



Prevalencia

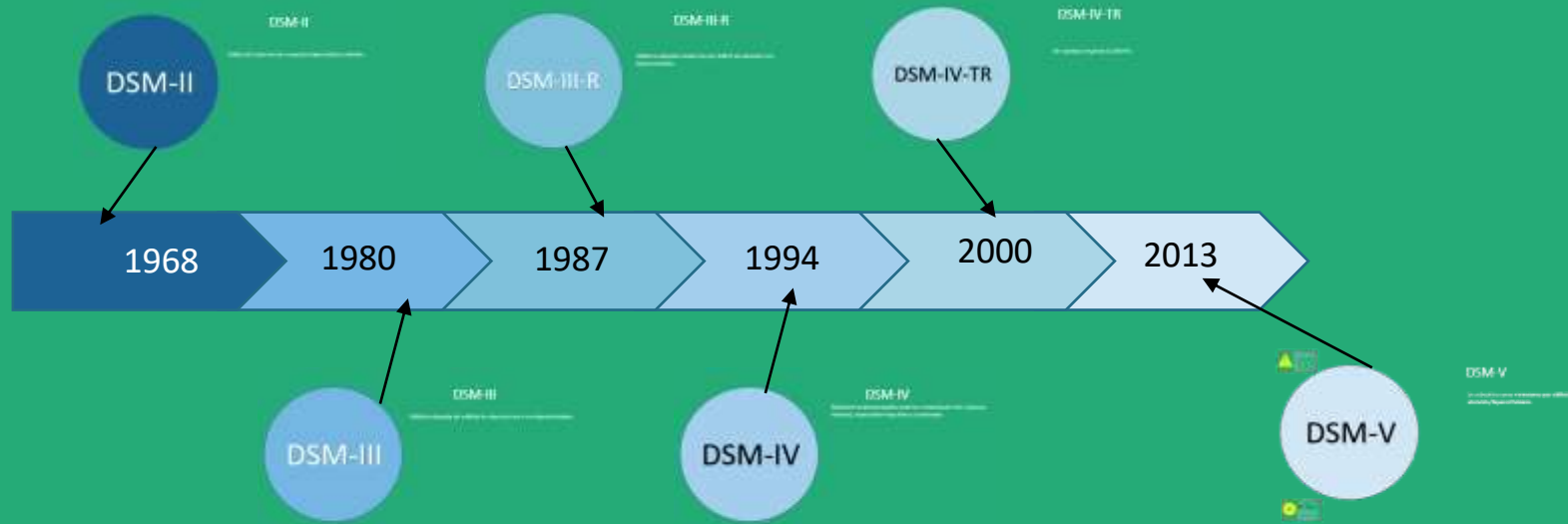
Reiss et al. (2008) En un estudio longitudinal clínico, se vio afectada consistentemente la prevalencia de TDAH en niños, con un aumento de 12 a 20% entre países, un déficit de información sobre cómo se midieron y definieron los casos, y una falta de especificidad de los criterios de diagnóstico de TDAH que se usaron en el estudio.

McLuskey et al. (2005) Señalan que la definición de TDAH de la versión diagnóstica actual puede estar influida por el método de medición de la prevalencia en los niños de primaria, sensibilidad a una amplia gama de factores, como el nivel de atención, el comportamiento y la información que se proporciona al clínico, además de la definición de los criterios de diagnóstico. (2005) y (2013) se refieren a la falta de especificidad, o la necesidad de un mayor nivel de especificidad para el diagnóstico.

Reiss et al. (2008) En un estudio, se vio afectada significativamente por un nivel de atención y comportamiento, por una muestra, tamaño del país, edad, género y nivel de educación, y por una muestra y tamaño del país. (2008) y (2013) se refieren a la falta de especificidad de los criterios de diagnóstico, como criterios de diagnóstico, y señalan que se ha producido un aumento de la prevalencia de TDAH en niños de primaria.

Prevalencia estimada según DSM-IV, DSM-III-R y DSM-III en niños. En relación a la prevalencia en función del sexo, y también, también observada en función de los distintos estudios, el DSM-IV indica que en la población general aparece una mayor frecuencia de TDAH que en el DSM-III-R, tanto en la población de niños de primaria (2005, 2013).

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad



Prevalencia



Novick et al. (2006). En un estudio con población clínica, la ratio niño/niña cambiaba entre los distintos países analizados, con un rango de 3:1 a 16:1 entre países. La falta de coincidencia entre países se atribuye a diferencias en el mayor o menor número de diagnósticos de TDAH que se hace a las niñas, y también a diferencias en los sistemas y procedimientos de registro de prevalencia.

Polanczky et al. (2007). Señalan que las diferencias en función de las variables geográfico-culturales juegan un limitado papel a la hora de explicar la variabilidad en las cifras de prevalencia, variabilidad que ellos explican, más bien, como debida a diferencias metodológicas de los distintos estudios en los distintos países (p. ej., debidas a las diferencias en los criterios de diagnóstico empleados: DSM-IV o CIE-10; debidas a la fuente de información; a la exigencia o no del requisito de discapacidad para el diagnóstico).

Polanczky et al. (2014). Entre continentes, no hubo diferencias significativas entre, por un lado, Norteamérica y, por otro, Europa, América del Sur, Asia u Oceanía, aunque sí entre, por un lado, Norteamérica y, por otro, África y Oriente Medio (siendo la prevalencia en Norteamérica más alta). Posteriormente, estos autores confirmaron estos resultados, y también que no se ha producido un cambio en la prevalencia del trastorno en las tres últimas décadas.

Prevalencia estimada según DSM-5, 5% en niños y 2,5% en adultos. En cuanto a la prevalencia en función del sexo, y habiendo también diferencias en función de los distintos estudios, el DSM-5 informa que en la población general aparece una **mayor frecuencia de niños que de niñas (2:1)**, siendo de 1,6:1 en el caso de los adultos (APA, 2013)



DSM-II

DSM-II

Habla del trastorno de «reacción hiperkinética infantil».



DSM-III

DSM-III

Utilizó la etiqueta de «déficit de atención con y sin hiperactividad».



DSM-III-R

DSM-III-R

Utilizó la etiqueta «trastorno por déficit de atención con hiperactividad».



DSM-IV

DSM-IV

Mantiene la denominación anterior e introducen tres subtipos: inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado.



DSM-IV-TR

DSM-IV-TR

Sin cambios respecto al DSM-IV.



DSM-V

DSM-V

Se rebautiza como «trastorno por déficit de atención/hiperactividad».



Criterios diagnósticos DSM-5 para el TEA

Criterio A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por **1** y/o **2**:



Criterio B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

Criterio C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo, con los amigos o parientes, en otras actividades).

Criterio D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

Criterio E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).



Inatención

1

Criterios diagnósticos DSM-5 para el TEA

1 Inatención. Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos seis meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

- Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
- Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden, descuido y desorganización en el trabajo, mala gestión del tiempo, no cumple los plazos).
- Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
- Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

Nota: Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

Hiperactividad e impulsividad.

2

Criterios diagnósticos DSM-5 para el TEA

2 Hiperactividad e impulsividad. Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante, al menos, seis meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

- Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (**Nota:** en adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto).
- Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- Con frecuencia está "ocupado", actuando como "si lo impulsara un motor" (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- Con frecuencia habla excesivamente.
- Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros, no respeta el turno de conversación).
- Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
- Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

Nota: Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.



Especificar si:

- Presentación combinada:** Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos seis meses.
- Presentación predominante con falta de atención:** Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos seis meses.
- Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos seis meses.

Especificar si:

En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos seis meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar si:

- Leve:** Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas solo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.
- Moderado:** Síntomas o deterioros funcionales presentes entre «leve» y «grave».
- Grave:** Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

Teorías biologicistas



El modelo más adecuado para el entendimiento del TDAH es el biopsicosocial. El cerebro, el ambiente, las variables cognitivo-conductuales, interaccionan constantemente, de modo circular, no de un modo lineal, de manera que no se puede establecer, salvo en determinados casos, que la alteración de uno sea la causa del otro.

Factores genéticos
Factores epigenéticos

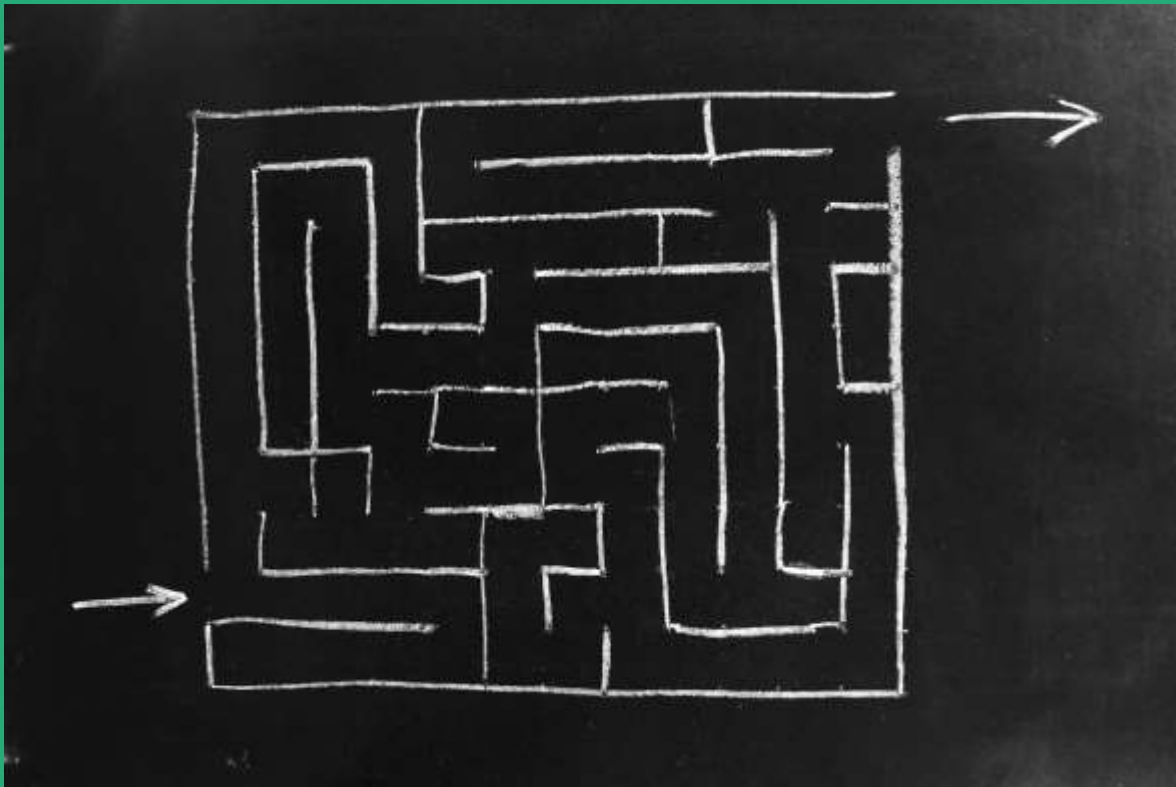
Factores neuroanatómicos

Factores neuroquímicos

Factores electrofisiológicos

Los factores de heredabilidad genética, o un posible trauma perinatal son claramente variables antecedentes, pero otras variables biológicas (registros fisiológicos o actividad catecolaminérgica), en la actualidad, solo pueden considerarse factores concurrentes (correlatos biológicos). Estos correlatos constituyen un substrato biológico de los síntomas cognitivo-conductuales, y no necesariamente son factores causales del trastorno. Por otro lado, que los comportamientos se den en determinados contextos no quiere decir que vengan determinados solo por las variables del contexto.

Teorías cognitivas



Modelos de déficit único:

Modelo de inhibición conductual y autorregulación de Barkely (1997). Según este modelo, el TDAH sería un trastorno del desarrollo de la inhibición conductual, cuyo déficit genera, de forma secundaria, un déficit en el funcionamiento de las funciones ejecutivas especialmente vinculadas con la impulsividad e hiperactividad, y donde la atención no se considera un constructo central.

Modelo de la memoria de trabajo de Rapport (2008) está basado en el modelo de Baddeley-Hitch y considera que lo que está afectado de forma nuclear en el TDAH es el funcionamiento de la memoria de trabajo (MT).

Modelos de déficit múltiple

Modelo explicativo de Brown (2000; 2005). Postula que un adecuado nivel de desempeño requerirá el buen funcionamiento de las funciones ejecutivas tanto de forma independiente como en integración con el resto.

Modelo cognitivo-energético de Sergeant (2000; 2005). Defiende la intervención terapéutica a través de estrategias de reforzamiento positivo. Pone el foco en la regulación de los estados energéticos necesarios para satisfacer las demandas de las tareas, produciendo esta dificultad déficits ejecutivos en el procesamiento de la información.