenidato de liberación gradual (CONCERTA)

El fármaco activo (Metilfenidato) recubre y se encuentra en el interior de la cápsula, cuya estructura permite su liberación gradual y paulatina a lo largo de unas 10 horas después de su toma única matutina. Esto evita los inconvenientes que se mencionaban acerca del Metilfenidato clásico, manteniéndose unas concentraciones plásmáticas uniformes durante todo el día , con control de los síntomas hasta la noche .Así, la farmacocinética resulta idónea, mejorándose el cumplimiento terapéutico El Metilfenidato O.R.O.S.

6.10.2 Tratamientos no farmacológicos.

La terapia conductual no ha demostrado su eficacia, al depender de controladores externos, al igual que la medicación, por lo que no proporciona tareas de autorregulación de atención, motora y sociales apropiadas y sus efectos tienen una vida media corta.

El entrenamiento cognitivo se basa en la enseñanza al niño hiperactivo de estrategias más eficaces de autocontrol y resolución de problemas. No se ha demostrado aún su eficacia en estudios a largo plazo. El entrenamiento en habilidades sociales generalmente se focaliza en el aprendizaje de respuestas adecuadas a las reglas de conducta, la auto-percepción adecuada y la práctica en distintas áreas, como el trabajo en equipo, la cooperación, el manejo de la crítica y la sensibilización ante las necesidades de los otros. Normalmente se utilizan refuerzos positivos en forma de autoevaluaciones positivas.

En cuanto a la reeducación se deben explorar las dificultades específicas del aprendizaje, enseñar organización y un estilo menos impulsivo e ineficaz de resolución de problemas. Estas técnicas son más eficaces en pequeños grupos de niños.

El entrenamiento de los padres o la información puede ayudar disminuyendo la ansiedad de éstos ante las conductas de sus hijos. La terapia individual resulta muy difícil de llevar a cabo. La terapia tradicional de juego psicoanalítico resulta imposible ya que no paran quietos, se aburren y no atienden. Una terapia de apoyo, en la que se ofrezca una persona adulta en la que confiar, que comprenda el trastorno y le plantee la esperanza de poder cambiar, puede resultar muy útil. Aunque no existen estudios sobre la terapia combinada, el sentido común indica que la combinación de tratamientos, con la mejoría en determinadas áreas, puede hacerse extensiva a las demás y mejorar el trastorno a largo plazo. Pronóstico Se acepta mayoritariamente que es una enfermedad crónica En la adolescencia se suele observar una mejoría del grado de inquietud psicomotriz, la impulsividad y el déficit de atención, pero suelen persistir problemas académicos y baja auto-estima y el 25% presentan un comportamiento antisocial. En estudios de seguimiento prospectivos a largo plazo, se han dado cifras de 1/3 que tienen el síndrome completo a los 18 años, comportamiento disocial o trastornos de conducta en 25-50% y un nivel de educación inferior que los controles. Los niños hiperactivos tienen más riesgo de presentar psicopatología (más diagnósticos psiquiátricos, más intentos de suicidio, aislamiento social, baja auto-estima) que los 22 controles, pero no más riesgo de un trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor o esquizofrenia. Mayor incidencia de separaciones, carreras inacabadas, despidos laborales (Barkley, 1990) El 30% tienen una remisión completa en la adolescencia (Gittelman, 1985) El 30-50% de los niños con diagnóstico de TDAH continúan presentando síntomas en la edad adulta (Jackson, Farrugia, 1997) Frecuentemente los adultos son diagnosticados retrospectivamente cuando reconocen sus propios síntomas de TDAH cuando eran niños.

7 MATERIALES Y MÉTODOS

7.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación fue un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, el cual estuvo basado en una encuesta previamente elaborada, anónima y voluntaria. Y un Test de detección del comportamiento enfocado en el Transtorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. (CONNERS PARA PADRES-DSM-V).

7.2 ÁREA DE ESTUDIO

LUGAR UBICACIÓN Y TIEMPO: Mi trabajo de investigación fue realizado en la ciudad de Loja, Cantón Loja, Provincia Loja en la escuela “Lauro Damerval Ayora”, ubicada en el barrio, Unión Lojana Durante, en el periodo Mayo-Junio del 2014.

UNIVERSO: El universo estuvo constituido por los estudiantes de la escuela Lauro Damerval Ayora, de 5to, 6to y 7mo año Básico paralelos A-B, respectivamente conformado por un total de 204 estudiantes.

MUESTRA: Todos los estudiantes de Sección Matutina de 5to, 6to y 7mo año Básico paralelos A-B, respectivamente, que cumplieron con los criterios de inclusión. Total, de muestra calculada fue de 102 estudiantes. Muestreo Probabilístico Estratificado (NIVEL DE CONFIANZA 95%).

7.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN EXCLUSIÓN Y ÉTICA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños de edades comprendidas de 9 a 11 años.
- Niños que estén asistiendo normalmente a clases.
- Que colaboren voluntariamente en la aplicación de las encuestas.
- Estudiantes cuyos padres hayan contestado ordenadamente el Test screening para detección de Transtorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudiantes matriculados que se han retirado.
- Estudiantes menores de 9 años de edad.
- Estudiantes que no deseen participar en el estudio.
- Estudiantes cuyos padres no hayan contestado el Test screening para detección de Transtorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

CRITERIOS ÉTICOS: En el desarrollo de la investigación, se elaboró, un consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de los mismos.

7.4 MÉTODOS -TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

MÉTODOS

FUENTES: El Método para la recolección de Datos que se utilizo fue, la encuesta de fuentes primarias, es decir, por medio de contacto directo con el sujeto de Estudio, a través de técnicas como el cuestionario elaborado de acuerdo a los objetivos específicos, con preguntas abiertas, dicotómicas y de respuesta múltiple. Y además se aplicó un test screening para detección de Transtorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, aplicado a las Madres de familia, de los niños que contribuyeron en el desarrollo de la encuesta.

TÉCNICAS INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTO

TÉCNICAS: Se utilizó las técnicas de observación, elaboración y aplicación de encuestas, recolección y tabulación de datos.

INSTRUMENTOS: La encuesta previamente elaborada, y el test screening de detección del Transtorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, CONNERS PARA PADRES DSM-V, previamente actualizado.

La Escalas de Conners fue diseñada por C. Keith Conners en 1969, es un instrumento útil cuyo objetivo principal es detectar la presencia de TDAH mediante la evaluación de la información recogida a los padres o profesores. Consta de 10 preguntas, cuyas respuestas se le asigna un puntaje (nada = 0 puntos; poco = 1 punto; bastante = 2 puntos; mucho = 3 puntos). Para obtener el Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad de debe sumar las puntuaciones obtenidas:

- Para los NIÑOS entre los 6 a 11 años: una puntuación >16 es sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.
- Para las NIÑAS entre los 6 a 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

PROCEDIMIENTO:

- Para la realización de esta investigación, se determinó la problemática de estudio, luego de ello se estableció una hipótesis y se buscó la bibliografía pertinente, basada en los estudios de los últimos 5 años.

- Se elaboró una solicitud dirigida al Director de la Escuela “Lauro Damerval Ayora” con la finalidad de obtener la autorización por parte de las autoridades del plantel, para la aplicación de los instrumentos.

- La información general y correspondiente al primer objetivo fue recolectada mediante la aplicación del test screening para detectar el Transtorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, (CONNERS PARA PADRES DSM-V) aplicado a las madres de familia de los estudiantes. Para recolectar información pertinente para cumplir con los objetivos específicos fue elaborada una encuesta previamente construida y aplicada directamente a los niños en estudio.

- Se eligió un día y un horario específico para aplicar las encuestas a los estudiantes, y un día para aplicar los test screening a las madres de los mismos.

- Luego se procedió a la tabulación, interpretación, discusión y elaboración de gráficas estadísticas.

- Se planteó conclusiones y recomendaciones, y se incorporó la bibliografía basada en las normas de Amerian Psychological Association (APA), anexos e índice de contenidos.

8 RESULTADOS

TABLA 1

ESTUDIANTES CON SOSPECHA DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH).

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
THDA	72	70,59%
SIN THDA	30	29,41%
TOTAL	102	100%

Fuente: Test de CONNERS para Padres.

Responsable: Katty Liliana Illescas Albán.

GRÁFICO 1

El 70.59 % (72 casos) de la población estudiada tienen sospecha de TDAH.

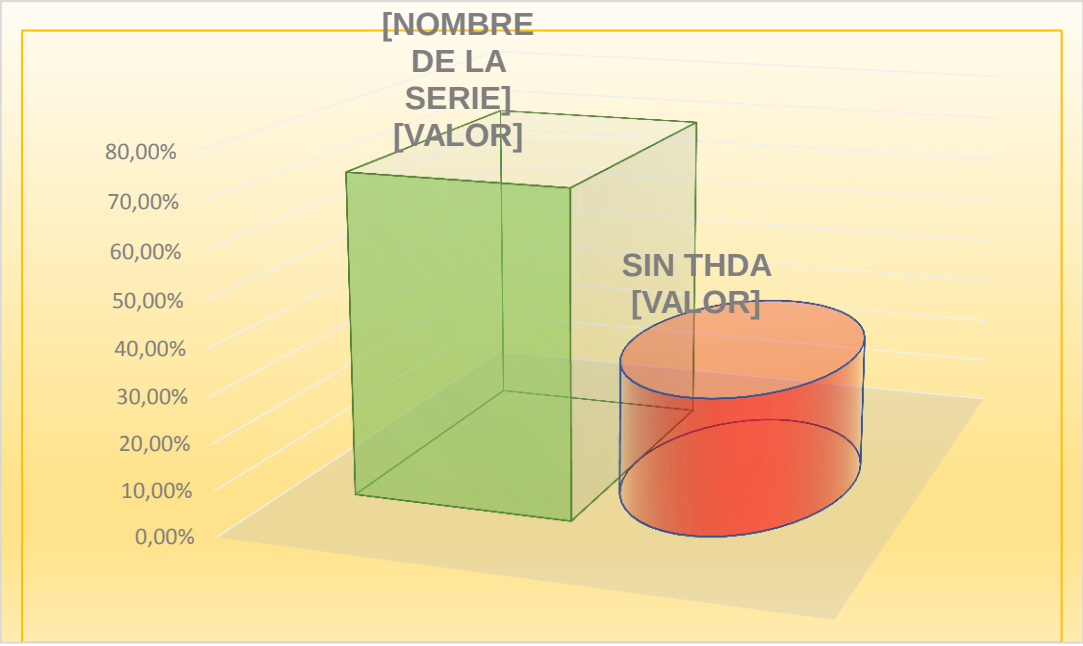


TABLA 2

EDAD DE INICIO DE EXPOSICIÓN A LA TV, EN ESTUDIANTES CON

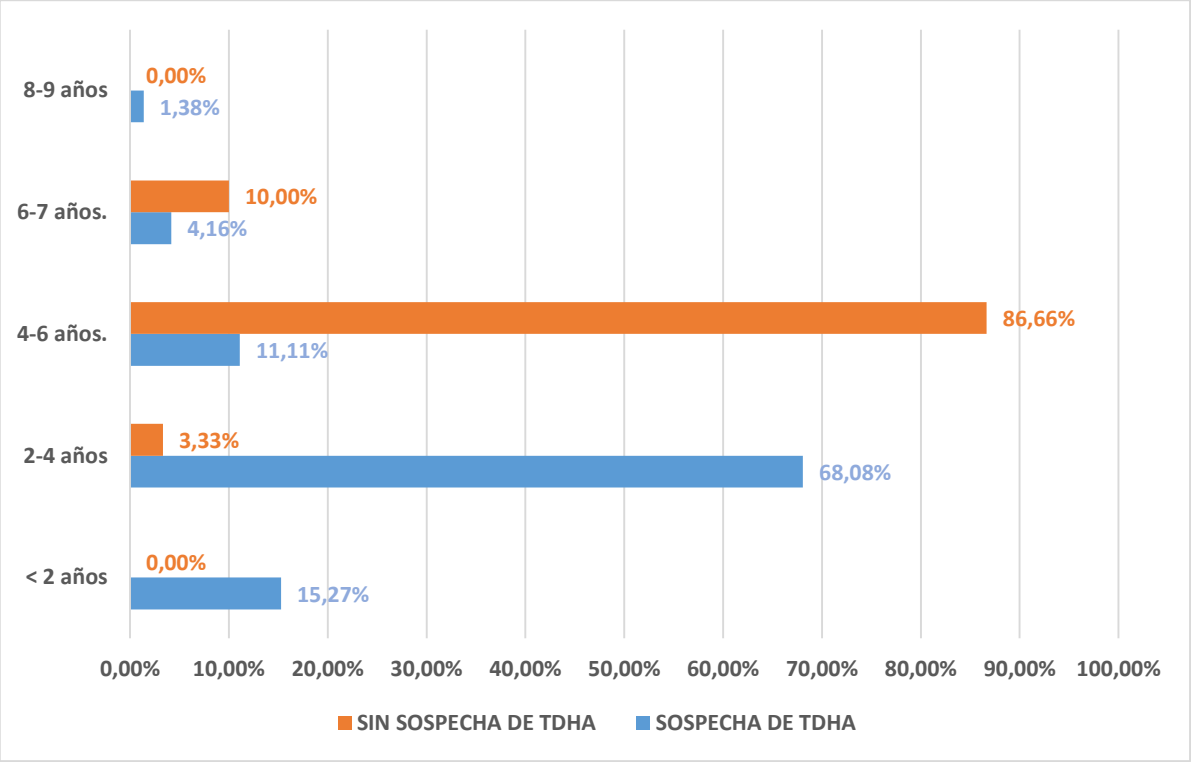
VARIABLE	FRECUENCIA	SOSPECHA DE TDHA	FRECUENCIA	SIN SOSPECHA DE TDHA
< 2 años	11	15,27%	0	0,00%
2-4 años	49	68,08%	1	3,33%
4-6 años.	8	11,11%	27	86,66%
6-7 años.	3	4,16%	3	10,00%
8-9 años	1	1,38%	0	0,00%
Total	72	100,00%	30	100,00%

SOSPECHA DEL TDAH VS SIN SOSPECHA DE TDAH.

Fuente: Encuesta previamente elaborada y Test de CONNERS para Padres.

Responsable: Katty Liliana Illescas Albán.

GRÁFICO 2



Los estudiantes con sospecha de THDA fueron expuestos a la TV a los 2 a 4 años de edad (68.08 %), mientras que en aquellos sin sospecha de THDA, fueron expuestos a la TV, a los 4- 6 años (86.66%).

TABLA 3

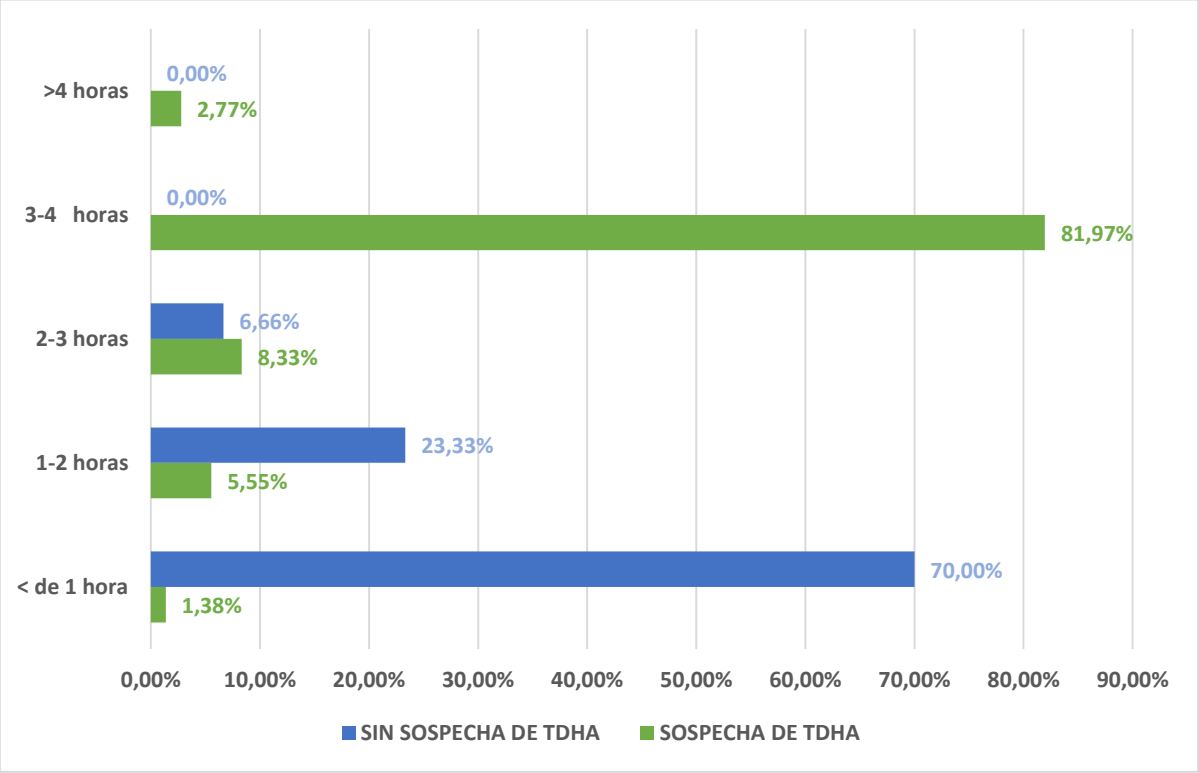
TIEMPO DEDICADO A LA TV EN ESTUDIANTES CON SOSPECHA DE TDHA, VS SIN SOSPECHA DE TDHA.

VARIABLE	FRECUENCIA	SOSPECHA DE TDHA	FRECUENCIA	SIN SOSPECHA DE TDHA
< de 1 hora	1	1,38%	21	70,00%
1-2 horas	4	5,55%	7	23,33%
2-3 horas	6	8,33%	2	6,66%
3-4 horas	59	81,97%	0	0,00%
>4 horas	2	2,77%	0	0,00%
Total	72	100,00%	30	100,00%

Fuente: Encuesta previamente elaborada y Test de CONNERS para Padres.

Responsable: Katty Liliana Illescas Albán.

GRÁFICO 3



Los estudiantes con sospecha de THDA, ven 3 a 4 horas de TV al día (81.97 %), mientras que aquellos sin sospecha de THDA, ven menos de 1 hora al día. (70.00%)

9 DISCUSIÓN.

En el presente estudio la prevalencia de niños con sospecha del Transtorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (THDA), es alta en comparación a otros estudios. Se identificó que 70.58 % (72 casos) de los estudiantes, presentan sospecha de THDA. No así Cornejo et al. (2015) demostraron en un estudio realizado en las escuelas primarias de Jalisco-México, en un total de 8,630 niños de los cuales resultaron 786 positivos que representa una prevalencia de 9.11% diagnosticada con TDAH (p.83). De igual manera Zabaleta (cito al Instituto Nacional de Salud 2010), menciona que en un estudio donde participaron 3042 niños, el trastorno más prevalente fue el TDAH con un 8.6% (p.3).

Los resultados indican que existe gran discrepancia en cuanto a la prevalencia de este Transtorno debido a los diferentes instrumentos utilizados para las mismas así como la población en estudio. Además debido a que nuestro tema de estudio fue diseñado para evaluar la sospecha del TDAH, debido a la complejidad del diagnóstico del mismo, mientras que la prevalencia de estudios antes mencionados, es ya confirmada.

Además se estableció que el al 81. 97 % de los estudiantes con sospecha de THDA, dedican entre 3-4 horas diarias a ver televisión, y el 68.08 % fueron expuestos a ver televisión a la edad de 2 a 4 años, los resultados concuerdan con un estudio de Certain y Kahn (2011) donde refiere que “el 17% de los niños con THDA ven TV entre 0 y 11 meses, el 48% de 12 a 23 meses, y el 41% de 24 a 35 meses ve más de dos horas diarias de televisión” (p.162).

Finalmente en el presente estudio, existe una clara relación entre los hábitos televisivos y el Transtorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. Por lo tanto, este trabajo de investigación, permite conocer e identificar factores de riesgo y/o agravantes del Transtorno de déficit de atención e hiperactividad, como son la edad de inicio de exposición a la televisión y el tiempo dedicado a la misma.

Una extraordinaria investigación norteamericana realizada por el Hospital Infantil de Seattle (2011) donde mencionan, “por cada hora de televisión diaria que consuman estos menores, de 1 a 3 años de edad, tienen un incremento del 10 %, en el riesgo de presentar transtornos de atención e hiperactividad a la edad de 7 años” (p. 123).

10 CONCLUSIONES.

- La televisión ejerce una influencia predominantemente negativa en el comportamiento de los niños, dependiendo de la edad de inicio de exposición y el tiempo dedicado a la misma.

- Existe una prevalencia del 70.58 % de sospecha del Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad en los estudiantes encuestados.

- Los estudiantes con sospecha de THDA, fueron expuestos a temprana edad a ver televisión (dos a cuatro años), en relación a los que no tienen sospecha de TDAH (cuatro a seis años de edad).

- Los estudiantes con sospecha de THDA, dedican entre tres a cuatro horas diarias a ver Televisión, mientras que los estudiantes sin sospecha de TDAH, ven TV, menos de una hora al día.

11 RECOMENDACIONES.

- Para mejorar esta problemática se recomienda establecer estrategias, para difundir información de calidad al personal de salud, para el oportuno diagnóstico y tratamiento, de manera que podamos disminuir su incidencia.

- Gestionar conferencias con la finalidad de informar, orientar y educar, a los padres de familia para que tengan un conocimiento completo sobre esta enfermedad, y sus factores de riesgo.

- Hacer concientizar a la Población en General acerca de los efectos negativos de la televisión en los niños. Especialmente instruyendo a tener un control más minucioso sobre las horas dedicadas a la televisión y la edad de exposición a la misma.

- Referencia de niños, en caso de sospecha de este trastorno de la conducta (THDA), para manejo multidisciplinario en Psiquiatría, Pediatría, Hebeatría y Neurología, en casos que amerite, con el fin de evitar complicaciones en la edad adulta.

12 BIBLIOGRAFÍA.

1. Aldá J-Boix C, (2010), *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes,* Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado el 21 de Octubre del 2015 en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_477_TDAH_AIAQS_resum.pdf.

2. Barreth A. Gaibor J.(2012). Televisión y su influencia en el comportamiento en los niños de 3 a 6 años. Recuperado el 20 de Diciembre del 2014, http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2177/1/tesis%20final%20comunicacion%20social%202julio%202012.pdf.

3. Cornejo, E , Fajardo. F, López, V , Soto J, Ceja H (2015) Prevalencia de déficit de atención e hiperactividad en escolares de la zona noreste de Jalisco, México, *Revista Medica MD 6(3), 192. Recuperado 21 de Octubre del 2015 en:* http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2015/md153d.pdf.

4. Christakis D, (2011). *Niños Hipnotizados por las Pantallas*. Recuperado 20 de Diciembre 2014. http://www.lanacion.com.ar/1373159-ninos-hipnotizados-por-la-pantalla.

5. Cabases S- San J, (2010). Transtorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. Un Transtorno del comportamiento precursor de otros, 12(3) 9,10. Recuperado el 18 de Diciembre del 2014 en: https://www.obelen.es/upload/71M.pdf

6. Fernández A(2011),Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad". Abordaje multidisciplinar. Mexico: Esperi

7. Gonzales P, (2015).Asociaciones TDAH de Navarra. *Informe del Consejo Escolar de Navarra. Recuperado el 22 de Octubre 2015 en: http://consejoescolar.educacion.navarra.es/web1/wp-content/uploads/2015/05/libro-TDAH7.pdf*

8. Hidalgo V. (2014). *Pediatría Integral.* Madrid: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria SPA.

9. Hill, D. (2015). *Porque evitar la televisión antes de los dos años de Edad. Recuperado 12 enero del 2015* de: *https://www.healthychildren.org/Spanish/family-life/Media/Paginas/Why-to-Avoid-TV-Before-Age-2.aspx.*

10. Ilda H. (2014). *Pediatría Integral.* Madrid: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria.

11. Lanna L, Pina. A. (2010). *La Televisión Infantil frente a los niños menores de seis años. Barcelona*: Editorial Laboratori de Mitjans Interactius.

12. Luz Laura (2015).Transtorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.*Pedriatria-México.Recuperado el 21 de Octubre del 2015 en: http://psiquiatria-mexico.com/para-pacientes/padecimientos-psiquiatricos/trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad/.*

13. López G, Lozano S, (2013)*Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado.* Que es el TDAH. Recuperado el 21 de Octubre del 2015 en: http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/m1/las_funciones_ejecutivas.html.

14. Moraga R,(2010),*Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Madrid: Draft editores, S.L.

15. Nava C,Montiel I,Barbero J, (2009). Clima familiar en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad. *Psicología Conductual,* 13,(2), 1 Recuperado el 21 de Octubre del 2015 en: http://www.neurologiavenezuela.org/i/imagenes/descargables/articulos%20medicos/2012/clima_familiar.pdf.

barra

16. Parques A. (Marzo 2013) *La Televisión y su influencia en la conducta de los niños*, Recuperado el 25 de Noviembre del 2014 en: http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/257142-ninos-que-ven-mas-de-3-horas-de-tv-al-dia-mas-propensos-a-problemas-conducta/.

17. Quintero J, (2014). *Pediatría Integral.* Madrid: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria.

18. Rabito M, Carreras J (2014) Guías para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Actas Esp Psiquiatr* 42(6), 316 Recuperado el 21 de Octubre del 2015 en: http://www.pediatrasandalucia.org/Pdfs/guiastdah.pdf

19. Real Academia Española (2014). *Diccionario de Lengua Española* 23. ed. Madrid: Espasa.

20. Rivera G. (2013),Etiología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y características asociadas en la infancia y niñez. Acta de Investigación Psicológica, Recuperado el 27 de Octubre del 2014 en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471913709530

21. Segara J. (2010). *El niño y la televisión.* Granada: Forcé.

22. (2011), *Televisión y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Noticias TDAH, Recuperado el 21 de Octubre del 2015 en: http://noticiastdah.blogspot.com/2011/05/la-television-y-el-tdah.html

23. Vñasquez J, Cárdenas E, Berjet C, Palacios L.(2010). *Guía Clínica para el THDA.* México: Patricia Fuentes de Iturbe.

24. Zabaleta S, (2012), Efectos de Dispositivos Tecnológicos en los niños*. Revista Kuberetica.12,3 Recuperado el 17 de Septiembre del 2015 en:* http://www.santiagokoval.com/documentos/articulos-academicos/efectos-del-uso-de-dispositivos-tecnologicos-en-ninos-pequenos.pdf.

25. (2010), La dopamina, clave en la duración de la memoria.Buenos Aires, Recuperado 22 de Octubre del 2015 en : http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/m1/Documento_1.8_Memoria_y_Dopaimina.pdf.

26. (2010), La dopamina, clave en la duración de la memoria, Recuperado el 21 de Octubre del 2015 en: http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/m1/Documento_1.8_Memoria_y_Dopaimina.pdf

13 ANEXOS

13.1 ANEXO 1

Loja 21 /10/2014

Lic. Rolando Salazar.

DIRECTOR DE LA ESCUELA FISCAL “LAURO DAMERVAL AYORA DE LOJA”

De mis Consideraciones:

Me dirijo a usted de la manera más respetuosa para solicitarle me conceda aplicar un cuestionario de preguntas a los niños de los 5to a 7 mo año Básico de la Institución. Y un test screening de detección de transtornos del comportamiento (CONNERS PARA PADRES), el cual será aplicado a los padres de los paralelos antes mesionados, todo ello con el objetivo de contribuir a la culminación de mi Tema de Tesis “TELEVISIÓN Y SU INFLUENCIA EN EL COMPORTAMIENTO PSCICOLÓGICO EN NIÑOS PERIODO MAYO-JUNIO DEL 2014” para la obtención de título de MEDICO GENERAL de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

Por la favorable que le dé a la presente le antelo mis más sinceros agradecimientos.

De usted atentamente.

KATTY LILIANA ILLESCAS ALBÁN.

ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

13.2 ANEXO 2

SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Sres. Padres de familia mediante el presente me permito con mucho respeto referirme a usted con la finalidad, me conceda la realización de mi tema de Tesis “Televisión y su influencia en el Comportamiento Psicológico de los Escolares en la Escuela Lauro Damerval Ayora periodo Mayo-Junio 2014” previa a la obtención de título de Médico General.

Tanto usted como su hijo forman parte activa en el desarrollo de mi tema de tesis, el cual será evaluado mediante la aplicación de un test screening de detección del Transtorno Hiperactividad y Déficit de Atención, y un cuestionario previamente elaborado.

Por la atención que se me digne dar a la presente le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente:

Katty Liliana Illescas Albán.

Estudiante de Medicina

13.3 ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE SALUD HUMANA

ENCUESTA A LOS ESTUDIANTES:

TEMA DE TESIS: "Televisión y su Influencia en el Comportamiento Psicológico en los escolares en el Periodo Mayo-Junio 2014".

A continuación, encontrarás una serie de preguntas, debes marcar con una **X** a la respuesta real acerca de tu vida.

Es importante que respondas a todas las preguntas sinceramente. De ante mano te anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Edad……

Genero: ……..

1) **¿Con quién vives?**

   Papá ( )

   Mamá ( )

   Otros ( )

   Cuales…….

2) **¿Qué tiempo vez tele?**

   1-2 horas ( )

   2-3 horas ( )

   3-4 horas ( )

   Más de 4 horas ( )

3. ¿Ves la televisión con tus padres u otra persona adulta?

SI ( )

NO ( )

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

13.4 ANEXO 4

ENCUESTA A PADRES DE FAMILIA.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA.

TEMA DE TESIS: “Televisión y su influencia en el comportamiento Psicológico en los Escolares periodo Mayo- Junio 2014”.

Lea bien las preguntas y marque con una X la respuesta que usted considera aproximado acerca del comportamiento de su hijo.

Le anticipo mi mas sincero agradecimiento por su participacion. Y le pido que las preguntas las conteste sinceramente.

- **Edad de su hijo (a)……**
- **Genero:……..**

14 CONSUMO TELEVISIVO.

15 Desde que edad su hijo (a) ve la televisión:

	SI	NO
12-11 años	( )	( )
9-11 años	( )	( )
7-9 años	( )	( )
5-7 años	( )	( )
3-5 años	( )	( )
Menos de 2 años	( )	( )

CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE CONNERS PARA PADRES

(C.C.I.; Parent`s Questionnaire, C. Keith Conners).

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Es impulsivo, irritable.				
2. Es llorón/a				
3. Es más movido de lo normal.				
4. No puede estarse quieto/a.				
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos)				
6. No acaba las cosas que empieza				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
TOTAL……				

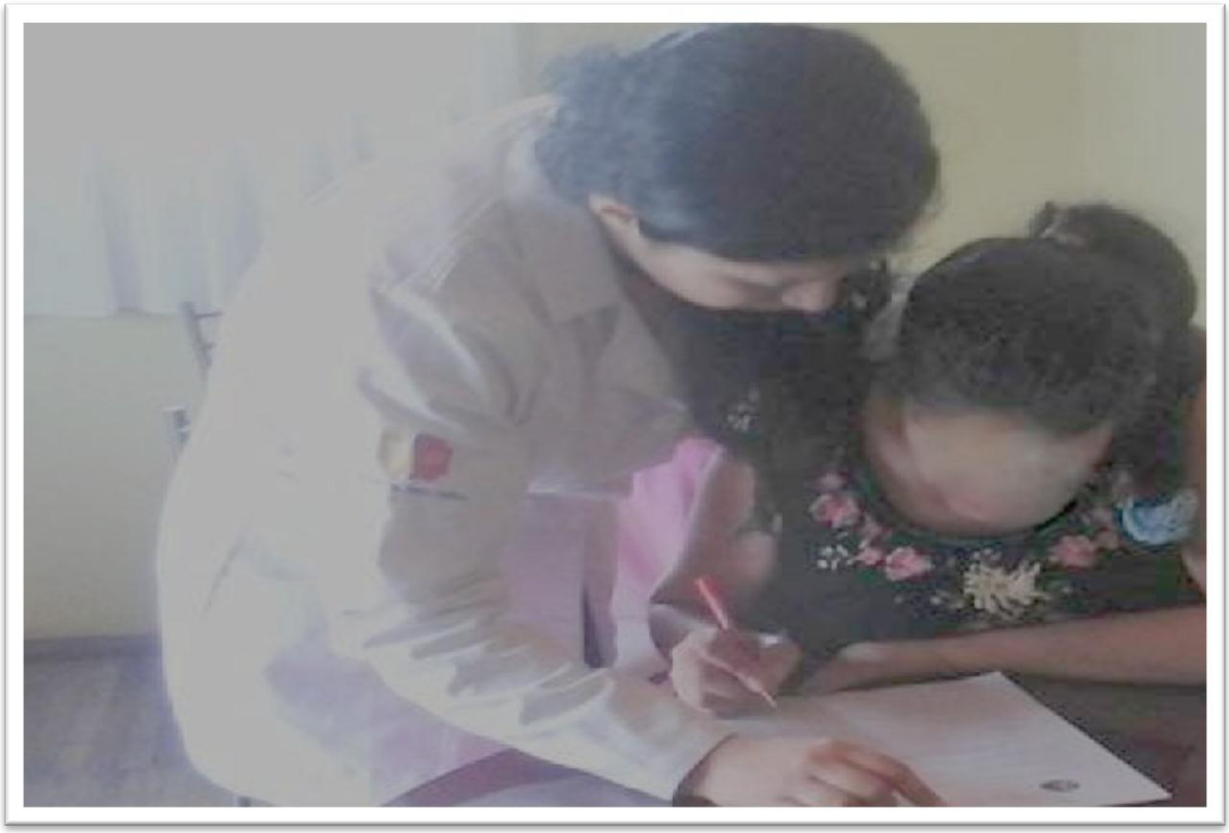
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

13.5. ANEXO 5.

NIÑOS Y MADRES DE FAMILIA CONTESTANDO EL CUESTIONARIO.

RINCÓN DE LECTURA

RINCÓN
DE MATEMÁTICAS



Marca

14. ÍNDICE DE CONTENIDOS.

PORTADA……i
CERTIFICACIÓN……ii
AUTORÍA……iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN iv
DEDICATORIA……v
AGRADECIMIENTOS……...vi
1. TÍTULO 1
2. RESUMEN. 2
ABSTRACT. 3
3. INTRODUCCIÓN. 4
4. REVICIÓN DE LA LITERATURA. 6
5. LA TELEVISIÓN. 6
Concepto 6
La Televisión en los Niños. 6
Efectos Negativos de la TV en los niños. 7
6. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (THDA). 8
HISTORIA..... 8
CONCEPTO 9
EPIDEMIOLOGÍA. 10
6.1.1 Prevalencia en Situaciones Especiales. 10
ETIOLOGÍA 10
6.1.2 Aspectos genéticos. 11
6.1.3 Aspectos neurológicos 11
6.1.4 Factores Ambientales 12
FISIOPATOLOGÍA 13
6.1.5 Estudios neuropsicológicos 13
6.1.6 Estudios Neuroquímicos..... 17
CLASIFICACIÓN. 20
6.1.7 TDAH, tipo combinado). 21
6.1.8 TDAH, tipo con predominio del déficit de atención. 21

6.1.9 TDAH, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo. 21
MANIFESTACIONES CLÍNICAS. 21
6.1.10 Inatención..... 21
6.1.11 Hiperactividad 22
6.1.12 Impulsividad 22
DIAGNÓSTICO 23
6.1.13 Pruebas en el Diagnóstico y Seguimiento. 23
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. 26
TRATAMIENTO. 27
6.1.14 Alternativas farmacológicas en TDAH. 30
6.1.15 Tratamientos no farmacológicos. 32
7. MATERIALES Y MÉTODOS 34
TIPO DE ESTUDIO 34
ÁREA DE ESTUDIO 34
CRITERIOS DE INCLUSIÓN EXCLUSIÓN Y ÉTICA 34
MÉTODOS -TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN 35
8. RESULTADOS..... 38
9. DISCUSIÓN. 41
10. CONCLUSIONES..... 43
11. RECOMENDACIONES. 44
12. BIBLIOGRAFÍA. 45
13. ANEXOS 49
ANEXO 1 49
ANEXO 2 50
ANEXO 3 51
ANEXO 4 53
ANEXO 5. 55
14. ÍNDICE DE CONTENIDOS. 60