

RAE

1. **TIPO DE DOCUMENTO:** Trabajo de grado para optar al título de NEUROPSICOLOGA CLINICA.
2. **TITULO:** DESCRIPCION DE LOS FACTORES DE RIESGO PRE Y PERINATALES EN LOS SUBTIPOS COMBINADO, INATENTO E HIPERACTIVO DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD.
3. **AUTORA:** Adriana María Quintero Sánchez.
4. **LUGAR:** Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá.
5. **FECHA:** Julio de 2011.
6. **PALABRAS CLAVE:** Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, factores de riesgo pre y perinatales,
7. **DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:** El objetivo de este estudio retrospectivo es describir los factores de riesgo pre y perinatales presentes en las madres de niños con TDAH en los tres subtipos, como resultado de la revisión de 87 historias clínicas de los centros Anthiros y Fundación Avante, mediante la aplicación del Cuestionario Materno de Riesgo Perinatal CMRP (López, 2003; Utría,2010).
8. **LINEA DE INVESTIGACIÓN:** Neuropsicología Infantil y Neurodesarrollo que forma parte del grupo de Investigación Avances en Psicología Clínica y de la Salud.
9. **FUENTES CONSULTADAS:** American Psychiatric Association (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV- R). Barcelona: Másson. Capdevila, C; Navarro, J; Artigas, J; Obiols, J. (2007). Complicaciones obstétricas y médicas en el trastorno de déficit de atencional/hiperactividad (TDAH): ¿hay diferencias entre los subtipos?. International journal of clinical and health psychology 2007; 7 (3): 679-695. López, S; Rivas, R; Taboada, E. (2008). Los riesgos maternos pre, peri- y neonatales en una muestra de madres de hijos con trastorno generalizado del desarrollo. Psicothema 2008; 29 (4): 684-690. Roca, M; Alemán, L. (2000). Características generales de las alteraciones psicológicas popularmente conocidas como hiperactividad: déficits de la atención- trastorno de hiperactividad (ADHD). Revista cubana de psicología 2000; 17 (3): 218-226.
10. **CONTENIDOS:** Trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH, modelos atencionales, historia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, conceptualización y clasificación del TDAH, evaluación y comorbilidades, etiología (factores causales: neuroanatómicos, genéticos y neuropsicológicos), factores de riesgo pre y perinatales.
11. **METODOLOGIA:** Diseño: Esta investigación está enmarcada dentro de un estudio de tipo descriptivo- retrospectivo.
12. **CONCLUSIONES:** De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio se puede concluir la presencia de factores de riesgo prenatales en los tres subtipos de TDAH como antecedentes de abortos voluntarios y enfermedades durante el embarazo. Así mismo se identificaron porcentajes relevantes en las variables náuseas, vómitos, edema, sangrados vaginales, y complicaciones por golpes fuertes. En los factores de riesgo psicosocial y estado emocional se encontró presencia de actividad física y mental agotadora así como estrés y sentimientos de tristeza. Y finalmente en la dimensión de factores de riesgo perinatales se encontró un porcentaje importante de partos por cesárea. En la en análisis no se observaron diferencias significativas en los tres subtipos.

La principal limitación en esta investigación fue la naturaleza retrospectiva de de la recopilación de los datos pues impidió que se tuviese la información completa en todos los ítems y por tal motivo no se logro hacer un análisis claro en algunas variables, teniendo en cuenta esta dificultad es necesario para próximos estudios realizar investigaciones de tipo prospectivo o donde se disminuyan este tipo de complicaciones.

Los resultados en esta investigación si bien revelan algún tipo de asociación entre factores de riesgo pre y perinatales y el TDAH, no implican una relación directa con respecto a la etiología del TDAH. El objetivo principal fue describir los diferentes factores de riesgo presentes en los subtipos del TDAH.

Con base en los hallazgos encontrados en esta investigación se puede finalmente concluir que no se observaron diferencias significativas en los factores de riesgo en los tres subtipos; son pocos los estudios que hayan relacionado específicamente los subtipos TDAH y los factores de riesgo pre y perinatales, por tal motivo es preciso que en futuras investigaciones se profundice en dicha relación y se logre fortalecer en aspectos preventivos y brindar un mejor tratamiento integral de problema.

DESCRIPCION DE LOS FACTORES DE RIESGO PRE Y PERINATALES EN
LOS SUBTIPOS COMBINADO, INATENTO E HIPERACTIVO DEL
TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD

ADRIANA MARÍA QUINTERO SÁNCHEZ* Y OSCAR EMILIO UTRIA
RODRÍGUEZ**

Universidad De San Buenaventura, Sede Bogotá

2011

Tabla de Contenido

Resumen, 7

Introducción, 8

Marco teórico, 8

Variables, 39

Objetivos, 40

Método, 40

 Tipo de estudio, 40

 Participantes, 41

 Instrumento, 41

 Procedimiento, 43

Resultados, 46

Discusión, 69

Referencias, 75

Apéndices, 82

Índice de Tablas

Tabla 1: posición que ocupa el niño entre los hermanos, nivel educativo y ocupación de padre y madre, 48.

Tabla 2: Número de embarazos, hijos anteriores con problemas, dificultades en embarazos anteriores, abortos espontáneos y abortos voluntarios, 50.

Tabla 3: Enfermedades antes del embarazo, enfermedades durante el embarazo e intervenciones quirúrgicas, 52.

Tabla 4: Métodos anticonceptivos y peso ganado en el embarazo, 53.

Tabla 5: Primera consulta médica, medicamentos tomados en el embarazo, accidentes o golpes fuertes en este periodo, 54.

Tabla 6: Presencia de náuseas, vómitos, edema y sangrados vaginales, 55.

Tabla 7: Actividad física y mental agotadora durante el embarazo, 56.

Tabla 8: Vivencia del embarazo, embarazo deseado y relación de pareja, 59.

Tabla 9: Dificultades del bebé en el parto, puntuaciones Apgar, presencia de hipoxia, 62.

Índice de Figuras

- Figura 1: Porcentaje de niños con diagnóstico de TDAH según el subtipo, 47.
- Figura 2: Distribución de la muestra de acuerdo al género y al tipo de TDAH, 47.
- Figura 3: Frecuencia de consumo de tabaco durante el embarazo, 57.
- Figura 4: Consumo de alcohol durante el embarazo, 58.
- Figura 5: Consumo de sustancias psicoactivas en el embarazo, 58.
- Figura 6: Sensación de tristeza, soledad o depresión durante el embarazo, 60.
- Figura 7: Presencia de estrés, nerviosismo o ansiedad durante el embarazo, 61.
- Figura 8: Uso de anestesia durante el parto, 61.
- Figura 9: Posición en que venía el bebé en el momento del parto, 63.
- Figura 10: Duración del parto desde el inicio de las contracciones, 64.
- Figura 11: Parto inducido (provocado), 64.
- Figura 12: Uso de fórceps o ventosa, 65.
- Figura 13: Peso del bebé al nacer, 66.
- Figura 14: Tiempo de duración del embarazo, 67.
- Figura 15: Cuidados especiales del bebé al momento de nacer, 68.

Índice de apéndices

Apéndice 1: Sistematización de variables, 83.

Apéndice 2: Cuestionario de riesgo materno perinatal CMRP. (S. López Gómez, 2003).

Apéndice 3: Cuestionario de riesgo materno perinatal CMRP. (S. López Gómez, 2003). Validación (Utría, O., Sánchez, M., Nieto, D. & Palacios, L., Universidad de San Buenaventura, 2010), 99.

Apéndice 4: Formato de validación por jueces, 108.

RESUMEN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo, que se caracteriza por un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad; según predominen los síntomas el DSM-IV ha definido tres subtipos, con predominio del déficit de atención, con predominio de hiperactividad/impulsividad y con predominio combinado. Se ha propuesto que en su origen pueden estar implicados factores de riesgo pre y perinatales, como las complicaciones en el embarazo y parto. El objetivo de este estudio retrospectivo es describir los factores de riesgo pre y perinatales presentes en las madres de niños con TDAH en los tres subtipos, como resultado de la revisión de 87 historias clínicas a las cuales se les aplicó el Cuestionario Materno de Riesgo Perinatal –CMRP (López, 2003). Los resultados de esta investigación indican la presencia de factores de riesgo prenatales en los tres subtipos como antecedentes de abortos voluntarios y enfermedades durante el embarazo. Así mismo se identificaron porcentajes relevantes en las variables náuseas, vómitos, edema, sangrados vaginales, y complicaciones por golpes fuertes. En los factores de riesgo psicosocial y estado emocional se encontró presencia de actividad física y mental agotadora así como estrés y sentimientos de tristeza. Y finalmente en la dimensión de factores de riesgo perinatales se encontró un porcentaje importante de partos por cesárea. En el análisis no se observaron diferencias significativas en los tres subtipos.

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder, characterized by a persistent pattern of symptoms such as inattention, hyperactivity and impulsivity. The DSM-IV has defined three subtypes according to the aforementioned symptoms, one prevalent with attention deficit, a second predominant in hyperactivity / impulsivity, and a third with combined dominance. It has been proposed that the origin of these symptoms could be a direct result of pre and perinatal complications such as pregnancy and childbirth difficulties. The aim of this retrospective study is to describe the risk factors present in pre and perinatal mothers of children with ADHD in the three subtypes, as a result of the review of 87 medical records to which they applied the Questionnaire Maternal Perinatal Risk - CMRP (Lopez, 2003). The results of this investigation indicate the presence of prenatal risk factors in the three subtypes as a history of induced abortions and illnesses sustained during pregnancy. Also identified variables relevant percentages in nausea, vomiting, edema, vaginal bleeding and complications from severe shock. Regarding psychosocial and emotional state risk factors, the research indicates the presence of withering physical and mental activity, stress, and feelings of sadness. Finally, in the dimension of perinatal risk factors it was found that a significant percentage of births were cesarean deliveries. In the analysis no significant differences were observed between the three subtypes.

PALABRAS CLAVE: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, factores de riesgo pre y perinatales.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, cada vez más niños y niñas están siendo diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad y tratados por algún tipo de falla en el proceso atencional, las cuales inciden en su desempeño escolar, familiar, social y en general en su vida cotidiana. En el marco de esta realidad se hace necesario identificar posibles asociaciones con los antecedentes a nivel pre, peri y post natales, de manera que se logren identificar estas relaciones y se permitan establecer las medidas necesarias enfocadas a la prevención.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), al igual que los trastornos de aprendizaje se han constituido en una de las causas más frecuentes en el fracaso escolar en la infancia. El TDAH afecta a por lo menos un niño en el aula de clase y se ha determinado a partir de su sintomatología fallas en función ejecutiva, atención (especialmente sostenida) y alteración en la inhibición motora, estas manifestaciones generalmente son evidentes en el contexto escolar y social del niño.

Para establecer el diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad se han usado los criterios establecidos en el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- cuarta edición 2000). El manual describe el TDAH como un Trastorno del desarrollo que consiste en dos dimensiones de síntomas: el déficit de atención y un comportamiento hiperactivo- impulsivo, luego describe 9 síntomas de los cuales se deben cumplir 6 por lo menos para que pueda darse el diagnóstico y a la vez se logre sub clasificar en tres tipos: de tipo combinado, de tipo inatento, de tipo hiperactivo-impulsivo (APA, 2000).

Aunque los primeros datos sobre niños hiperactivos aparecieron a mitad del siglo XIX, fue el médico pediatra inglés George Frederic Still quien describió sistemáticamente las características de este trastorno en 1902. Still desarrolló una concepción muy particular de la hipercinesia asociándola a fallos en el

“control moral” que no obedecían a deficiencias intelectuales, además señaló como correlatos de esta escasa capacidad para interiorizar reglas, los problemas atencionales, la mentira, el robo, una aparente reducción de la sensibilidad al castigo, acusada inmadurez, labilidad emocional y elevada frecuencia de anomalías físicas sin importancia. Posteriormente se encontró que niños que habían sufrido un daño cerebral presentaban síntomas similares a los descritos por Still, lo que propició que se adscribiera la hiperactividad a una alteración neurológica (Miranda, Jarque & Soriano, 1999).

En la década de los 60's se intentó comparar este trastorno con un tipo de disfunción cerebral mínima cuya expresión se daba en niños con inteligencia normal y presentaba características como hiperactividad, desajustes perceptivo motores, inestabilidad emocional, deficiencias en la atención y regulación en general, impulsividad, trastornos de la audición y del habla, deficiencias en la memoria y el pensamiento, signos neurológicos menores, irregularidad electroencefalográfica y dificultades específicas en el aprendizaje, sin embargo al no tener apoyo empírico suficiente que validara el concepto de disfunción cerebral mínima, los investigadores especialmente psicólogos dirigieron sus esfuerzos a intentar caracterizar la hiperactividad como un trastorno del comportamiento. (Miranda et., al 1999).

En la década de los 70's, Douglas (1972; citado por Miranda et al, 1999) argumentó que la deficiencia básica en niños hiperactivos no era el excesivo grado de actividad, si no su incapacidad para mantener la atención y regular su impulsividad. Esta insuficiente autorregulación explicaría la incapacidad para adaptarse a las demandas sociales, es decir poner límites a su comportamiento y a la mayoría de problemas que presentan este tipo de pacientes.

En la actualidad una considerable parte de la literatura define el trastorno por déficit de atención e hiperactividad como una alteración en el funcionamiento de las funciones ejecutivas, con gran énfasis en alteración en el control inhibitorio comportamental (Muñoz-Céspedes & Tirapu-Ustárrroz 2004).

Anderson (2002; citado por Romero-Ayuso, Maestú, González-Marqués, Romo-Barrientos, Andrade, 2006) expone un modelo explicativo del desarrollo de las funciones ejecutivas en la infancia, de acuerdo a este modelo las funciones ejecutivas se dividen en cuatro factores: flexibilidad cognitiva, establecimiento de metas, procesamiento de la información, y control mental; tales factores parecen estar alterados de acuerdo al subtipo de TDAH que el niño presente.

De acuerdo a lo anterior se puede observar que el TDAH, más destacado por sus síntomas motores, ha sido una problemática frecuente y persistente a lo largo del tiempo en la que una gran proporción de niños y familias se ha visto afectada.

Por lo tanto es necesario realizar una revisión histórica a cerca del tema que permita presentar de una manera más clara algunas conceptualizaciones que se han realizado en torno al proceso de atención y sus dificultades.

Entre las primeras definiciones que dieron lugar al estudio de la atención está la de William James en 1890 en la que se postuló que la atención es:

“tomar posesión de la mente, en una forma vivida y clara de uno de muchos posibles objetos o formas de pensamiento presentados en forma simultánea. La focalización y la concentración de la conciencia son parte de su esencia. Implica hacer a un lado algunas cosas para poder manejar otras eficientemente”, Cowan (1995; citado por González & Ramos 2006).

Esta definición hace referencia a la atención selectiva, es decir, a la inhibición de estímulos irrelevantes que permiten centrar la atención en aquellos que son relevantes en un momento dado, Cowan (1995; citado por González & Ramos 2006). Esta definición continua siendo válida para la explicación de algunas de las características en la descripción actual del Déficit Atencional.

Otro estudio relevante en el tema de la atención es el realizado por Broadbent (1952 & Cherry 1953; citados por González et al, 2006) donde realizaron una serie de experimentos conductuales de escucha dicótica en los que encontraron que los sujetos eran capaces de dirigir la atención a uno de los canales de audición en función de las instrucciones recibidas, pero que era difícil recordar lo que se les había presentado a través de otro canal como la visión y el tacto; esto indicaba que en muchas ocasiones la capacidad atencional era limitada a un canal receptivo. Generalmente la atención es evaluada por medio de sub pruebas de dígitos y se observa que cantidad de dígitos o unidades de información puede retener un sujeto para establecer su capacidad atencional, en estos estudios los sujetos retenían 7 dígitos aproximadamente.

Desde el punto de vista psicosociológico, uno de los pilares en el estudio de la atención fue Pavlov (González et., al 2006), quien en 1927 describió un reflejo de orientación, el cual consiste en dirigir la atención hacia el estímulo novedoso en forma automática e involuntaria. Este reflejo puede incluso interferir con la atención voluntaria que se esté destinando a una tarea.

La existencia del reflejo de orientación recibió validación del trabajo de Hans Berger, quien en 1929 describió la supresión del ritmo alfa del registro electroencefalográfico ante la estimulación externa, así como del descubrimiento del sistema reticular activador ascendente realizado por Moruzzi y Mangoun en 1949; estos descubrimientos sustentan que la atención puede ser voluntaria e involuntaria, y que el nivel de alertamiento (arousal) es una forma de atención requerida para mantener el estado de vigilia y responder a la estimulación externa. Esta definición planteada por Pavlov permitió entender mejor la actividad atencional involuntaria necesaria para que el proceso atencional voluntario se dé y se pueda llevar a cabo una actividad en particular. Este nivel de alertamiento tiene un efecto directo en la capacidad para mantener la atención por periodos largos (atención sostenida). (González et., al 2006).

El diagnóstico y el tratamiento de la atención fue descrito como se mencionó anteriormente por Still y Tredgold 1902 (García-Ogueta 2001), quienes describieron en ese momento lo que ellos conceptualizaron como “defecto en el control moral”, señalaron también mayor incidencia de este trastorno en niños que en niñas de la misma edad y puntualizaron alguna sintomatología asociada al cuadro, como trastornos de aprendizaje, hiperactividad y trastornos generales de la conducta.

Según Still (1909; citado por Gratch, 2009) “estos niños mostraban fundamentalmente un déficit en el “control moral”, es decir una pobre inhibición de la voluntad, que tal como lo indicaba el criterio médico imperante en la época, se asoció a malformaciones congénitas que se evidenciaban en diferencias en los diámetros craneanos, alteraciones psicomotoras y alteraciones conductuales” pág. 19. Además señaló como correlatos de esta escasa capacidad para interiorizar reglas los problemas atencionales, la mentira, el robo, una aparente reducción de la sensibilidad al castigo, acusada inmadurez y labilidad emocional. Así mismo describió un alto porcentaje de alcoholismo, criminalidad, depresión y suicidio entre los familiares de estos niños, intentando hallar como etiología causas hereditarias. En aquella época también se describió que los pacientes diagnosticados con TDAH, en la adolescencia presentaban comorbilidades de tipo comportamental como trastorno oposicionista desafiante, trastorno disocial entre otros. (Gratch, 2009).

La visión reducida que se tenía de estas dificultades en aquella época residía fundamentalmente en el pesimismo en cuanto al pronóstico y en la excesiva explicación biológica, dejando de lado la posibilidad de la influencia de los factores ambientales, como patrones de crianza y causas psicológicas dentro de una posible etiología. En la actualidad tales visiones se han ido reestructurando pues se ha comprobado la influencia directa que genera el contexto, como las pautas de crianza en la familia y estimulación o no del ambiente en la aparición de este trastorno.

Durante mucho tiempo los niños que presentaban síntomas típicos TDAH (hiperactividad, impulsividad e inatención) fueron considerados poseedores de un daño o disfunción cerebral mínima que se originaba de una secuela de una lesión o un trauma ocurrido durante el parto o en etapas tempranas.

En 1917 y 1918 la epidemia de encefalitis viral de Von Economo, demostró la relación existente entre lesión frontal y conducta hiperactiva y desinhibida, problemas de aprendizaje y cambios importantes en la personalidad, Oman, (1992 & Ebaungh, 1993; citados por García-Ogueta, 2001) igualmente se acuñó el término “trastorno de la conducta prosencefálico”. Para describir este comportamiento, se evaluaron niños con lesiones cerebrales en búsqueda de anomalías, basados en los antecedentes personales y de desarrollo, clasificaron a estos sujetos en dos categorías: los que tenían daño cerebral y los que no lo presentaban. Al comparar los dos grupos en lo cognitivo y lo emocional, hallaron que los pacientes con antecedentes patológicos tenían hiperactividad más grave, labilidad emocional, trastorno de la percepción, impulsividad, distractibilidad, rigidez y perseverancia. A los niños que tenían conducta hiperactiva e impulsiva, ante la ausencia de lesión cerebral evidente, se les clasificó como portadores de un daño cerebral mínimo.

En 1937 gracias a Bradley, citado por Gratch (2009) “se descubrió el efecto paradójico tranquilizante de los psico-estimulantes, en los niños hiperquinéticos y se señaló la eficacia de las anfetaminas para atenuar la conducta disruptiva, trastornos generales de la conducta, la impulsividad y la hiperactividad en estos niños” pág. 20.

En 1972 Virginia Douglas citada por Gratch (2009) en un trabajo presentado en la sociedad de Psicología Canadiense, señaló que “las características esenciales de este síndrome eran la dificultad para mantener por un largo periodo la atención y para controlar los impulsos” Pág. 20. Esta insuficiente autorregulación explicaría la incapacidad para adaptarse a las demandas sociales, es decir, para imponer límites a su comportamiento y la mayoría de los problemas asociados que experimentan los sujetos hiperactivos.

Estas manifestaciones clínicas eran más significantes para el diagnóstico que los mismos indicadores de hiperactividad.

Después de décadas en las que se adoptaron definiciones sustancialmente distintas, se produjo un acercamiento en la concepción de la hiperactividad que se evidencia en los dos sistemas actuales de clasificación internacionales: el manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales (DSM) y la clasificación internacional de los trastorno mentales (ICD), los criterios específicos que se incluyen en el DSM-IV (2002) para el diagnóstico del TDAH y el CIE-10 (1992), recogen un listado similar de 18 síntomas. Tanto en uno como en el otro se refieren a conductas de inatención, interpretada como un estilo conductual de cambio frecuente de actividades, la hiperactividad entendida como exceso de actividad o movimiento en situaciones que requieren calma, e impulsividad como estilo de conducta demasiado rápido y precipitado. Coinciden también en la necesidad de que los síntomas persistan a lo largo del tiempo y a través de las situaciones, con desajustes significativos clínicamente al menos en dos contextos diferentes (Miranda, Jarque & soriano 1999).

Para abordar el tema de trastorno por déficit de atención e hiperactividad es pertinente mencionar los modelos atencionales más citados que exponen desde diferentes posiciones conceptuales el proceso de atención, algunos de estos modelos son el modelo de Mesulam, modelo de Broadbent y modelo de Ponsner y Petersen.

El modelo de Mesulam (1985; citado por Portellano, 2005; Mesulam 1987 citado García-Ogueta, 2001) se encuentra basado en cuatro componentes que involucran diferentes estructuras cerebrales “1. Sistema reticular, relacionado con el mantenimiento del nivel de alerta y vigilancia 2. Sistema límbico y giro cingulado, responsables de los aspectos motivacionales de los procesos atencionales 3. Sistema frontal, responsable de coordinar los programas motores 4. Sistema parietal encargado de realizar la representación o mapa sensorial interno”. Pg 147 Portellano (2005). Para este modelo los procesos de atención se modulan en dos sistemas llamados matriz atencional y vector

atencional, el primer vector regula la capacidad para procesar la información, el nivel de vigilancia y la resistencia a la interferencia; el segundo vector está relacionado con los procesos de atención selectiva, en ambos sistemas intervienen estructuras cerebrales como formación reticular, tálamo y lóbulo parietal entre otras.

El modelo de Broadbent (1982) destaca que el proceso de atención funciona como un filtro ya que el organismo debe elegir entre varios estímulos sensoriales recibidos por diferentes receptores seleccionando el estímulo que necesite y excluyendo los restantes. La información nueva es acumulada en un almacén a corto plazo mientras que la información del pasado es guardada en el almacén a largo plazo, es importante rescatar la influencia del modelo en el aprendizaje pues se destaca también que únicamente la información que pasa a través de sistema perceptual puede llegar a almacenarse a largo plazo y convertirse en aprendizaje Broadbent (1982; citado por Portellano, 2005).

Otro modelo que presenta una de las conceptualizaciones más importantes en el estudio de la atención desde el enfoque cognitivo es el modelo de Posner y Petersen, Posner (1995; citado por García-Ogueta, 2001) en este modelo se muestra que el proceso atencional está formado por dos sistemas anatómicos: sistema posterior (relacionado con la atención voluntaria y respuesta de orientación) y el sistema anterior (relacionado con el control consciente y voluntario de la atención), según este modelo existe una jerarquización de la atención donde el sistema anterior ejerce control sobre el sistema posterior, Posner y Petersen (1990; citado por Portellano, 2005). Este modelo brinda una particular importancia al sistema de atención del lóbulo frontal (sistema anterior) llamado por estos autores como “sistema atencional ejecutivo”, según esta propuesta el lóbulo frontal tiene a su cargo la programación de las operaciones mentales, por lo tanto desempeña un papel primordial en la activación de los sistemas de atención selectiva de la corteza posterior (Kolb & Whishaw 2006)

Estos modelos brindan una aproximación a cerca de cómo funciona el mecanismo atencional y nos dan un sustento teórico para entender las

dificultades relacionadas con la atención como es el caso del déficit de atención e hiperactividad, Posner y Petersen (1990; citado por Funes & Lupiáñez 2002).

Uno de los modelos más ampliamente aceptados dentro de las comunidades científicas fue el propuesto por Barkley (1997; citado por Filippetti & Mias 2009), hacia la construcción de una teoría unificada para el TDAH. Este modelo plantea la existencia de un déficit en la inhibición conductual como característica principal del trastorno, lo que ocasionaría un efecto cascada, un déficit en las funciones ejecutivas como memoria de trabajo, autorregulación del afecto-motivación-arousal, internalización del lenguaje y reconstitución.

Inicialmente Barkley (1999) afirmaba que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un trastorno en el desarrollo especialmente del autocontrol, que abarcaba dificultades para sostener la atención, para controlar los impulsos y los niveles de actividad, así mismo este tipo de dificultades incidían en la capacidad de controlar la conducta a lo largo del tiempo, obstaculizan la ejecución de metas y la capacidad para predecir consecuencias. En la actualidad no solo se tiene en cuenta la inatención o la hiperactividad también se tienen en cuenta factores que tiene que ver con el desarrollo del niño al igual que con los modelos de crianza a los que ha estado expuesto.

Según Pineda & Rosselli (1997) el déficit de atención con hiperactividad TDAH se caracteriza por la presencia persistente de inatención, impulsividad e hiperactividad, estas dificultades deben aparecer en por lo menos dos contextos donde el niño se desenvuelva. El diagnóstico de este trastorno se debe hacer solamente si estas conductas están interfiriendo significativamente en el desempeño escolar, familiar y socio-afectivo del niño, pues en muchas ocasiones suele darse el diagnóstico a otras dificultades que presentan síntomas parecidos a los del TDAH, como es el caso de depresión infantil, trastornos de aprendizaje o algunas alteraciones comportamentales.

Las manifestaciones de este trastorno aparecen en etapas escolares, sin embargo se ha demostrado la permanencia de los síntomas en adolescentes y adultos (Brown 2003). En la infancia comúnmente estos niños se comportan de manera impulsiva lo que repercute en sus relaciones interpersonales y en su desempeño escolar, también se presentan dificultades para concentrarse o realizar una sola actividad y finalizarla, otro rasgo importante en la conceptualización del déficit son los altos niveles de actividad física muchas veces interpretado como “much energía”. (Roca & Alemán 2000). En edades adultas Estas alteraciones impactan significativamente en el desempeño laboral y social del sujeto que lo presente.

No obstante el concepto de déficit de atención es amplio y se extiende mucho más allá de la baja capacidad para prestar atención, se han evidenciado también deficiencias en organización, seguimiento de instrucciones, finalización de actividades entre otras, lo que nos muestra que en el TDAH no solo se ve alterada una función sino un conjunto de funciones que son responsables del procesamiento general de la atención.

Brown (2003), expone que las fallas observadas diferentes al bajo procesamiento atencional son un solapamiento de alteraciones en el funcionamiento ejecutivo y se demuestran generalmente en una dificultad para regular los procesos de control e inhibición comportamental (Romero-Ayuso, Maestú, González-Marqués, Romo-Barrientos & Andrade, 2006). El funcionamiento ejecutivo pueden dividirse en cuatro factores: flexibilidad cognitiva que incluye atención dividida, memoria de trabajo y retroalimentación; establecimiento de metas compuesto por planificación, organización y planeación; procesamiento de la información que tiene que ver con la fluidez y velocidad de procesamiento y finalmente el control atencional que incluye la atención selectiva, capacidad de autorregulación y automonitoreo. (Romero et., al, 2006).

Desde un punto de vista más amplio se puede decir que el funcionamiento ejecutivo son una serie de capacidades cognitivas empleadas en situaciones en

las que el individuo debe realizar una acción finalística, no rutinaria o poco aprendida, que exige inhibir las respuestas habituales que requieren planificación, toma de decisión y que demanda el ejercicio de la atención consciente; estas capacidades generalmente se encuentran alteradas en los niños y adultos que presentan TDAH (Sánchez-Carpintero & Narbona, 2001).

Según lo anterior se puede evidenciar que el déficit primario en el TDAH se encuentra relacionado con una disfunción en los lóbulos pre frontales es decir en el funcionamiento ejecutivo (Romero et., al, 2006). De igual manera los criterios de diagnóstico establecidos en la clasificación DSM-IV están dirigidos en su mayoría a la descripción de este tipo de alteraciones (Ayora, 2004; Muñoz-Céspedes & Tirapu-Ustárriz 2004).

Según el DSM-IV (2002) la característica esencial del trastorno, es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad –impulsividad, algunos de estos síntomas pueden presentarse antes de los siete años (Vaquerizo, 2005) y habitualmente se presentan problemas relacionados con estos síntomas en la casa y el colegio. Debe haber una clara interferencia en el desempeño académico, social o laboral del paciente. La ejecución de estos niños a nivel académico es insuficiente para alcanzar las exigencias escolares, pues tienen marcada dificultad en mantener y finalizar una actividad. Otra deficiencia importante es la falla en el seguimiento de instrucciones y ordenes esta dificultad incide en el comportamiento en general del niño. Así mismo se observan deficiencias en la anticipación, organización y planeación de las actividades, las tareas de mayor complejidad que requieran un esfuerzo mental más alto y una dedicación más detallada por lo general son rechazadas por pacientes diagnosticados con TDAH (García, Expósito, Martínez, Quintanar & Bonet 2005).

Los criterios del DSM-IV son los más utilizados para realizar el diagnóstico clínico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad:

1. Inatención: debe presentar al menos seis de las siguientes manifestaciones:

- Fracasa en prestar atención a los detalles o comete errores por no ser cuidadoso en las actividades
- Tiene dificultad en sostener la atención en tareas o en actividades de juego
- No parece escuchar lo que le están diciendo
- No puede seguir instrucciones y fracasa en concluir sus actividades
- Evita fuertemente las tareas que requieren esfuerzo mental sostenido
- Es fácilmente distraído por estímulos extraños

2. Hiperactividad vista en al menos seis de los siguientes aspectos:

- Molesta agitando sus manos o pies es su puesto
- Deja su asiento de clase cuando lo esperado es que permanezca allí
- Corretea constantemente de un lugar a otro
- Tiene dificultad para implicarse en actividades de ocio tranquilamente
- Habla excesivamente

3. Impulsividad

- Da respuestas abruptas a preguntas, antes de que las preguntas hayan sido terminadas
- Tiene dificultad para esperar el turno
- Interrumpe a los otros o invade lo que están haciendo

En cuanto a su epidemiología, este desorden se presenta con más frecuencia en hombres que en mujeres en una proporción de 2:1 hasta 5:1, se estima que a los 19 años de edad el TDAH tiene una incidencia acumulada de 16% en la población norteamericana y en la población colombiana una

prevalencia de 16.4 % a 17.1% para las edades entre los 4 y 17 años. La razón de presentación por género masculino:femenino en estas dos poblaciones es de 2:3 y 2:1 respectivamente, sin diferencia de estrato en la última (Vera, Ruano, Ramírez, 2007). Dentro de esta diferencia se observa que los niños presentan un mayor número de síntomas de sobreactividad motora, mientras que en el caso de las niñas predominan las alteraciones atencionales (Cardo & Servera 2005; Amador et al, citado por López, Castro, Alcántara, Fernández & López 2009).

Uno de los síntomas más relevantes en el TDAH es la hiperactividad, esta puede manifestarse por un exceso de actividad como saltar o correr en lugares donde no es adecuado, el niño no logra quedarse quieto ni disfrutar de actividades tranquilas. Este síntoma puede variar de acuerdo a la edad y el nivel de desarrollo, pues en niños muy pequeños que poseen este trastorno puede observarse una necesidad constante de tocar todo o precipitarse para realizar cualquier tarea. En el ámbito escolar esta dificultad puede ser evidente en la dificultad para pedir el turno conversacional, interrumpiendo las conversaciones de otros; así mismo en los adolescentes y adultos, los síntomas de hiperactividad se pueden ver en problemas para dedicarse a actividades tranquilas (Rodríguez, 2010).

La impulsividad otro síntoma principal en el TDAH se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas antes que la pregunta haya sido terminada y fallas para esperar el turno. Estas características pueden llevar al sujeto con TDAH a incurrir en actividades potencialmente peligrosas sin considerar las consecuencias (Etchepareborda, 1999).

Estas manifestaciones conductuales pueden ser muy bajas cuando el niño se encuentra bajo un control muy estricto, en una situación nueva, o en una interacción uno a uno (evaluación consultorio) o mientras existan gratificaciones por una conducta adecuada, por esta razón es necesario evaluar al paciente

teniendo en cuenta su comportamiento en diferentes contextos especialmente donde se enfrente al control de estímulos (DSM-IV, 2002).

La sintomatología mencionada puede tener determinados predomios, de tal forma que no están presentes necesariamente todas las características al mismo tiempo, por esta razón el DSM IV en 1994 realiza la definición de 3 subtipos, con predominio del déficit de atención, con predominio de hiperactividad- impulsividad y el subtipo combinado. Esta agrupación fue fruto del debate sobre las características que definen el TDAH, que ha implicado múltiples revisiones a lo largo de los últimos 30 años. Se ha descrito sistemáticamente que los diferentes subtipos muestran diferentes patrones de deterioro en base a las dimensiones de la sintomatología (Escobar, Hervas, Soutullo, Mardomingo, Uruñuela & Gilaberte 2008).

Etchepareborda (1999) refiere que no todos los que presentan TDAH muestran una homogeneidad sintomática, es posible encontrar niños con una afectación específica de la atención con muy poco compromiso de los otros dos síntomas nucleares impulsividad-hiperactividad, e incluso sin ellos, por estas razones se han distinguido en los últimos años, tres subtipos según el compromiso del síntoma nuclear afectado: trastorno por déficit de atención con hiperactividad de tipos combinado (TDAH C), tipo con predominio del déficit de atención (TDAH D), tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (TDAH HI).

Así mismo Etchepareborda (2004) reportó diferencias según subtipos del TDAH, en cuanto a perfiles de actividad cerebral, medida mediante magnetoencefalografía, mientras se realiza una tarea. En este estudio se reportaron diferencias en el funcionamiento cerebral de estos niños mientras realizaban una actividad que requería flexibilidad cognitiva (Test de Clasificación de Tarjetas del Wisconsin); evidenciado por un mayor número de errores perseverativos en el grupo combinado. Etchepareborda (2004; citado por Filippetti & Mías 2009)

El subtipo con predominio del déficit de atención presenta básicamente un compromiso del estado de alerta, la atención sostenida y la atención selectiva, así como dificultades leves en mecanismos de control inhibitorios neo corticales (control de espera, de impulsos y de interferencia). Así mismo los niños con predominio hiperactivo-impulsivo presentan un escaso control en la espera, bajo control de los impulsos y bajo control ante la interferencia, con trastornos de la psicomotricidad, pobre manejo de la anticipación así como tendencia a precipitarse; y el subtipo con predominio combinado presenta características de inatención e hiperactividad- impulsividad (Etchepareborda1999).

El déficit primario del TDAH de predominio hiperactivo está vinculado a disfunciones ejecutivas, sus manifestaciones incluyen inflexibilidad cognitiva, incapacidad para desarrollar un plan de acción y una meta, mantener un plan en la mente y llevarlo a cabo con ayuda de planificación. La evidencia empírica sugiere que las manifestaciones conductuales del subtipo con hiperactividad-impulsividad están relacionadas con una disfunción subyacente de inhibición de respuesta, Barkley (1987; citado por Capdevila, Artigas; Ramírez, López, Real & Obiols, 2005). Barkley propone una teoría para los subtipos combinado e hiperactivo, según la cual el déficit primario de inhibición conductual interferiría con otras funciones ejecutivas como memoria de trabajo no verbal, memoria de trabajo verbal, autorregulación del afecto/motivación/ activación y reconstitución, generando un déficit de control motriz, fluencia y sintaxis. Para el subtipo combinado se han descrito principalmente dificultades en atención sostenida, distractibilidad y flexibilidad cognitiva (Capdevila et al, 2005).

Bará-Jiménez , Vicuña, Pineda & Henao (2003; citado por fllippeetti & Mias 2009) realizaron una investigación según subtipos de TDAH, en la que investigaron los perfiles neuropsicológicos y conductuales en una muestra no aleatoria de 79 niños de 8 a 11 años de edad, distribuidos en 24 niños con TDAH combinado, 19 niños con TDAH inatento y 36 niños para grupo control. Los resultados obtenidos evidenciaron una mayor impulsividad y alteración en la capacidad de atención sostenida en el grupo combinado, mientras que en el

grupo inatento se evidenciaron dificultades en la atención sostenida. En el test de la figura de Rey se evidenció un menor rendimiento en el grupo inatento con relación al combinado y al control; y en el prueba de fluidez verbal se observó un menor rendimiento en el grupo inatento con relación al control, no así en la prueba de fluidez fonológica.

Las características anteriores pueden ser valiosas desde el punto de vista descriptivo, sin embargo para realizar un diagnóstico acertado y un tratamiento efectivo del TDAH se debe tener en cuenta su etiología y posibles causas.

La etiología de este trastorno no es fácilmente descrita pues no existe un solo factor que por sí solo lo explique; los componentes clínicos de TDAH involucran una red de sistemas neuroquímicos y neuroanatómicos sin embargo se ha formulado que los niños con TDAH presentan alteraciones en algunos sistemas cerebrales ligados a los procesos de atención, activación e inhibición (Rosselli, 1997); la primera causa a la cual se le atribuye este trastorno es de tipo biológico, es decir a factores genéticos donde se revela en estudios realizados una concordancia entre el 20% y 32% de parientes en primer grado que presentan el mismo trastorno; así mismo en estudios efectuados en gemelos se ha hallado un concordancia importante; En gemelos que son monocigóticos (idénticos) la concordancia varía entre 60 y 90% mientras que en gemelos bicigóticos (fraternales) es del 20 al 30%, estas concordancias se han comprobado con la realización de diagnósticos de tipo psicométrico con escalas estandarizadas a padres y maestros (Mediavilla, 2003; Ayora 2004; Pineda & Trujillo 2010 citado por Rosselli et al, 2010;).

Rhee, Waldman, Hay & Levy (1999 citados por Martínez 2006) realizaron un estudio examinando la magnitud de las influencias genéticas y ambientales sobre el TDAH. Participaron 2.391 gemelos y pares de hermanos provenientes de Australia, entre 3 y 18 años. Encontraron que los síntomas en la población fueron altamente heredables. La magnitud de la influencia familiar fue similar para los niños y niñas, aunque había influencias medioambientales compartidas en las niñas, pero no en los niños y dominancia genética para los niños pero no

en las niñas, Martínez (2006). Este estudio sugiere que el TDAH se influencia principalmente de los factores genéticos.

Aunque el sustrato neurobiológico del TDAH no se conoce con exactitud hasta el momento, Quintero, Navas, Fernández & Ortiz (2009) mencionan dos hipótesis: la primera o hipótesis fronto-estriatal postula la existencia de una disfunción en los circuitos frontoestriatales a partir de estudios anatómicos y funcionales realizados por medio de neuroimágenes y la segunda alternativa, es la hipótesis cortical superior que demuestra la existencia de alteraciones en otras regiones corticales posteriores, realizada también con apoyo de las neuroimágenes. La primera hipótesis considera el circuito fronto-estriatal parte esencial del sustrato neurofisiológico de las funciones ejecutivas. Diversos estudios de neuroimágenes muestran una disfunción frontoestriatal en el TDAH: estudios con tomografía por emisión de positrones (PET) muestran una disminución en el metabolismo cerebral de la glucosa frontal, así mismo se han observado alteraciones en un circuito cortical posterior que parece involucrar, al menos a la corteza temporal superior posterior y a la corteza parietal inferior, dando lugar a la segunda hipótesis (Capilla, Pazo, Campo, Maestú, Fernández, Fernández, & Ortiz 2005; Quintero et al, 2009).

Otra hipótesis que apoya el papel neurobiológico en el TDAH es la relacionada con la efectividad de los tratamientos farmacológicos (metilfenidato y anfetaminas) los cuales regulan el nivel de actividad y facilitan la atención. Estos medicamentos modifican la actividad de la dopamina y de la noradrenalina en el cerebro dando como resultado una regulación conductual (Ayora, 2004). Esta modificación se debe al mejoramiento de los impulsos nerviosos en determinados circuitos fronto-estriado (mediados por la neurotransmisión) que no funcionan óptimamente. La dopamina y la noradrenalina tienen una gran importancia en la activación de las vías pre frontales responsables de focalizar y mantener la atención, pero también en la mediación de la energía, la fatiga, la motivación y el interés (Artigas-Pallarés, 2004)

Existen dos modelos neurobioquímicos para explicar la sintomatología del TDAH: la alteración de la dopamina como único neurotransmisor implicado y la alteración catecolaminérgica donde la alteración es múltiple (Pineda & Trujillo 2010 en Rosselli et al, 2010). Este desbalance bioquímico en niños con TDAH se evidencia en una reducción en la cantidad de norepinefrina en las regiones posteriores del hemisferio cerebral derecho. Shaywitz (1991; citado por Rosselli 1997) así como una alteración en los sistemas dopaminérgicos que operan el control de la locomoción, el refuerzo positivo y negativo, Harris (1995; citado por Rosselli 1997).

Esta influencia hereditaria es visible también en la práctica clínica, pues se observa que niños que han sido diagnosticados con TDAH por lo general presentan un familiar muy cercano (padres, hermanos) que ha presentado o sobrelleva este trastorno. En otros trastornos comportamentales que implican control de los impulsos (psicopatías, comportamiento compulsivo, búsqueda de emociones fuertes etc.) también se ha relacionado a factores genéticos.

Otras causas a las cuales se les atribuye este trastorno son las lesiones cerebrales, pues como se pensaba anteriormente en un gran número de niños que habían sufrido algún tipo de daño cerebral se observaba una sintomatología muy parecida a la del TDAH (Ayora, 2004), no obstante la investigación en este tema no ha ofrecido un aporte evidente de esta afirmación, pues en los estudios de pacientes con TDAH solo en un 5-10% se encontró evidencia de daño cerebral (Roca & Alemán, 2000).

Un aspecto que también ha estado asociado con los síntomas del TDAH es el factor alimenticio. La ingesta de alimentos que contiene edulcorantes, tintes y preservativos artificiales se han relacionado con algunos síntomas del TDAH como incremento en los niveles de actividad (Roca et al, 2000). Hasta el momento no hay evidencia contundente, sin embargo muchos padres afirman que cuando sus niños con TDAH están en una dieta especial presentan mejorías en su conducta. Los aspectos dietéticos de TDAH aun se encuentran

en estudio y no hay evidencia científica comprobada, Aguilar (2002; citado por Martínez 2006).

Los factores neurológicos son una hipótesis basada en dos tipos de hallazgos, entre los primeros se pueden mencionar los problemas o alteraciones ocurridas a lo largo del embarazo y el parto, así como indicadores de retraso en el desarrollo motor y algunas alteraciones neurológicas evidentes como dificultad en la coordinación y precisión motora, lateralidad cruzada, etc. (Roca et al, 2000).

En los segundos hallazgos se ha propuesto como posible causa a una baja actividad metabólica en la corteza orbitofrontal derecha así como en la corteza premotora, estriato, tálamo, hipocampo y cíngulo, Himelstein (2000; citado por Pineda, 2010). Así mismo alteraciones estructurales como menor tamaño en la parte posterior del cuerpo calloso que están implicadas en la presencia de anomalías en circuitos fronto-estriales, también han sido estudiadas como posibles factores causales (Artigas-Pallarés, 2003; Ayora, 2004).

Otra consideración importante es la influencia del ambiente, que más que un factor de causa en la aparición del trastorno por déficit de atención, es un aspecto importante en cómo se dará el curso y pronóstico del trastorno. Los factores psicosociales como interacción con padres y estabilidad del sistema familiar son un componente crucial en la aparición de problemas emocionales y conductuales especialmente en el TDAH (Roca et al, 2000). Los patrones de conducta que modelen los padres o adultos con que viva el niño regularán o potencializarán conductas como la impulsividad fundamentalmente en niños que tienen predisposición a la hiperactividad.

En los sistemas familiares que influyen negativamente en esta problemática por lo general existe algún tipo de violencia o una ambivalencia en la administración de la autoridad, son ambientes con deficiente uso de la disciplina, que no favorecen el autocontrol siendo este específicamente una de

las carencias de los niños con TDAH, esto apoya la hipótesis de la influencia del contexto familiar en el curso e intervención de este trastorno.

Carr (1999; citado por Raya, Herrerezo & Pino, 2008) planteaba que aquellos entornos en los que se era intolerante o se castigaban las conductas propias de la hiperactividad, ofreciendo oportunidades limitadas para el desarrollo de habilidades de autorregulación, mantenían o aumentaban la sintomatología de la hiperactividad, mientras que en sistemas sociales más tolerantes y con mayor apoyo favorecían el desarrollo de habilidades de autorregulación. En un estudio realizado por Hurt, Hoza y Pelman (2007; citado por Raya et, 2008) con 110 niños diagnosticados con TDAH y sus respectivos padres, concluyeron que altos niveles de afecto por parte de los padres estaban significativamente relacionados con la aceptación y el menor rechazo por parte de los compañeros, mientras que el inadecuado manejo de la autoridad (controladores) producía el efecto contrario. Este estudio ubica a las dimensiones de afecto, manejo de la autoridad y control como aquellas que influyen el desarrollo social de los niños con TDAH.

Generalmente los niños que están expuestos a un entorno en condiciones de adversidad presentan a su vez dificultades de aprendizaje o de tipo emocional, muchos de ellos tienen padres que presentan alguna psicopatía o condiciones familiares y sociales caóticas, esta interacción de factores asociados a un diagnóstico de TDAH en niño pueden anunciar en edad tempranas trastornos de tipo disocial y posteriormente en la adolescencia dependencia a las drogas o el alcohol; esta compleja interacción de factores se ha estudiado como complejo TDAH- Trastorno disocial (TD)- dependencia de cigarrillo, alcohol y otras sustancias, visto como el resultado de condiciones sociales y familiares adversas asociadas a la manifestación de TDAH y TD, Puerta (2002; citado por Pineda & Trujillo 2010).

No solo el reconocimiento de las causas es importante para identificar si un paciente padece TDAH o no, es necesario realizar una evaluación neuropsicológica detallada apoyándonos en diversos instrumentos como

escalas diagnósticas, baterías y test de evaluación, por este motivo a continuación se hará referencia a algunas herramientas que pueden usarse para la evaluación del déficit atencional.

La evaluación del TDAH es un proceso complejo donde se requiere además de un evaluador clínico experto, el uso de herramientas como las escalas aplicadas a padres y maestros; unas de las más empleadas es la escala de Conners (cuestionario de hiperactividad de Conners 1973) esta escala actualmente se compone por 10 ítems que pretenden evaluar síntomas psicopatológicos asociados al TDAH (Zuluaga & vasco 2009). Otro cuestionario es la escala de Iowa de hiperactividad y agresividad de Conners para profesores (cuestionario derivado de la escala de Conners realizado por Loney y Milch en 1982), este instrumento está dividido en dos factores, el primero describe los comportamientos hiperactivos y el segundo los componentes de agresividad-oposicionismo (Mateo 2006; Zuluaga & vasco 2009).

Se pueden usar otro tipo de sondeos como el cuestionario de situaciones en la escuela (Barkley 1982), que recoge información del desempeño del niño en situaciones escolares, el cuestionario de situaciones en el hogar (Barkley 1981), complementa la información que los padres pueden dar acerca del comportamiento del niño en lugares fuera de la escuela, la escala para la evaluación del déficit de atención e hiperactividad Farré & Narvona 1997, y el inventario de síntomas para niños y adolescentes Stony Brook, Gradow y Sprafkin, 1995) incluyen la descripción de algunas comorbilidades como trastorno de ansiedad, trastorno negativista desafiante y trastorno disocial entre otros (Mateo, 2006).

En la evaluación neuropsicológica se deben incluir pruebas que evalúen la función intelectual general del niño, incluyendo las habilidades perceptuales, espaciales, construccionales, atencionales y de memoria, sin embargo dado que el problema principal del niño con TDAH se presentan en la función atencional y en el control de la actividad motora, se deben incluir pruebas que evalúen detalladamente las funciones ejecutivas (Rosselli, Matute & Ardila

2010). Es fundamental incluir en el proceso de evaluación pruebas de fluidez verbal, que ayudan a precisar la capacidad de planear, iniciar y organizar, así mismo es necesario valorar la capacidad de mantener la atención por periodos amplios, la capacidad de inhibir información y la flexibilidad cognitiva, para medir estas habilidades se pueden usar pruebas como el Stroop, la prueba de ejecución continua o el Wisconsin card (Zuluaga & vasco, 2009).

Resulta fundamental apoyar el diagnóstico del TDAH con la identificación de las diferentes comorbilidades, pues en los últimos años se ha reconocido que este trastorno se presenta en una alta proporción con otros trastornos del ánimo y trastornos comportamentales como depresión, ansiedad, conducta disocial y problemas específicos de aprendizaje entre otros (Roca et al, 2000).

Existe una alta probabilidad que el TDAH curse con diferentes comorbilidades, el término (comorbilidad) se refiere a diferentes trastornos que aparecen paralelamente al diagnóstico primario; Una cantidad importante de niños diagnosticados con TDAH presentan una o más comorbilidades de tipo psiquiátrico, emocional o comportamental. Para realizar un diagnóstico apropiado y por ende un tratamiento efectivo se requiere que el evaluador examine cuidadosamente las alteraciones que se estén presentando al tiempo con déficit de atención y reconocer cual de las alteraciones es el diagnóstico principal.

Los trastornos comorbidos pueden ocultar o enmascarar un TDAH o viceversa, de manera que en muchas ocasiones se puede correr el riesgo de diagnosticar un déficit de atención cuando realmente el diagnóstico primario sea un trastorno de aprendizaje o un trastorno del ánimo y por esta alteración de base se produzcan fallas atencionales o ejecutivas parecidas a los síntomas que se presentan en el TDAH. Este diagnóstico puede ser fácilmente confundido de manera que puedan plantearse tratamientos erróneos para el manejo de TDAH, por esta razón se debe realizar un análisis exhaustivo de las diferentes comorbilidades que pueden coexistir con este trastorno.

Existen significativos niveles de comorbilidad en niños y adolescentes que padecen TDAH con los trastornos del ánimo, estos pueden ir desde trastornos bipolares o depresión mayor, hasta un trastorno distímico (Spencer, Wilens, Biederman, Wozniak & Harding-Crawford, 2003). En estos niños se pueden encontrar variados síntomas que pueden advertirnos acerca de la presencia de un trastorno del ánimo tales como irritabilidad, pérdida repentina de interés hacia sus actividades preferidas; otros síntomas psicósomáticos pueden aparecer como pérdida del apetito, alteraciones en el sueño, fatiga y sentimientos de inutilidad (Menéndez 2001; Navarro, 2004).

Los trastornos depresivos y por ansiedad en ocasiones pasan desapercibidos, sobre todo cuando los síntomas aparecen asociados a problemas conductuales o de aprendizajes; los síntomas depresivos aparecen alrededor de la adolescencia y se caracterizan con más frecuencia por la falta de autoestima, labilidad emocional, falta de concentración, somatizaciones y alteraciones del sueño (Mulas Etchepareborda, Abad-Mas, Díaz-Lucero, Hernández, De la Osa Pascuale & Ruiz-Andrés, 2006). En el caso de los trastornos de ansiedad, el niño o adolescente ansioso muestra un estado continuo de preocupación por la propia integridad o la de otros, puede mostrarse fatigado o con tensión muscular. La presencia de trastornos del ánimo puede incidir negativamente en las competencias sociales, en las habilidades comunicativas, en la comprensión de las señales sociales así mismo puede darse una tendencia a perder el control en situaciones conflictivas. (Mulas et al, 2006).

A diferencia del TDAH que se inicia a edades tempranas, la posibilidad de sufrir un trastorno del ánimo aumenta con la edad (Spencer et al, 2003). La aparición simultánea de estos dos trastornos se da con mayor prevalencia en la adolescencia, sin embargo se ha llegado a sugerir que el diagnóstico de hiperactividad en algunos niños puede ser un diagnóstico erróneo de un trastorno depresivo subyacente; estos síntomas depresivos en niños con TDAH pueden ser secundarios a la desmotivación, fracaso escolar y a dificultades en

su área afectiva producto de una interacción incorrecta con su contexto familiar, interpersonal y social, Weiss & Hechtman (1986; citados por Spencer, 2003).

La aparición de los trastornos de ansiedad en niños con TDAH es frecuente, alrededor de un 25% presentan estos dos trastornos paralelamente (Tannock, 2003). En general muchos niños experimentan miedos en época de la infancia, sin embargo cuando estos miedos son constantes, intensos e inciden el desarrollo social del individuo podemos estar al frente de un trastorno de ansiedad.

El trastorno de ansiedad por separación es uno de los subtipos que aparece con frecuencia en el TDAH, Last (1992; citado por Tannock, 2003), pues la composición familiar de un niño con TDAH por lo general posee miembros de la familia que presentan deficiencias en las pautas de crianza que van desde la sobreprotección hasta actitud negligente frente a las necesidades del niño, aunque estas deficiencias al interior de la familia no son la única razón por la que pueda aparecer un trastorno de ansiedad por separación generalmente son un desencadenante del mismo. Este dato nos muestra una vez más la importancia de la familia en el manejo de dichas problemáticas y la consideración que se debe tener frente al funcionamiento emocional del niño al momento de efectuar una evaluación.

Quizás una de las alteraciones comorbidas que más se presenta con el TDAH son los problemas de conducta como comportamientos negativistas, agresividad y delincuencia (Newcorn & Halperin, 2003). El trastorno negativista desafiante es uno de ellos y se hacen evidente en comportamientos como el desafío a la autoridad, no obedecer a las figuras de autoridad, no responsabilizarse de las consecuencias de diferentes comportamientos. En los niños más pequeños esta forma de reaccionar ante las normas, puede llevar a responder desproporcionadamente con rabietas, pataletas, irritabilidad y llanto para evitar el cumplimiento de las mismas, cuando se llega la adolescencia este comportamiento es sustituido por una tendencia a argumentar o discutir de

manera conflictiva especialmente con adultos que representen algún tipo de autoridad como padres o maestros, Pineda & Trujillo (2010; en Rosselli et al, 2010).

Estas características se acentúan con el tiempo y empiezan a presentarse actos de agresividad fuertes ante la autoridad. Las relaciones interpersonales con pares pueden verse igualmente afectadas por conductas como la incapacidad para afrontar los errores (existe una tendencia por culpar a otros) actitud rencorosa y vengativa hacia los demás entre otras.

Cuando se presenta esta comorbilidad es necesario realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado pues un gran porcentaje de los niños que presentan trastorno negativista desafiante pueden llegar a presentar un trastorno disocial.

El trastorno disocial es otro de los trastornos comportamentales que se presenta con frecuencia con el TDAH es “una tendencia constante, premeditada y deliberada a realizar actividades que están dirigidas a violar los derechos de los demás”, Pineda & Trujillo (2010; en Rosselli et al, 2010). Esta alteración se expresa en una dificultad significativa para seguir las normas de convivencia social y pueden aparecer actos delincuenciales con repercusiones de tipo legal y social. Las conductas propias de este trastorno se pueden demostrar en conductas como agresiones físicas o crueldad hacia otros y en conductas delictivas como robos, vandalismo y fraudes. Según Dery et al, (1999; citado por Pineda, 1997) el trastorno disocial se asocia al TDAH especialmente cuando existe una situación disfuncional en la familia.

Las comorbilidades en general son un punto significativo en la evaluación e intervención de cualquier trastorno en la infancia, no obstante lo más importante es tener en cuenta su existencia y por lo tanto cerciorarse de un tratamiento adecuado de las mismas para que el programa de intervención sea efectivo.

Para el trabajo con pacientes con TDAH es necesario tener en consideración la presencia de algunos factores de riesgo que pueden estar asociados a este trastorno pues las complicaciones prenatales, perinatales y

posnatales pueden causar lesiones cerebrales en momentos críticos del desarrollo pudiendo contribuir a las manifestaciones psicopatológicas posteriores (Capdevila, Navarro, Artigas & Obiols, 2007). Se han desarrollado investigaciones que tratan de conocer cuáles son los eventos que pueden ser los responsables de diferentes alteraciones en el funcionamiento físico y mental de un niño.

Una de estas investigaciones es la realizada en Colombia por Pineda (2000) en la ciudad de Medellín con niños de 6 a 11 años de edad (200 casos con TDAH y 200 controles) donde se expone que “los factores de riesgo más frecuentes en los niños con TDAH fueron: amenaza de parto prematuro (20%), amenaza de aborto (18%), hospitalizaciones en el primer mes (17.2%), gripas con incapacidad (17.1%) y consumo de cigarrillo (7.0%). La razón de riesgo para cada uno de los factores para el diagnóstico del TDAH fueron consumo alto de alcohol con 100% de las 9 madres detectadas en el grupo de casos, y el tabaquismo (OR= 17.5) durante el embarazo, seguido por convulsiones neonatales (OR=9-4). El modelo de regresión logística múltiple seleccionó un bloque de cuatro variables; tabaquismo materno, convulsiones neonatales, amenaza de aborto y gripas con incapacidad durante el embarazo como los factores que se asociaron más fuertemente con el diagnóstico de TDAH, Pineda (2003; en Pineda & Trujillo, 2010).

La ausencia de consumo de alcohol en el grupo de controles (0%), no permitió que este riesgo quedara incluido en el modelo temático multivariado final. Un análisis corregido, utilizando el género y los factores genéticos como covariables, no modificó el modelo ni el orden de riesgo. Cuando se aumentó la muestra a 200 casos y 286 controles, se pudo observar que el consumo de alcohol hasta la embriaguez fue el factor más importante para la aparición del TDAH, seguido de trauma de cráneo moderado durante los primeros años de la niñez. Pineda (2003; en Pineda & Trujillo, 2010).

Los Factores prenatales hacen referencia a los eventos ocurridos antes de la gestación, sobre todo aquellos que han sucedido con una mayor proximidad

temporal, dada su cercanía con respecto al embarazo, y que pueden alterar el curso normal del mismo (López, Rivas y Taboada, 2008).

Algunos factores de riesgo prenatales mencionados por (López et al., 2008) se encuentran: el bajo peso materno, el número de embarazos y abortos anteriores, el historial de operaciones gineco-obstétricas previas, la edad de la madre en el embarazo, las enfermedades maternas previas, hijos anteriores con patologías o retrasos, hemorragias, eclampsia, enfermedades eruptivas, problemas emocionales, ingesta de drogas y duración del embarazo, estos factores son característicos de las etapas previas al embarazo y en el desarrollo del mismo, hasta justo antes del parto materno.

Según Harmony (2004), determinados eventos ambientales que pueden presentarse durante el embarazo se denominan factores perinatales y tienen efecto en el desarrollo del sistema nervioso y la conducta del feto; uno de estos es la desnutrición que puede generar alteraciones como retardo mental, fallas en el aprendizaje y diferentes malformaciones.

Otros factores de riesgo perinatales asociados a alteraciones, son drogadicción, tabaquismo, alcoholismo, exposición a contaminantes químicos, desordenes metabólicos, enfermedades infecciosas (rubéola, varicela, toxoplasmosis), exposición a medicamentos (corticoesteroides, diacepam, anticonvulsivantes etc.) y deficiencia de yodo entre otros. El tabaquismo mencionado anteriormente ha sido relacionado con alteraciones en la atención, impulsividad e hiperactividad (Ardila & Rosselli, 2007; Harmony, 2004).

Un estudio realizado por Puerta, Merchán, Arango, Gálvis, Velásquez, Gómez, Builes, Zapata, Montoya & Lopera en la ciudad de Medellín en el año 2000, acerca de la influencia del tabaquismo materno en los primeros 3 meses de gestación, con una muestra de 200 niños de 6 a 12 años con diagnóstico comprobado de TDAH y 200 niños de grupo control sin TDAH, mostró que el análisis de riesgo utilizando (tablas de contingencia) calculó que las madres que informaron consumo de cigarrillo con diagnóstico de tabaquismo (más de 4

cigarrillos diarios durante el embarazo) se asoció 16.6 veces más con el diagnóstico de TDAH, determinando que el consumo de cigarrillo durante los primeros meses del embarazo sin importar la cantidad ni la frecuencia se asocia con el diagnóstico de TDAH con un probabilidad de 3.5 veces más alta (Puerta et al, 2000).

Otro estudio que apoya esta hipótesis es el realizado por Milberger, Biederman, Faraone, Jones 1998 citado por Pineda (sf) con 174 niños con TDAH y 129 controles, donde se encontró que el 47% de las madres de los niños con TDAH fumaron durante todo el embarazo, mientras que solo el 24% de las madres con niños controles lo hicieron. (p 0.001). El nivel de significancia se mantuvo aún después de ajustar el nivel socio-económico y el género de los niños. Igualmente se hizo un ajuste con la ocupación, el nivel de escolaridad y el coeficiente intelectual de los padres. Independiente de si los niños tenían TDAH o no, los hijos de madres que fumaron durante el embarazo tuvieron un coeficiente intelectual significativamente más bajo que el de las madres no fumadoras. Estos hallazgos sugieren la existencia de algún factor ligado al consumo de cigarrillo materno, el cual estaría asociado con alteraciones en el desarrollo cerebral de los niños. (Pineda et., al 2001)

Según Capdevila et al, (2007) las madres de niños con TDAH presentan mayor número de complicaciones en el embarazo y el parto que otras madres, existiendo una asociación positiva entre el riesgo de padecer TDAH y las complicaciones en el embarazo, parto e infancia, destacando el hábito de fumar o consumo de alcohol, bajo peso al nacer, anoxia o hipoxia prolongada, Mick, Biederman, Fisher & Faraone (2002; citado por Capdevila et al, 2007).

Padecer gripe fuerte, hemorragias, amenaza de parto prematuro, toxemia, eclampsia, mala salud materna, menor edad de la madre, edad fetal postmadura, parto prolongado, distrés fetal y bajo peso al nacer también están asociados con psicopatologías posteriores, además la diabetes pregestacional se ha asociado a un aumento en las complicaciones congénitas en los hijos. Estas complicaciones obstétricas no son predictoras específicas de TDAH sino

que predisponen a algún tipo de psicopatología posterior, como autismo, anorexia o TDAH, Buka, Goldstein & Tsuang (1989; citado por Capdevila et al, 2007; Herreros, Rubio, Sánchez & García, 2002).

Otro tipo de factores de riesgo perinatal son los ocurridos en el momento del parto, determinados como los eventos anómalos que suceden durante el alumbramiento, uno de los más frecuentes es la insuficiencia de oxígeno que puede darse debido a una prolongación del parto o cualquier otra complicación obstétrica. Un factor perinatal significativo es el bajo peso del niño al nacer, pues cuando el peso es menor a 1.5 kilogramos o el parto es prematuro pueden provocarse hemorragias cerebrales las cuales causan trastornos en el desarrollo, en el aprendizaje o en el comportamiento.

En una investigación realizada en Finlandia por Karlsson, Raikkonen, Pesonen, Kalantie, Paavonen, Lahti, Hovi, Heinonen, Jarvenpaa, Eriksson & Anderson et al (2004) con 167 sujetos adultos que presentaron muy bajo peso al nacer (bajo peso para la edad gestacional), y 172 sujetos de comparación sin bajo peso al nacer de nacimiento a término, entre 18 y 27 años de edad, se encontró que el grupo con bajo peso alcanzó puntuaciones más altas en disfunción ejecutiva y en inestabilidad emocional, lo que reflejó que el retraso en el crecimiento intrauterino puede sugerir un riesgo conductual y de adversidad emocional relacionado con el TDAH en el joven adulto (Strang-Karlsson et al, 2008).

Los factores que pueden trastornar el desarrollo después de nacer son los factores de riesgo posnatales, entre estos están las infecciones que atacan el sistema nervioso como meningitis y convulsiones neonatales, al igual que hospitalizaciones en el primer mes y traumas craneoencefálicos en edades tempranas.

Los factores de riesgo psicosocial, más que un riesgo psicopatológico en general determinan un riesgo concreto para ciertas patologías mentales. Dentro de los factores de riesgo genéricos, (Biederman 2001; citado por Herrero et al.,

2002) encuentra una asociación positiva entre el TDAH y el índice de factores de adversidad (discordias maritales severas, clase social baja, familia amplia, criminalidad paterna, trastorno mental materno, y acogimiento no familiar del niño). Estos factores tienden a aparecer como predictores universales de adaptabilidad y salud psíquica, y en ciertos aspectos (delincuencia paterna, conflictos familiares y clase social baja) podrían ser más que una expresión de la presencia parental del trastorno que su causa (Herrero et al, 2002).

Entre los factores psicosociales contribuyentes al TDAH, se ha señalado una asociación entre las condiciones de adversidad social, especialmente el pertenecer a estratos socio-económicos bajos, el salario de los padres y su bajo nivel académico, la estructura familiar pobre, el abuso y dependencia de sustancias de los padres y la presencia de psicopatología familiar. La malnutrición, exclusión social, inadecuados cuidados pre y posnatales y violencia en el hogar contribuyen a la aparición de los síntomas de TDAH; estos factores de riesgo se han asociado a otras problemáticas como trastorno negativista desafiante y trastorno disocial de la conducta, Roy, et al, (2000; citado por Rodríguez, 2010; Herrero et al, 2002).

En un estudio realizado por Puerta, Martínez & Pineda en (2002) en Medellín con adolescentes varones infractores equiparados por edad con adolescentes no infractores y sin trastorno disocial, se halló una importante asociación de historia de síntomas de TDAH y de negativismo desafiante, durante la niñez en los adolescentes infractores con trastorno disocial, además los adolescentes con este trastorno tenían un coeficiente intelectual más bajo, una menor escolaridad, con condiciones sociales y familiares desintegradas, con pautas de crianza ambivalentes que fluctuaban entre el autoritarismo (maltrato y agresividad) y la permisividad (negligencia) al compararse con los adolescentes controles. Esto confirma la existencia del complejo TDAH- TDC (trastorno disocial) - dependencia alcohol, cigarrillo y otras sustancias en nuestro medio, relacionado con condiciones sociales y familiares desfavorables (Puerta, Martínez & Pineda, 2002).

De acuerdo a lo expuesto anteriormente surge un interrogante ¿Cuáles son los factores de riesgo pre y perinatales en los subtipos inatento, hiperactivo y combinado del trastorno por déficit de atención e hiperactividad?

Definición de variables:

Déficit de atención e hiperactividad: El trastorno por déficit de atención e hiperactividad se caracteriza por un patrón persistente de inatención, exceso de actividad e impulsividad, existen tres subtipos básicos según el DSM-IV (2000)

- El subtipo inatento/ desorganizado con dificultades tanto en la planificación, como en la atención sostenida.
- El subtipo con predominio hiperactivo- impulsivo, cuya característica neuropsicológica básica es una dificultad significativa en autorregular su comportamiento, debido a una disfunción en el control inhibitorio.
- El subtipo combinado, presenta tanto sintomatología de inatención como de exceso de actividad e impulsividad (APA 2002).

Factores de riesgo: El factor de riesgo indica la existencia de una mayor probabilidad de que se presente un daño ante la ocurrencia de un evento. De acuerdo con la etapa de desarrollo en la que se presenten los eventos, se pueden clasificar en factores de riesgo en prenatales, perinatales y posnatales, Demoulin (2005; citado por Vidal, Struck, Fernández & Chávez, 2009).

- Los factores prenatales son los eventos ocurridos antes de la gestación, sobre todo aquellos que han sucedido con una mayor proximidad temporal, dada su cercanía con respecto al embarazo, y que pueden alterar el curso normal del mismo (López, Rivas y Taboada, 2008).
- Los factores de riesgo perinatales son los eventos ocurridos durante el embarazo, parto o muy cercano a él. Entre los factores de riesgo perinatales el más importante se encuentra la anoxia o falta de oxigenación del feto durante el parto. (Harmony, 2004).

Variables de Estudio

Las variables de estudio están comprendidas por datos sociodemográficos, factores de riesgo prenatales y perinatales; dentro de las variables sociodemográficas se encuentra edad, sexo, posición que ocupa el niño entre los hermanos, ocupación y escolaridad de los padres.

Entre los factores prenatales se encuentran número de embarazos, abortos espontáneos, abortos voluntarios, hijos anteriores con problemas, dificultades en embarazos anteriores, intervenciones quirúrgicas, uso de anticonceptivos, enfermedades antes del embarazo.

Los factores perinatales son primera consulta médica en el embarazo, presencia de sangrados vaginales, medicamentos usados durante el embarazo, consumo de tabaco, alcohol, sustancias psicoactivas, presencia de náuseas, vómitos, edema, accidentes o golpes fuertes, enfermedades durante la gestación, duración del embarazo, sensación de estrés o ansiedad, sensación de tristeza, soledad o depresión, conocimiento del sexo del bebé, relación de pareja, trabajo físico o mental agotador, vivencia del embarazo, uso de anestesia, posición del bebé al nacer, duración del parto, parto inducido, uso de fórceps o ventosa, dificultad del bebé en el momento del parto, peso del bebé al nacer, presencia de hipoxia, puntuaciones apgar y cuidado especial del bebé. (Apéndice 1 sistematización de variables)

Objetivo general:

Describir los factores de riesgo pre y perinatales en los subtipos inatento, hiperactivo y combinado del TDAH

Objetivos específicos:

1. Identificar los factores de riesgo pre y perinatales presentes en el TDAH de predominio combinado.
2. Identificar los factores de riesgo pre y perinatales presentes en el TDAH de predominio inatento.
3. Identificar los factores de riesgo pre y perinatales presentes en el TDAH de predominio hiperactivo- impulsivo.

METODO**Diseño:**

Esta investigación está enmarcada dentro de un estudio de tipo descriptivo pues se pretende identificar los factores de riesgo prenatal y perinatal, presentes en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y cada subtipo, un grupo con TDAH de predominio inatento, un grupo con TDAH de predominio hiperactivo y un grupo con TDAH de predominio mixto. Los factores de riesgo fueron identificados a través de la aplicación del Cuestionario Materno de Riesgo Perinatal –CMRP (López, 2003) y la revisión de historias clínicas que contiene datos del desarrollo y aspectos relevantes antes, durante y después del embarazo, por tal razón se dice que es una revisión retrospectiva.

Participantes:

La población de esta investigación está constituida por 700 historias clínicas de las bases de datos de dos centros de atención que ofrecen servicios a población con Trastornos del Desarrollo. De esta población se seleccionaron 87 historias clínicas que cumplieran con las características diagnósticas del TDAH (DSM-IV 2002) seleccionados a través de una estrategia de muestreo no probabilístico de sujetos tipo, es decir que cumplieran con el criterio de inclusión de presentar el trastorno.

En el presente estudio los 87 diagnósticos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, se distribuyeron de la siguiente manera, 31 son de tipo inatento, 26 de tipo hiperactivo y 30 de tipo combinado. La evaluación de los respectivos casos estuvo a cargo de un grupo interdisciplinario de las instituciones centro de Desarrollo Infantil –Anthiros- y fundación Avante, quienes realizaron la pruebas neuropsicológicas, entrevista a padres y análisis de los ítems del DSM IV para cada uno de los subtipos.

Instrumento:

El Cuestionario Materno de Riesgo Perinatal –CMRP (López, 2003) (Apéndice 1) que consta de seis factores generales que se describen a partir de 40 dimensiones o eventos de riesgo perinatal. A su vez, las dimensiones hacen referencia a la presencia o a la ausencia frente a un amplio número de riesgos potenciales pre-, peri- y neonatales, no sólo desde su consideración médico-obstétrica, sino también psicosocial y sociodemográfica.

El cuestionario final, fue sometido a la valoración de un grupo de jueces expertos, compuesto por médicos-ginecólogos, médicos-pediatras, médicos de familia, enfermeras-matronas, y psicólogos clínicos y educativos. Los jueces

sólo conocían que se pretendía diseñar un cuestionario, a modo de autoinforme materno, para valorar riesgos perinatales, no haciendo nunca referencia a su aplicación inicial frente al estudio del autismo, con la finalidad de que se centraran exclusivamente en los riesgos y complicaciones perinatales, desde una perspectiva genérica. De los juicios, se han realizado algunos cambios y ajustes para la versión final. Incorporando y/o suprimiendo algunas cuestiones que se han considerado pertinentes de eliminar o incluir, en función de sus observaciones (López, Rivas & Taboada, 2008).

El cuestionario CMRP se compone de 70 ítems a los que se añaden dos descriptores de información socioeconómica y cultural familiar, junto con la fecha de nacimiento y cuatro descriptores referidos al hijo: sexo, fecha de nacimiento, lugar que ocupa entre los hermanos, y presencia de trastornos generalizados del desarrollo. Los ítems del cuestionario se agrupan en torno a seis factores, que son:

1.- Factores pregestacionales. Eventos ocurridos antes de la gestación, sobre todo aquellos que han sucedido con una mayor proximidad temporal, dada su cercanía con respecto al embarazo, y que pueden alterar el curso normal del mismo.

2.- Factores perinatales. Conjunto de riesgos que pueden condicionar el normal desarrollo del embarazo, abarcando todo el periodo gestacional.

3.- Factores intraparto. Variables vinculadas al trabajo de parto y al proceso de alumbramiento.

4.- Factores neonatales. Grupo de condiciones neonatales adversas que pueden interrumpir o alterar el desarrollo psíquico y/o físico del recién nacido.

5.- Factores psicosociales. Dimensiones psicoemocionales y sociales que ejercen su influencia en el proceso del desarrollo gestacional y del bienestar fetal.

6.- Factores socioeconómicos y demográficos. Variables de naturaleza demográfica que pueden incidir significativamente en el embarazo y en el desarrollo neonatal.

Procedimiento:

El procedimiento a seguir en la investigación es el siguiente:

Fase 1: Inicio

Una vez identificado los temas se inició la revisión teórica de los aspectos a trabajar durante la investigación. Paralelo a esto se realizó una búsqueda en bases de datos para identificar si existía un instrumento que permitiera la recolección de información, acerca de los factores de riesgo prenatal en los trastornos generalizados del desarrollo. Una vez encontrado el instrumento se procedió a adaptar algunos términos que facilitaran la comprensión, aplicación y análisis de los datos.

Fase 2: Validación

El cuestionario de riesgo prenatal (López, 2003) fue sometido a validación de contenido ya que muchos de los términos utilizados no corresponden con lenguaje de la población colombiana, además fue necesario incluir un ítem.

El cuestionario original (López, 2003) está compuesto por 70 ítems (Apéndice 1), de los cuales se modificaron 10 reactivos (2, 11, 31, 52, 53, 57, 60, 62, 68, 69), finalmente estos ítems quedaron denominados de la siguiente manera (2, 11, 22, 24, 25, 29-NUEVO, 30, 33, 35, 41, 42) para un total de 44 ítems (Apéndice 2).

El proceso de validación se llevo a cabo con seis jueces, de los cuales tres fueron metodológicos y tres expertos en el tema de desarrollo infantil. Estos jueces debían evaluar el instrumento modificado teniendo en cuenta el original;

respecto a cuatro categorías (REDACCIÓN, PERTINENCIA, ESTRUCTURA Y LENGUAJE) (Apéndice, 3).

Una vez evaluado el instrumento por cada juez, se procede a realizar el resumen de validación (Apéndice, 4) en donde aparece la calificación (1 a 4) de asigna cada juez por cada ítem modificado. Luego se realiza la sumatoria de cada ítem para determinar cuál es el promedio, con base en este promedio se debe determinar el coeficiente de validez de contenido (CVR) por cada ítem para identificar si el ítem permanece o se elimina.

$$\text{CVR: } \frac{ne - N/2}{N/2}$$

CVR: coeficiente de validez de contenido

ne: numero de expertos que están de acuerdo con la pertinencia del ítem

N/2: número de jueces totales dividido en dos

Fase 3: Recolección de la información

En el Centro de Desarrollo Infantil –Anthiros- y fundación Avante se han encontrado 87 diagnósticos de TDAH (historias clínicas) que cumplen con los criterios para la realización de esta investigación. Se aplico cuestionario CMRP de factores de riesgo prenatal a la muestra seleccionada y consecutivamente se creó una base de datos que permitiera el posterior análisis de los datos.

Aspectos éticos:

Para el desarrollo de esta investigación se trabajó con las historias clínicas, y entrevistas a los padres de los niños diagnosticados con TDAH, por lo que

este procedimiento se enmarco dentro de los lineamientos de la confidencialidad sustentados en el código de ética en el capítulo 16 de investigación científica.

Capitulo 16. Investigación científica (2000).

16.1. El psicólogo al planear y llevar a cabo investigación científica con participantes humanos o no humanos, debe basarse en los principios éticos de respeto y dignidad, y resguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

16.2. Las leyes y los códigos éticos deben respetarse. En último término el investigador es el juez definitivo de su propia conducta. La responsabilidad recae siempre sobre el investigador.

16.3. Es preciso ser honestos. Esto incluye describir los hallazgos científicos tal como se encontraron. Evitar el fraude, la descripción sesgada de los hallazgos y ocultar información científica que contradiga los resultados.

16.4. Hay que reconocer la fuente y el origen de las ideas. Se toman de otros investigadores, de estudiantes y/o de colegas y se debe reconocer dicho origen. No se debe proclamar prioridad sobre una idea científica que no le pertenece al investigador. A los coautores, colaboradores y asistentes se les debe dar el debido reconocimiento.

16.5. El plagio y la copia de resultados científicos se deben evitar a toda costa.

16.14. Los datos originales (protocolos de investigación) se deben conservar por lo menos durante dos años.

RESULTADOS

Se realizó un análisis de los factores de riesgo pre y perinatales presentes en los diferentes subtipos de TDAH en niños diagnosticados con este trastorno, esta descripción se hizo a partir de la recolección de datos de las historias clínicas en el Centro de Desarrollo Infantil Anthiros y la Fundación Avante. Para el análisis de la información recolectada se utilizó el programa estadístico SPSS.

Inicialmente se presentan los datos de la distribución de la muestra de acuerdo al subtipo de TDAH y posteriormente el análisis estadístico descriptivo de las variables sociodemográficas como género, posición entre los hermanos, nivel educativo y ocupación de ambos padres.

Posteriormente se presentaran los resultados obtenidos en los factores de riesgo prenatal como número de embarazos, hijos anteriores con alteraciones, problemas en embarazos anteriores, abortos espontáneos y voluntarios anteriores, intervenciones quirúrgicas y uso de métodos anticonceptivos.

Finalmente se presentaran los resultados correspondientes a los factores de riesgo perinatales como: peso ganado en el embarazo, primera consulta prenatal, uso de medicamentos, enfermedades, accidentes o golpes fuertes, náuseas, vómitos, adema, sangrados vaginales, actividad física o mental agostadora, tabaquismo, consumo de alcohol o SPA, vivencia del embarazo, embarazo deseado, duración del embarazo y parto, relación de pareja, sentimientos de tristeza o depresión, ansiedad o estrés, uso de anestesia, dificultades en el parto, puntuaciones Apgar, hipoxia, parto inducido, uso de fórceps, posición de nacimiento del bebe y peso del bebé.

Como lo muestra la figura 1, se observa, que existe una proporción mayor 35.6 % de TDAH de predominio desatento (IN), frente a un 34.4% de TDAH de predominio combinado (C) y 29.9% de TDAH con predominio hiperactivo (H).

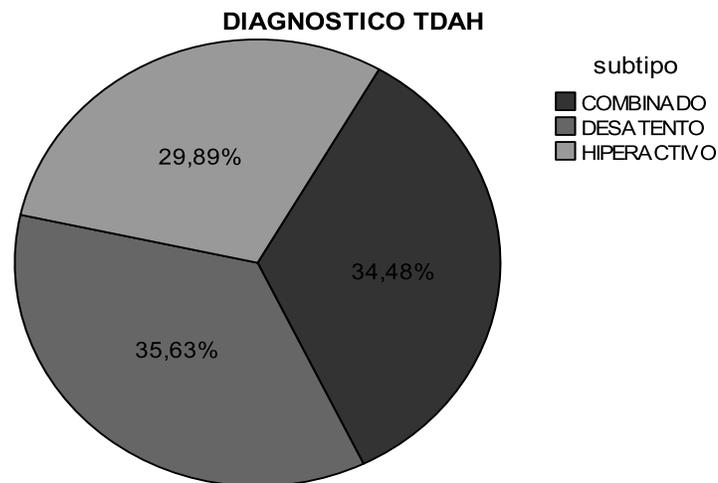


Figura 1. Porcentaje de niños con diagnóstico de TDAH según el subtipo

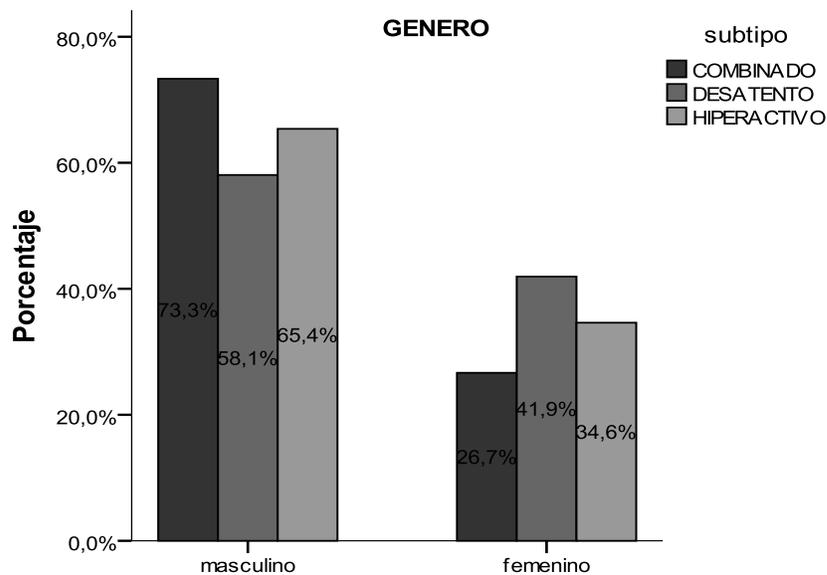


Figura 2. Distribución de la muestra de acuerdo al género y al tipo de TDAH

Como se observa en la figura 2, en el subtipo (C) se presenta un 73.3 % de casos en el género masculino frente a un 26.7 % de casos en el género femenino, en el subtipo (IN) se presenta un 58.1 % de casos de género masculino frente a un 41.9% de casos en el género femenino y en el subtipo (H) se observa un 65.4% de casos en el género masculino y un 34.6% de casos en el género femenino lo que nos muestra una presencia mayor de TDAH en el género masculino que en el femenino.

Tabla 1. Posición que ocupa el niño entre los hermanos, nivel educativo y ocupación de padre y madre.

VARIABLES		COMBINADO		DESATENTO		HIPERACTIVO	
		FRECUE NCIA	%	FRECUE NCIA	%	FRECUE NCIA	%
POSICIÓN QUE OCUPA HERMANOS	Primero	15	51.7%	13	48.1%	14	60.9%
	Segundo	12	41.4%	11	40.7%	9	39.1%
	Tercero	2	6.9%	3	11.1%	0	0
NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE	Sin estudios	0	0	0	0	0	0
	Primarios	0	0	1	3.3%	2	7.7%
	Secundarios	8	27.6%	6	20.0%	5	19.2%
	Universitarios	21	72.4%	20	66.7%	18	69.2%
	Técnico	0	0	3	10.0%	1	3.8
	No datos	0	0	0	0	0	0
OCUPACIÓN DE LA MADRE	Profesional	19	63.3%	19	63.3%	17	65.4%
	Técnico	0	0	0	0	0	0
	Hogar	3	10.0%	3	10 %	3	10%
	Estudio	0	0	0	0	0	0
	Independiente	6	20.0%	7	23.3%	4	15.4%
	Empleado	2	6.7%	1	3.3%	2	7.7%
	Otros	0	0	0	0	0	0
NIVEL EDUCATIVO DEL PADRE	Sin estudios	0	0	0	0	0	0
	Primarios	1	3.6%	2	6.7%	0	0
	Secundarios	12	42.9%	8	26.9%	7	26.9%
	Universitarios	13	46.4%	17	56.7%	18	69.2%
	Técnico	0	0%	1	3.3%	0	0
	Otros	2	7.1%	2	6.7%	1	3.8%
OCUPACIÓN DEL PADRE	Profesional	11	36.7 %	10	32.2%	14	53.8%
	Técnico	2	3.3%	4	12.9%	0	0
	Hogar	0	0	0	0	0	0
	empleado	6	20.0%	6	19.4%	6	23.1%
	Independiente	7	23.3%	8	25.8%	4	15.4%
	otro	4	13.3%	3	9.7%	2	7.7%

Como se puede ver en la tabla 1, un porcentaje mayor de hijos primogénitos (51.7% subtipo combinado, 48.1% subtipo desatento y 60.9% subtipo hiperactivo) presenta el diagnóstico de TDAH disminuyendo la frecuencia de aparición de TDAH con el segundo hijo.

Se puede observar que un porcentaje mayor de las madres de niños con TDAH en los tres subtipos ha realizado estudios universitarios, en el subtipo combinado 72.4%, desatento 66.7% e hiperactivo 69.2%; esta tendencia también se presenta en cuanto al nivel educativo del padre con porcentajes de 46.6% en subtipo combinado, 56.7% en subtipo desatento y 69.2% en subtipo hiperactivo para estudios universitarios. Así mismo, en el análisis de la ocupación de ambos padres se observa una tendencia mayor a la ocupación profesional, en ocupación madre un 63.3% corresponde al subtipo combinado, 63.3% al desatento y 65.4% al hiperactivo; en ocupación padre el 36.7% pertenece al subtipo combinado, 32.2% al desatento y 53.8% al hiperactivo.

A continuación se presenta el análisis estadístico descriptivo de los factores de riesgo prenatales de cada uno de los subtipos de TDAH.

Tabla 2. Número de embarazos, hijos anteriores con problemas, dificultades en embarazos anteriores, abortos espontáneos y abortos voluntarios.

VARIABLES		COMBINADO		INATENTOS		HIPERACTIVOS	
		FRECUE NCIA	PORCENT AJE	FRECUE NCIA	PORCENT AJE	FRECUE NCIA	PORCENT AJE
NUMERO EMBARAZOS	Ninguno	19	63.3%	13	41.9%	13	50.0%
	Uno	4	13.3%	8	25.8%	6	23.1%
	Dos	3	10.0%	7	22.6%	3	11.5%
	Tres o más	1	3.3%	0	0	1	3.8%
	No datos	3	10.0%	3	9.7%	3	11.5
HIJOS ANTERIORES CON PROBLEMAS	No	18	60.0%	18	58.1%	14	53.8%
	Si	0	0	3	9.7%	1	3.8%
	No datos	12	40.0%	10	32.3%	11	42.3%
PROBLEMAS EN EMBARAZOS ANTERIORES	Ninguna	11	36.7%	11	35.5%	9	34.6%
	Mortalidad bebé	1	3.3%	0	0	1	3.8%
	Peso del bebé	0	0	0	0	0	0
	Bebé prematuro	0	0	0	0	0	0
	Sobrepeso bebé	0	0	0	0	0	0
	Cesárea	0	0	3	9.7%	1	3.8%
	No datos	18	60.0%	17	54.8%	15	57.7%
ABORTOS ESPONTANEOS ANTERIORES	No	15	50.0%	13	41.9%	10	38.5%
	Uno	1	3.3%	3	9.7%	2	7.7%
	Dos	0	0	1	3.2%	1	3.8%
	Tres o más	1	6.7%	1	3.2%	1	3.8 %
	No datos	12	40.0%	13	41.9%	12	46.2%
ABORTOS VOLUNTARIOS ANTERIORES	No	14	46.7%	10	32.3%	10	38.5%
	Uno	3	10.0%	6	19.4%	3	11.5%
	Dos	0	0	0	0	0	0
	Tres o más	0	0	0	0	0	0
	No datos	13	43.3%	15	48.4%	13	50.0%

En la tabla 2, se puede observar que una proporción mayor de las madres de niños con TDAH no había tenido embarazos anteriores el 63.3 % en subtipo (C), 41.9% en subtipo (IN) y el 50.0% en subtipo (H); y las que han tenido un embarazo anterior son el 13.3% en subtipo (C), 25.8% en subtipo (H) y 23.1% en subtipo (H), esta información puede tener correspondencia a la encontrada en la tabla 2. en donde el primer hijo es quien tiene el diagnóstico de TDAH.

En la información de los datos de hijos anteriores con problemas se presenta una tendencia parecida, en la cual el 60.0% (C), 58.1% (IN) y 53.8% en (H) no presentaron ningún problema. Solo el 9.7% en subtipo (C) y el 3.8% en (H) reportan dificultades en este aspecto. En el 40.0% (C), 58.1% (IN) y el 53.8% no se encontró esta información en las historias clínicas.

En la información suministrada en problemas en embarazos anteriores se mostró un porcentaje del 36.7% (C), 35.5% (IN) y 34.6% (H) correspondientes a ninguna dificultad. Un 3.3% del subtipo (C) y 3.8% del subtipo (H) presentaron mortalidad del bebé como parte de los problemas en embarazos anteriores y como dato relevante en el 60.0% en (C), 54.8% (IN) y 57.7% no se encontraron estos datos en las historias clínicas.

El 50 % de las madres en el subtipo (C), el 41.9% en el subtipo (IN) y el 38.5% en el subtipo (H) no presentaron abortos espontáneos previos a este embarazo, mientras que 3.3% de las madres de (C), el 9.7% de (IN) y el 7.7% de (H) presentaron un aborto espontáneo, solo 3.2% en (IN) y 3.8% en (H) presentaron dos abortos espontáneos. En el 40.0% de (C), 41.9% (IN) y el 46.2% (H) no se encontraron datos registrados.

En cuanto a abortos voluntarios la tabla muestra un 46.7% en (C), 32,3% en (IN) y 38.5% en (H) que reportan no haber tenido ningún aborto de este tipo; las madres que reportan haber tenido un aborto de tipo voluntario son el 10.0% de (C), 19.4% de (IN) y 11.5 % de (H). En el 43.3% en (C), 48.4% en (IN) y 50.0% en (H) de las historias clínicas revisadas no se halló dicha información.

Tabla 3. Enfermedades antes del embarazo, enfermedades durante el embarazo e intervenciones quirúrgicas.

VARIABLES		COMBINADO		INATENTOS		HIPERACTIVOS	
		FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENFERMEDADES ANTES DEL EMBARAZO	Si	4	13.3%	5	16.1%	2	7.7%
	No	19	63.3%	17	54.8%	12	46.2%
	No datos	7	23.3%	9	29.0%	12	46.2%
ENFERMEDAD DURANTE EL EMBARAZO	Si	7	23.3%	9	29.0%	6	23.1%
	No	19	63.3%	17	54.8%	15	57.7%
	No datos	4	13.3%	5	16.1%	5	19.2%
INTERVENCIONES QUIRURGICAS	No nunca	16	53.3%	13	41.9%	13	50.0%
	Antes	0	0	3	9.7%	1	3.8%
	Durante	0	0	0	0	0	0
	Tto de fertilidad	0	0	0	0	0	0
	"in vitro"	0	0	0	0	0	0
	Episiotomía	0	0	0	0	0	0
	No datos	14	46.7%	15	48.4%	12	46.2%

La tabla anterior muestra que el 63.3 % (C), el 54.4% (IN) y el 46.2% en (H) no reportaron enfermedades antes del embarazo; el 13.3% (C), 16.1% (IN) y el 7.7% (H) reportaron algún tipo de enfermedad antes del embarazo como anemias, infecciones urinarias y enfermedad de la tiroides entre otras. Un 23.3% de (C), 29.0% (IN) y 46.2% (H) no reportó ningún dato en las historias clínicas.

Con respecto a enfermedades durante el embarazo el 63.3% en (C), 54.8% en (IN) y el 57.7% reporta no haber padecido ninguna enfermedad en este periodo, sin embargo el 23.3% en (C), 29.0% en (IN) y 23.1% en (H) manifiesta haber tenido una enfermedad durante el embarazo como infecciones urinarias, diabetes y alimentación inadecuada entre otras. La información que no fue consignada en las historias clínicas corresponde al 13.3% en (C), 16.1% en (IN) y 19.2% en (H).

Un porcentaje significativo de la información no se halló consignada en las historias clínicas, no obstante el 53.3% de (C), 41.9% en (IN) y 50.0% de (H)

manifiesta no haber tenido nunca una intervención quirúrgica, solamente el 9.7% en (IN) y 3.8% (H) reporta algún tipo de intervención quirúrgica ante del embarazo.

Tabla 4. Métodos anticonceptivos y peso ganado en el embarazo.

VARIABLES		COMBINADO		INATENTOS		HIPERACTIVOS	
		FRECUE NCIA	PORCENT AJE	FRECUE NCIA	PORCENT AJE	FRECUE NCIA	PORCENT AJE
MÉTODOS ANTICONCEPT IVOS	No	15	50.0%	12	38.7%	10	38.5%
	Si, hormonales	0	0	6	19.4%	2	7.7%
	Si, DUI	2	6.7%	2	6.5%	0	0
	Si, de barrera	3	10.0%	0	0	3	11.5%
	Otros	0	0	0	0	0	0
	No datos	10	33.3%	11	35.5%	11	42.3%
PESO GANADO	Menos de 4 kg	2	6.7%	1	3.2%	1	3.8%
	Entre 8 y 11	5	16.7%	7	22.6%	4	15.4%
	Entre 12 y 15	4	13.3%	8	25.8%	4	15.4%
	Entre 16 y 20	2	6.7%	0	0	2	7.7%
	Más de 20 kg	1	3.3%	0	0	1	3.8%
	No datos	16	53.3%	15	48.4%	14	53.8%

En la tabla 4, Se puede observar que el 50.0% de las madres de niños con TDAH (C), el 38.7% del subtipo (IN) y el 38.5% del subtipo (H), no usaron ningún método anticonceptivo, mientras que solo el 19.4% de las madres en (IN) y el 7.7% en (H) usaron métodos anticonceptivos hormonales. El 10.0% de las madres de niños con TDAH (C) y el 11.5% de madres de niños con TDAH (H) usaron métodos de barrera. Se encontró que el 33.3% en (C), 35.5% en (IN) y el 42.3% (H) no tenían esta información en las historias clínicas.

En cuanto al peso ganado durante el embarazo se encontró que el 13.3% de las madres de niños TDAH (C), el 25.8% de (IN) y el 15.4% de (H) aumentó entre 12 y 15 kg. Un porcentaje importante de la información no se halló en las historias clínicas 53.3% en (C), 48.4% en (IN) y 53.8% en (H).

A continuación se presenta el análisis estadístico descriptivo de los factores de riesgo perinatales encontrados en cada uno de los subtipos de TDAH.

Tabla 5. Primera consulta médica, medicamentos tomados en el embarazo, accidentes o golpes fuertes en este periodo.

VARIABLES	COMBINADO		INATENTOS		HIPERACTIVOS		
	FRECUE NCIA	PORCENT AJE	FRECUE NCIA	PORCENT AJE	FRECUE NCIA	PORCENT AJE	
PRIMERA CONSULTA MEDICA	Primer mes	22	73.3%	23	74.2%	17	65.4%
	Entre 2° y 3° mes	6	20.0%	4	12.9%	6	23.1%
	Entre 4° y 6° mes	0	0	0	0	0	0
	Entre 7° y 8° mes	0	0	0	0	0	0
	En el parto	1	3.3%	1	1.1%	0	0
	No datos	1	3.3%	3	9.7%	3	11.5%
MEDICAMENT OS	No	10	33.3%	4	12.9%	8	30.8%
	Vitaminas	11	36.7%	15	48.8%	8	30.8%
	Antihipertensivos	0	0	0	0	0	0
	Tranquilizantes	0	0	0	0	0	0
	Aspirina	0	0	0	0	1	3.8%
	Diuréticos	0	0	0	0	0	0
	Otros	2	6.7%	2	6.5%	1	3.8%
	No datos	7	23.3%	10	32.2%	8	30.8%
ACCIDENTES, GOLPES FUERTES	No	9	30.0%	12	38.7%	11	42.3%
	Si, leve	7	23.3%	5	16.1%	2	7.7%
	Complicaciones por golpes	14	46.7%	14	45.2%	13	50.0%
	No datos	0	0	0	0	0	0

Como se muestra en la tabla 5, Un 73.3% de las madres de niños con TDAH (C), 74.2% en (IN) y 65.5% en (H) asistieron a la primera consulta médica el primer mes de embarazo, durante el segundo y tercer mes de embarazo asistieron el 20.0% de las madres de niños con TDAH (C), el 12.9% de (IN) y el 23.1% en (H).

Las madres que consumieron algún tipo de medicamento en la gestación fueron el 36.7% en (C), 48.8% en (IN) y 30.8% en (H) correspondiente a la ingesta de vitaminas. El 33.3% de madres de TDAH (C), el 12.9% de (IN) y el 30.8% de (H) no consumió ningún tipo de medicación en esta etapa. El 23.3% de los datos en (C), 32.2% en (IN) y 30.8% en (H) no fue registrada en las historias clínicas.

Un porcentaje importante de las madres de niños con TDAH presentaron golpes fuertes en la gestación: 46.7% en (C), 45.2% en (IN) y 50.0% en (H),

frente a 30.0% en (C), 38.7% en (IN) y 42.3% en (H) que no reportaron ningún accidente o golpe fuerte.

Tabla 6. Presencia de nauseas, vómitos, edema y sangrados vaginales.

VARIABLES		COMBINADO		INATENTOS		HIPERACTIVOS	
		FRECUE NCIA	PORCENT AJE	FRECUE NCIA	PORCENT AJE	FRECUE NCIA	PORCENT AJE
NAUSEAS Y VOMITOS EN EL EMBARAZO	No o pocas ocasiones	8	26.7%	7	22.6%	6	23.1%
	Si, al inicio	8	26.7%	9	29.0%	7	6.9%
	Si, al final	0	0	0	0	0	0
	Si, todo	3	10.0%	3	9.7%	2	7.7%
	No datos	11	36.7%	12	38.7%	11	42.3%
PRESENCIA DE EDEMA (HINCHAZÓN)	No	13	43.3%	15	48.4%	12	46.2%
	Si, al inicio	0	0	0	0	0	0
	Si, al final	8	26.7%	4	12.9%	4	15.4%
	Si, todo	0	0	0	0	0	0
	No datos	9	30.0%	12	38.7%	10	38.5%
SANGRADOS VAGINALES	Nunca	14	46.7%	9	29.0%	10	38.5%
	Algunas veces al inicio	2	6.7%	9	29.0%	4	15.4%
	Algunas veces al final	2	6.7%	2	6.5%	0	0
	No datos	12	40.0%	11	35.5%	12	46.2%

Como se observa en la tabla anterior la presencia de nauseas y vómitos en las madres con niños con TDAH fue del 26.7% en (C), 29.0% en (IN) y 6.9% (H) al inicio del embarazo. No se registró esta información en las historias en un 36.7% en (C), 38.7% en (IN) y 42.3% en (H).

La presencia de edema o hinchazón tuvo un porcentaje medianamente relevante al final del embarazo con un 26.7% en (C), 12.9% en (IN) y 15.4% en (H). El porcentaje dentro de la muestra con mayor relevancia fue la no presencia de edema durante la gestación 43.3% en (C), 48.4% en (IN) y 46.2% en (H).

En el 40.0%, 35.5% y 46.2% de la información no fue registrada en las historias revisadas, sin embargo podemos observar que el 46.7% de madres de niños con TDAH (C), 29.0% de (IN) y 38.5% en (H) no presentaron ningún sangrado vaginal en la etapa de gestación, solo un 6.7% en (C), 29.0% en (IN) y 15.4% en (H) presentó sangrados vaginales al inicio del embarazo y en

menor porcentaje el 6.7% en (C) y 6.5% en (IN) presentó sangrados al final del embarazo.

Tabla 7. Actividad física y mental agotadora durante el embarazo.

VARIABLES		COMBINADO		INATENTOS		HIPERACTIVOS	
		FRECUE NCIA	PORCENT AJE	FRECUE NCIA	PORCENT AJE	FRECUE NCIA	PORCENT AJE
ACTIVIDAD FISICA FUERTE EN EL EMBARAZO	No	1	3.3%	1	3.2%	2	7.7%
	Si, suave	6	20.0%	7	22.6%	5	19.2%
	Si, al inicio	0	0	0	0	0	0
	Si, hasta la mitad	0	0	3	9.7%	1	3.8%
	Si, todo	9	30.0%	6	19.4%	5	19.2%
	No datos	14	46.7%	14	45.2%	13	50.0%
ACTIVIDAD MENTAL AGOTADORA EN EL EMBARAZO	No	1	3.3%	0	0	1	3.8%
	Si, ligera	6	20.0%	3	9.7%	3	11.5%
	Si, al inicio	0	0	0	0	0	0
	Si, hasta la mitad	0	0	3	9.7%	1	3.8%
	Si, cerca al final	3	10.0%	0	0	2	7.7%
	Si, todo	7	23.3%	11	35.5%	6	23.1%
No datos	13	43.3%	14	45.2%	13	50.0%	

De acuerdo a la tabla anterior se puede evidenciar que un 3.3% de las madres de niños con TDAH (C), 3.2% de (IN) y 7.7% de (H) no reportó haber tenido ningún tipo de actividad física agotadora durante la gestación, mientras que el 20.0% de las madres de niños con TDAH (C), el 22.6% de (IN) y el 19.3% de (H) mostró haber tenido actividad física suave y el 30.0% de las madres de niños con TDAH (C), el 19.4% en (IN) y el 19.2% en (H) reportaron haber tenido este tipo de actividad a lo largo de todo el embarazo.

En el 46.7% de las historias clínicas de madres de niños con TDAH (C), el 45.2% de (IN) y el 50.0% de (H) no fueron encontrados estos datos.

En cuanto a la actividad mental agotadora solo un 3.3% en (C), y 3.8% en (H) las madres reportaron no haber realizado este tipo de actividad, mientras que el 23.3% en (C), el 35.5% en (IN) y el 23.1% en (H) reportó haber tenido actividad mental agotada durante toda la gestación. No se encontraron datos en las historias clínicas en el 43.3% en (C), 45.2% en (IN) y 50.0% en (H).

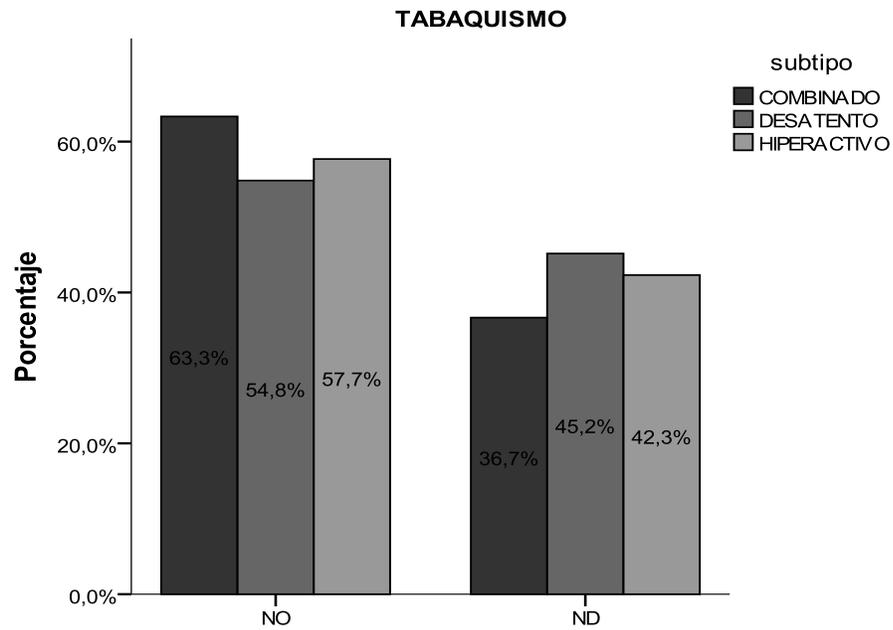


Figura 3. Frecuencia de consumo de tabaco durante el embarazo

En la figura anterior se evidencia que el 63.3% de las madres de niños con TDAH (C), el 54.8% de (IN) y el 57.7% de (H) reportaron no haber fumado durante la gestación. En el 36.7% en (C), 45.2% en (IN) y el 42.3% en (H) de las historias clínicas no se hallaron estos datos.

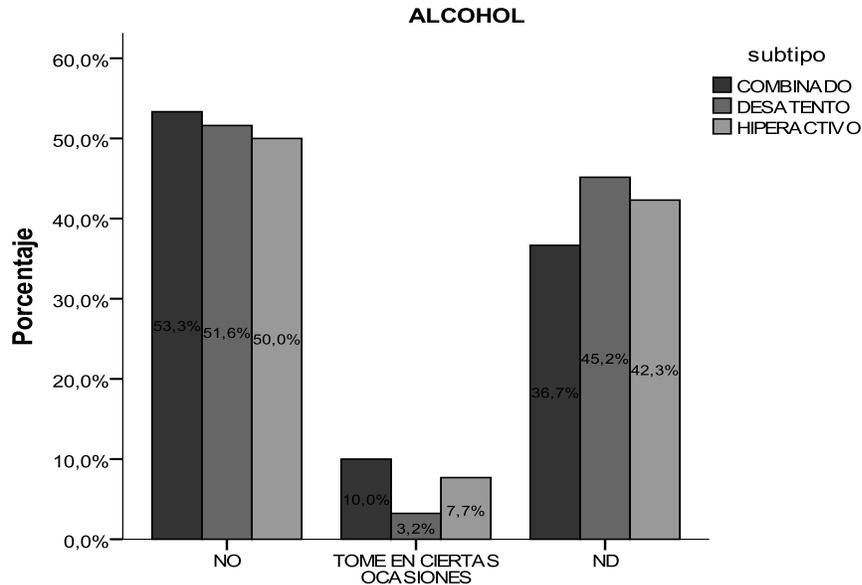


Figura 4. Consumo de alcohol durante el embarazo.

Como se observa en la figura 4, el 53.3% en (C), 51.6% en (IN) y 50.0% en (H) reportó no haber consumido alcohol en el embarazo, solo un 10.0% en (C), 3.2% en (IN) y 7.7% en (H) evidencio haber consumido alcohol en ciertas ocasiones. En el 36.7% en (C), 45.2 % en (IN) y 42.3% en (H) no se hallaron estos datos en las historias revisadas.

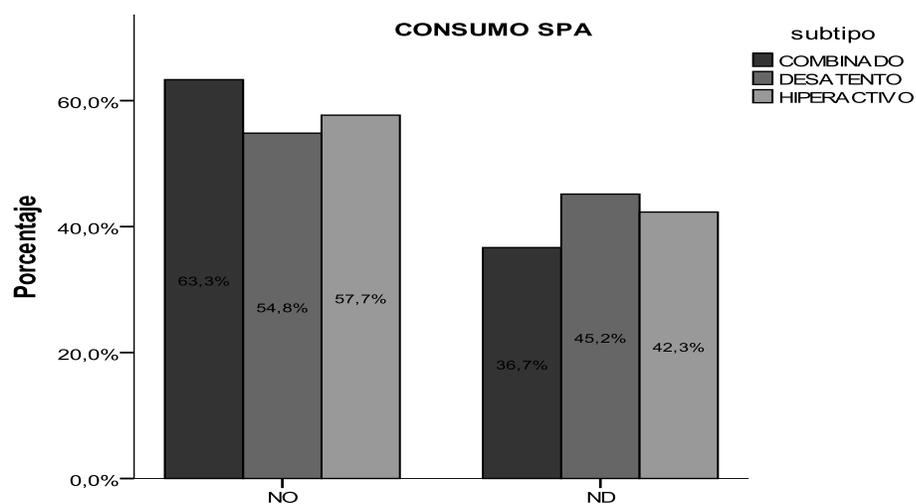


Figura 5. Consumo de sustancias psicoactivas

En la figura 5, se puede ver que un importante porcentaje de las madres de niños con TDAH reportaron no haber consumido sustancias psicoactivas en esta etapa, los porcentajes por subtipo fueron 63.3% en (C), 54.8% en (IN) y 57.7% en (H). Los datos restantes no se encontraron consignados en las historias clínicas.

Tabla 8. Vivencia del embarazo, embarazo deseado y relación de pareja.

VARIABLES		COMBINADO		INATENTOS		HIPERACTIVOS	
		FRECUE NCIA	PORCENT AJE	FRECUE NCIA	PORCENT AJE	FRECUE NCIA	PORCENT AJE
VIVENCIA DEL EMBARAZO	Relajada, disfruté	5	16.7%	7	22.6%	7	26.9%
	Feliz/ a veces mal	12	40.0%	12	38.7%	6	23.1%
	Animada/deprimi da	9	30.0%	3	9.7%	6	23.1%
		0	0	2	6.5%	1	3.8%
	Nerviosa/inquieta	1	3.3%	0	0	1	3.8%
	Mucho miedo	1	3.3%	2	6.5%	1	3.8%
	Otras	2	6.7%	5	16.1%	4	15.4%
	No datos						
EMBARAZO DESEADO/ PLANEADO	Si, muy deseado	12	40.0%	11	35.5%	10	38.5%
	Si, pero no lo esperaba	7	23.3%	16	51.6%	6	23.1%
	No, noticia poco agradable	8	26.7%	1	3.2%	6	23.1%
	No, mal momento	1	3.3%	1	3.2%	1	3.8%
	No datos	2	6.7%	2	6.5%	3	11.5%
RELACION DE PAREJA	Normal	15	50.0%	15	48.8%	14	53.8%
	Tensa	4	13.3%	2	6.5%	1	3.8%
	Muy complicada	3	10.0%	2	6.5%	3	11.5%
	No tuve pareja	4	13.3%	6	19.4%	2	7.7%
	No datos	4	13.3%	6	19.4%	6	23.1%

De acuerdo a los datos expuestos en la tabla anterior se puede observar que el 40.0% de las madres de niños con TDAH (C), el 38.7% en (IN) y el 23.1% en (H) presentaron fluctuaciones entre sentimientos de felicidad y algunas ocasiones de depresión. Mientras que el 30.0% en (C), 9.7% en (IN) y el 23.1% (H) vivieron un embarazo con mayor sentimientos de depresión que de ánimo. El 16.7% en (C), 22.6% en (IN) y el 26.9% en (H) presentaron en esta etapa.

Frente a la variable embarazo deseado, se observa que un 40.0% de las madres de niños con TDAH (C), 35.5% en (IN) y 38.5% en (H) reportó un embarazo muy deseado, frente a un 23.3% en (C), 51.6% en (IN) y 23.1% en (H) que manifestó haber tenido un embarazo deseado pero que no esperaba en ese momento. Para el 26.7% de las madres con niños con TDAH (C) y el 23.1% en (H) la noticia del embarazo fue poco agradable.

En cuanto a la relación de pareja vivida durante la gestación, el 50.0% de las madres con niños TDAH (C), el 48.8% en (IN) y el 53.3% en (H) reportó tener una relación de pareja normal; mientras que el 13.3% en (C), 19.4% en (IN) y el 7.7% (H) expresó no tener pareja en esta etapa y el 10.0% en (C), 6.5% en (IN) y 11.5% (H) reportó tener una relación de pareja muy complicada durante esta etapa.

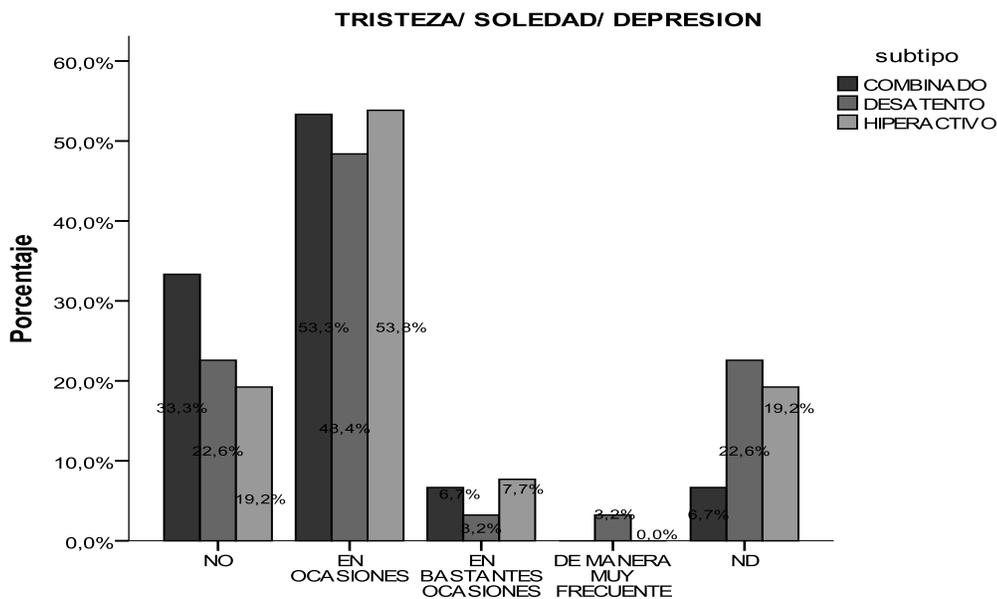


Figura 6. Sensación de tristeza, soledad o depresión durante el embarazo.

Como se puede observar en la figura un porcentaje significativo de las madres de niños con TDAH reportaron momentos de depresión en el

embarazo: 53.3% en (C), 48.4% en (IN) y 53.8% en (H), frente a 33.3% en (C), 22.6% en (IN) y 19.2% en (H) que no reportaron sentimientos de tristeza o depresión.

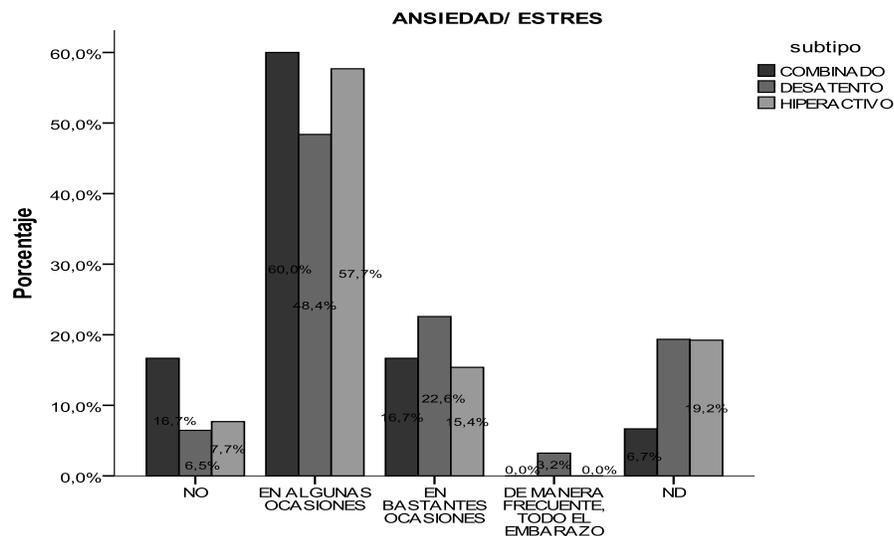


Figura 7. Presencia de estrés, nerviosismo o ansiedad durante el embarazo.

En la figura se puede evidenciar la presencia de sentimientos de estrés y ansiedad en algunas ocasiones en el 60.0% de las madres con niños con TDAH (C), el 48.4% en (IN) y el 57.7% en (H), igualmente se observa un 16.7% en (C), 22.6% en (IN) y 15.4% en (H) reportó sentimientos de estrés o ansiedad en bastantes ocasiones.

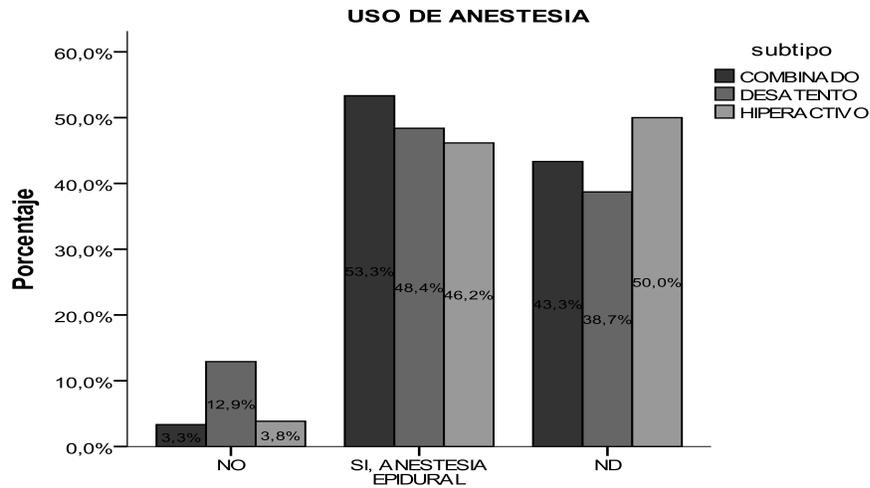


Figura 8. Uso de anestesia durante el parto.

Como lo muestra la figura 8. el 53.3% en (C), 48.4% en (IN) y el 46.2% en (H) de la muestra reportan el uso de anestesia epidural durante el parto. En el 43.3% en (C), 38.7% en (IN) y 50.0% en (H) no se encontró dicha información en las historias clínicas.

Tabla 9. Dificultades del bebé en el parto, puntuaciones Apgar, presencia de hipoxia.

VARIABLES		COMBINADO		INATENTOS		HIPERACTIVOS	
		FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIFICULTADES DEL BEBÉ EN EL PARTO	Si	4	13.3%	3	9.7%	2	7.7%
	No	25	83.3%	25	80.6%	19	73.1%
	No datos	1	3.3%	3	9.7%	5	19.2%
PUNTUACIONES APGAR DEL BEBÉ	Si	0	0	0	0	0	0
	No, las desconozco	16	53.3%	17	54.8%	13	50.0%
	No datos	14	46.7%	14	45.2%	13	50.0%
PRESENCIA DE HIPOXIA EN EL BEBÉ	Si,	3	10.0%	1	3.2%	2	7.7%
	No	19	63.3%	20	64.5%	14	53.8%
	No datos	8	26.7%	10	32.2%	10	38.5%

Teniendo en cuenta la tabla 9, se evidencia que un 83.3% de las madres con hijos con TDAH (C), el 80.6% (IN) y el 73.1% (H) no reportaron dificultades del bebé en el parto, mientras que el 13.3% del subtipo (C), 9.7% del subtipo (IN) y el 7.7% del subtipo (H) reportó algún tipo de dificultad.

Por otro lado el 93.3% de la muestra del subtipo (C), 80.6% del subtipo (IN) y el 73.1% del subtipo (H) afirmo haber tenido un parto múltiple. En el resto de la muestra no se halló esta información.

En cuanto a las puntuaciones apgar un porcentaje importante de la muestra reporta desconocerlas (53.3% (C), 54.8% (IN), 50.0% (H). en el porcentaje restante de la muestra no se entró esta información.

Por otro lado un 63.3% del subtipo (C), 64.5% del subtipo (IN) y 53.8% del subtipo (H) reportó que en el momento del parto el bebé no presentó de hipoxia. El porcentaje restante de la información no se halló en las historias clínicas 26.7% (C), 32.2% (IN) y 38.5% en (H).

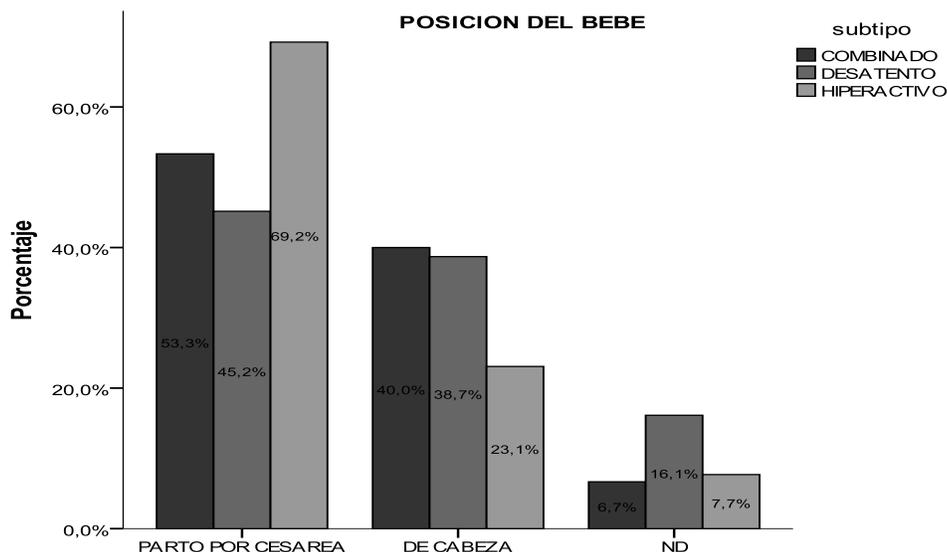


Figura 9. Posición en que venía el bebé en el momento del parto.

En cuanto a la posición del bebé en el momento del parto un 53.3% de las madres de niños con TDAH (C), 45.2% en subtipo (IN) y 69.2% en subtipo (H) reportó haber tenido un parto por cesárea. Un 40.0% de las madres de TDAH (C), 38.7% en (IN) y el 23.1% en (H) reportó que la posición en que nació el bebé fue de cabeza.

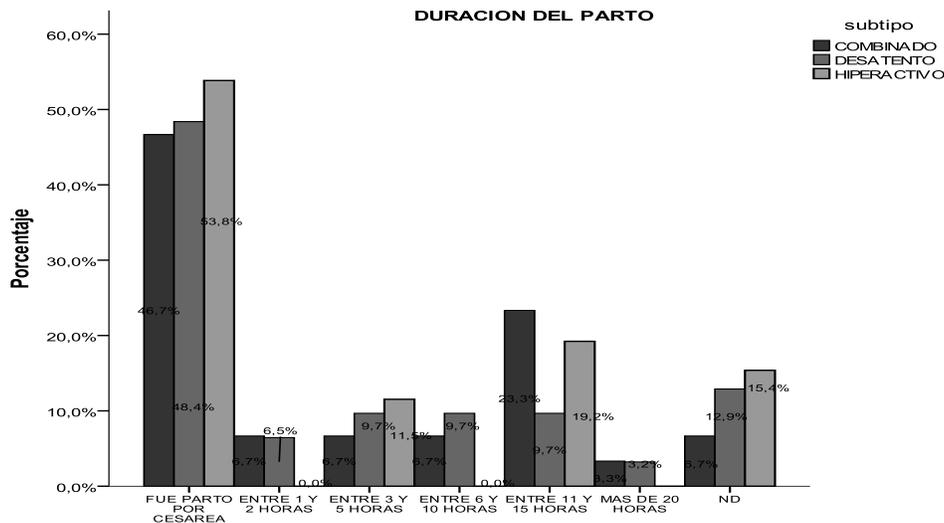


Figura 10. Duración del parto, desde el inicio de las contracciones.

En la figura anterior se observa que el 23.3% de las madres de niños con TDAH (C), 9.7% en (IN) y 19.2% en (H) reportaron entre 11 y 15 horas de trabajo de parto, solo un 3.3% en (C) y 3.2% en (IN) tuvieron un parto de más de 20 horas. Un porcentaje elevado de las madres en los tres subtipos presentó un parto por cesárea.

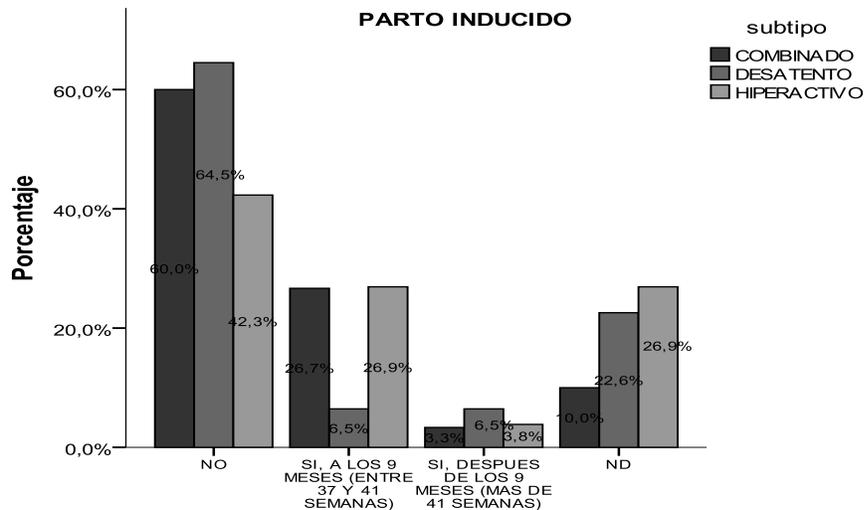


Figura 11. El parto inducido (provocado).

De acuerdo a la figura 11. Un 60.0% (C), 64.5% (IN) y 42.3% reportó un parto no inducido. El 26.7% (C), 6.5% en (IN) y 26.9% describió tener parto inducido a los nueve meses (entre 37 y 41 semanas), frente al 3.3% (C), 6.5% (IN) y 3.8% (H) que reportó un parto inducido después de los 9 meses (más de 41 semanas).

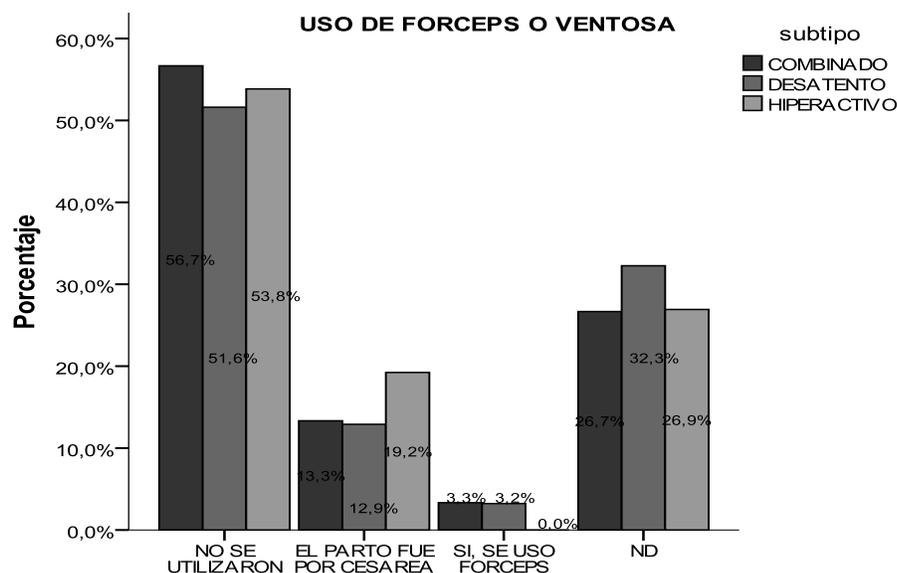
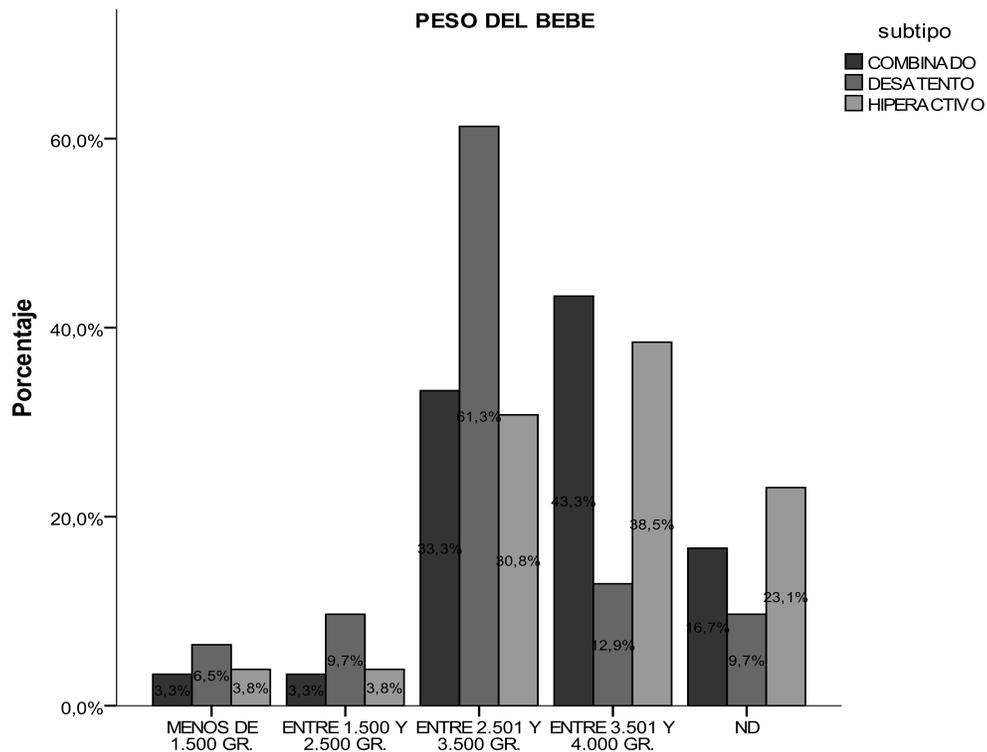


Figura 12. Uso de fórceps o ventosa en parto.

En la figura 12. Se puede observar que en el 56.7% (C), 51.6% en (IN) y 53.8% de las madres con niños TDAH no se utilizó ni fórceps, ni ventosa en el parto. En el 26.7% (C), 32.2% (IN) y 26.9% no se obtuvieron los datos en las historias clínicas.

**Figura 13.** Peso del bebé al nacer

El 33.3% de las madres de niños con diagnóstico de TDAH (C), 61.3% en (IN) y 30.8% en (H) reportó que su bebé peso entre 2.501 y 3.500 gr. al momento de nacer. El 43.3% en (C), 12.9% en (IN) y 38.5% en (H) peso entre 3.501 y 4.500 gr. solo un 3.3% en (C), 6.5% en (IN) y 3.8% en (H) peso menos de 1.500 gr.

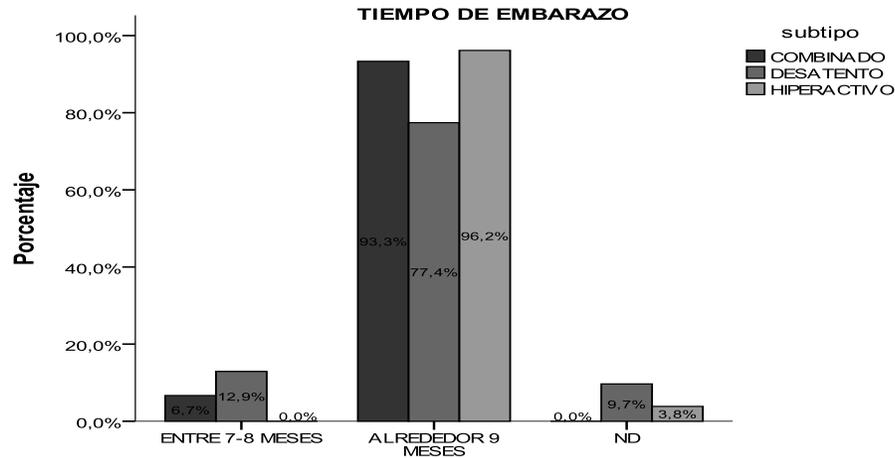


Figura 14. Tiempo de duración del embarazo.

De acuerdo a lo observado en la figura anterior la mayoría de las madres describen haber tenido un tiempo de gestación alrededor de los nueve meses (93.3% (C), 77.4% en (IN) y 96.2% en (H). solo el 6.7% en (C) y 12.9% en (IN) presento un embarazo prematuro entre 7 y 8 meses de gestación.

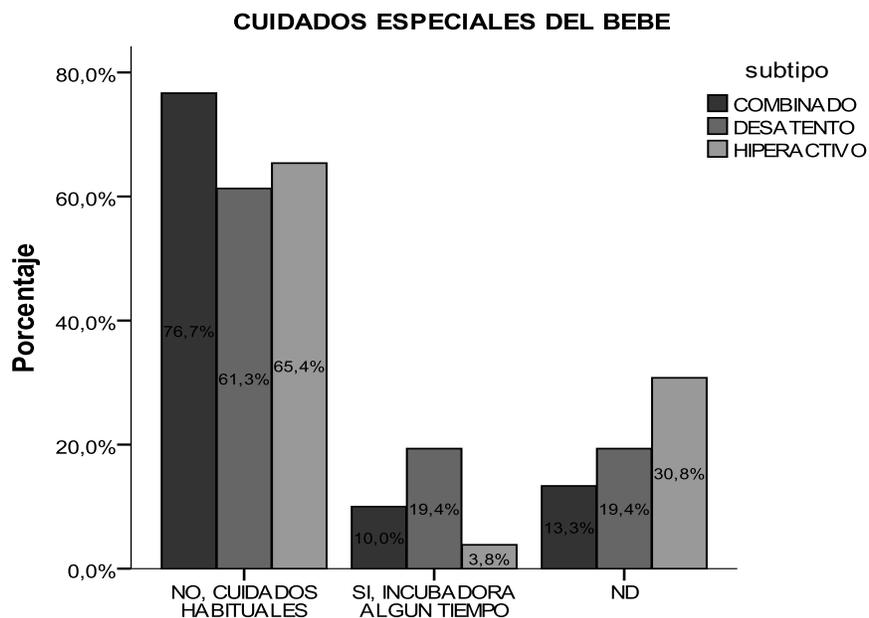


Figura 15. Cuidados especiales del bebé al momento de nacer.

En la figura 15, se puede observar que el 76.7% de las madres en el subtipo (C) de TDAH, 61.3% en el subtipo (IN) y 65.4% en el subtipo (H) describieron que sus hijos necesitaron solo de los cuidados habituales después del parto. Un 10.0% en (C), 19.4% en (IN) y 3.8% en (H) reportaron que sus hijos requirieron incubadora durante algún tiempo. En el 13.3% (C), 19.4% (IN) y 30.8% (H) no se encontró esta información en las historias clínicas.

DISCUSION

El objetivo principal de esta investigación fue describir los factores de riesgo pre y perinatales presentes en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, dando respuesta cada uno de los objetivos, se iniciara la discusión con el análisis de los datos sociodemográficos incluyendo género, ocupación y nivel de escolaridad de los padres y posteriormente se continuará con el análisis de los factores de riesgo mencionados.

De acuerdo a los resultados obtenidos se encontró en cuanto a la diferencia de género una prevalencia del género masculino sobre el femenino en los tres subtipos de TDAH, coincidiendo con lo expuesto en la literatura (López, C et., al 2009; Cardo & Servera 2005; Vera et., al 2007).

La dimensión sociodemográfica en esta investigación no evidencia ninguna relación con la aparición del TDAH, pues un porcentaje importante de padres y madres de niños con TDAH en los tres subtipos reporta tener estudios universitarios y ocupación profesional, sin embargo es importante mencionar que algunos estudios han relacionado un bajo nivel de escolaridad y ocupación de los padres con el pronóstico y curso este trastorno (Puerta 2002; citado por Pineda & Trujillo 2010; Herreros, Rubio, Sánchez, Gracia 2002; Ayora 2004).

En la dimensión de antecedentes prenatales, como número de embarazos, hijos anteriores con problemas en embarazos anteriores y abortos espontáneos no se encontraron datos relevantes; En los porcentajes de las madres en los tres subtipos de TDAH no se evidenciaron complicaciones obstétricas en embarazos anteriores, no obstante los resultados indicaron que una proporción menor de las madres de niños que presentan TDAH tuvieron abortos voluntarios, sin embargo la información consignada en las historias clínicas, no explica el motivo de este evento, por lo tanto en esta investigación no es claro si este evento puede tener asociación con la aparición del TDAH; a pesar de este dato es necesario señalar que en estudios como el realizado por (López

et., al 2008) con una muestra madres de niños con autismo y asperger, se encontró que ciertas complicaciones obstétricas anteriores estaban presentes en dichos trastornos.

En esta investigación los datos con respecto a enfermedades antes de la gestación, métodos anticonceptivos e intervenciones quirúrgicas anteriores no revelan una frecuencia mayor para ninguno de los subtipos de TDAH; no obstante los datos en enfermedades durante el embarazo aunque no representan un porcentaje elevado, revelan la presencia de algún tipo de enfermedad en esta etapa, aunque dichas enfermedades no se encuentran especificadas en este estudio, este hallazgo se corrobora con lo expuesto por autores como Vidal et., al (2009) y López et., al (2008) quienes proponen que algunos de los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo normal del feto están relacionados con las enfermedades ocurridas en el embarazo, como enfermedades asociadas con la actividad metabólica (tiroides) infecciones urinarias y anemias. Se ha descrito que estas complicaciones obstétricas pueden ser factores etiológicos que influyen en el neurodesarrollo, sin embargo la falta de referencia específica no permite que se pueda hacer una asociación directa entre estos factores de riesgo y la presencia del TDAH en cualquiera de sus subtipos.

Continuando con el análisis de los factores de riesgos prenatales, como consumo medicamentos y primera asistencia de control prenatal, no se observaron en esta investigación hallazgos reveladores que asocien estos factores de riesgo con la presencia del TDAH en ninguno de los subtipos; no obstante Capdevila et., al (2006) señala que eventos de esta naturaleza pueden contribuir a variadas manifestaciones psicopatológicas posteriores en el niño.

Por otro parte están los factores de riesgo perinatales los cuales hacen referencia a los eventos ocurridos durante la gestación, como náuseas, vómitos, presencia de edema y sangrados vaginales, podría decirse que aunque estos datos no se hallaron como resultados relevantes en la

investigación, aun así se encontró que un porcentaje menor de la muestra presentó en este tipo complicaciones obstétricas, como náuseas, edema y sangrados vaginales (amenaza de aborto), Estos hallazgos concuerdan con el estudio realizado por Pineda en el año 2000, donde expone que los factores de riesgo más frecuentes en niños con TDAH fueron amenaza de aborto (sangrados) 18%, amenaza de parto prematuro (duración embarazo) 20% entre otros. (Pineda 2003; en Pineda & Trujillo, 2010; Buka, et., al 1989; citado por Capdevila et al, 2007; Herrero et., al 2002, Hurtado & Martín 2008).

De igual manera, respecto a los resultados obtenidos en enfermedades y golpes fuertes durante el embarazo, se encontró que algunas de las madres en los tres subtipos de TDAH presentaron complicaciones a causa de estos incidentes, lo que sugiere que estos factores de riesgo podrían estar relacionados con el TDAH, este hallazgo coincide con lo planteado por Ardila & Rosselli, (2007) y Harmony (2004) quienes plantean que determinados eventos ambientales que pueden presentarse durante este período del embarazo tienen efecto en el desarrollo del sistema nervioso y la conducta del niño y pueden dar lugar a diversas alteraciones como fallas en el aprendizaje y problemas atencionales. En el análisis de esta variable se puede ver como dato llamativo que existe un porcentaje similar en los tres subtipos, por lo tanto este puede ser un factor a investigar en un próximo estudio.

En cuanto a los factores de riesgo prenatales asociados a alteraciones, como consumo de sustancias psicoactivas, tabaquismo y consumo de alcohol los resultados de esta investigación no son claros, pues en un porcentaje significativo de los resultados no se observa una prevalencia de consumo de ninguna de estas sustancias, a excepción de algunas madres en los tres subtipos que presentaron un consumo ocasional de alcohol y en una cantidad significativa de las historias clínicas no se encontró la información suficiente para realizar el análisis objetivo de los datos; Pese a esto es necesario tener en cuenta la investigación realizadas en Colombia por Puerta et., al (2000) que

relaciona el tabaquismo en los primeros meses de gestación y el consumo de alcohol hasta la embriaguez con el diagnóstico de TDAH.

Así mismo, otros factores de riesgo prenatal que pueden tener un efecto negativo en el desarrollo fetal, son los factores de riesgos psicosocial, que en esta investigación se describen como la realización de trabajos físicos o mentales a lo largo del embarazo y donde se encontró que un porcentaje importante de las madres de niños con TDAH en los tres subtipos, realizaron actividades de este tipo tanto al inicio como a lo largo de la gestación. Dichos hallazgos contrastan con lo planteado por Roy et., al (2000; citado por Rodríguez; Herrero et., al 2002), que señalan que diversos factores de riesgo psicosocial incluyendo presencia de psicopatología familiar, exclusión social e inadecuados cuidados prenatales como en este caso exceso de trabajo mental y físico estuvieron asociados a diversas psicopatologías en la infancia. Igualmente estos factores de riesgo psicosocial se encontraron en estudios como el realizado por López et., al (2008) con madres de niños con trastornos generalizados del desarrollo.

Los resultados respecto al estado emocional; estrés, ansiedad, depresión y un estado emocional negativo (relación de pareja, vivencia del embarazo), podrían estar asociados a la presencia del TDAH en este estudio, pues se encontró en los datos un número elevado de madres en los tres subtipos, que presentaron algunas de estas dificultades (estrés, sentimientos de tristeza), esto se puede corroborar con lo planteado por Grizenco, Rajabieh, Pototskaia, Ter-Stepanian & Joobar (2008) en un estudio donde se encontró que los niños con TDAH cuyas madres fueron expuestas a estrés prenatal moderado durante el embarazo tienden a desarrollar síntomas más severos que los niños con TDAH que madres no fueron expuestas a estrés prenatal.

Dentro de los factores perinatales ocurridos durante el parto que hacen referencia al uso de fórceps, presencia de hipoxia, puntuaciones apgar,

posición y cuidados especiales del bebé o si se presentó alguna complicación en el parto, los resultados presentan una característica similar a la presentada en datos anteriores, donde se observa que un porcentaje mayor de las madres no mostraron complicaciones de esta índole y en otro porcentaje también significativo no se encontró dicha información. En cuanto a las variables presencia de hipoxia y puntuaciones apgar es considerable el desconocimiento por parte de las madres de la coloración de la piel y puntuaciones apgar al nacer su bebé. Aunque no coinciden los resultados de estas variables con otras investigaciones, es necesario tener en consideración estudios donde se ha señalado que factores como la hipoxia demuestran una asociación positiva entre el riesgo de padecer TDAH y complicaciones como anoxia o hipoxia prologada. Mick, Biederman, Fisher & Faraone (2002; citado por Capdevila et al, 2007; Galiano, Ramírez & Reigosa (2008).

Con respecto a los resultados de esta investigación en las variables parto inducido y uso de anestesia, se observa una relación interesante entre el parto por cesárea y la presencia del TDAH, dicho hallazgo se puede relacionar con un estudio realizado por Galiano, et., al (2008) en la Cuba, con una muestra de 31 sujetos donde se mostró la relación existente entre la presencia de factores perinatales como cesárea de urgencia y parto instrumentado y el desarrollo posterior del TDAH.

Finalmente, un factor de riesgo que se ha asociado al diagnóstico del TDAH es el bajo peso al nacer, que si bien en esta investigación no muestra un resultado relevante y no permite sugerir una relación, existen investigaciones donde se ha estudiado esta correspondencia como la realizada en Finlandia por Karlsson et., al en 2004, donde se encontró que los sujetos con bajo peso (menos 1.500 kg.) mostraron puntuaciones más altas en disfunción ejecutiva e inestabilidad emocional, lo que reflejó que el retraso en el crecimiento intrauterino puede sugerir un riesgo conductual y de adversidad emocional relacionado con el TDAH (Strang- Karlsson et al, 2008). A pesar de este no

ser un dato relevante en esta investigación se podría suponer que estudios de mayor magnitud arrojen un riesgo de este tipo.

La principal limitación en esta investigación fue la naturaleza retrospectiva de de la recopilación de los datos pues impidió que se tuviese la información completa en todos los ítems y por tal motivo no se logro hacer un análisis claro en algunas variables, teniendo en cuenta esta dificultad es necesario para próximos estudios realizar investigaciones de tipo prospectivo o donde se disminuyan este tipo de complicaciones.

Los resultados en esta investigación si bien revelan algún tipo de asociación entre factores de riesgo pre y perinatales y el TDAH, no implican una relación directa con respecto a la etiología del TDAH. El objetivo como se mostró fue describir los diferentes factores de riesgo presentes en los subtipo del TDAH.

Con base en los hallazgos encontrados en esta investigación se puede decir que no se observaron diferencias significativas en los factores de riesgo en los tres subtipos; son pocos los estudios que hayan relacionado específicamente los subtipos TDAH y los factores de riesgo pre y perinatales, por tal motivo es preciso que en futuras investigaciones se profundice en dicha relación y se logre fortalecer en aspectos preventivos y brindar un mejor tratamiento integral de problema.

REFERENCIAS:

- American Psychiatric Association (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV- R). Barcelona: Másson.
- Ardila, A; Rosselli, M. (2007). Neuropsicología clínica. México: Manual Moderno.
- Artigas- Pallares, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev neurol* 2003; 36 (1): 68-78.
- Artigas-Pallarés, J (2004). Nuevas opciones terapéuticas en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev neurol* 2004; 38 (1): 117-23.
- Ayora, A. (2004). Niños con déficit de atención e hiperquinesia (TDA/H). *Revista latinoamericana de psicología*. 2004; 36 N (1): 47-58.
- Barkley, R.A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno de atención/hiperactividad: que puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Rev neurol* 2009; 48 (2): 101-106.
- Brown, T. (2003). Trastorno por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. España: Másson.
- Cardo, E & Servera, M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Rev neurol* 2005; 40 (1): 11-15.
- Capdevila, C; Artigas, J; Ramírez, A; López, M; Real, J; Obiols, J. (2005). Fenotipo neuropsicológico del trastorno de déficit de atención/hiperactividad: ¿existen diferencias entre los subtipos?. *Rev neurol* 2005; 40 (1): 17-23.
- Capdevila, C; Navarro, J; Artigas, J; Obiols, J. (2007). Complicaciones obstétricas y médicas en el trastorno de déficit de

atencional/hiperactividad (TDAH): ¿hay diferencias entre los subtipos?.
International journal of clinical and health psychology 2007; 7 (3): 679-695.

Capilla, A;Pazo, P; Campo, F; Maestú, F; Fernández, A; Fernández, S; Ortiz, T. (2005). Nuevas aportaciones a la neurobiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad desde la magnetoencefalografía. Rev neurol 2005; 40 (1): 43-47.

Escobar, R; Hervás, A; Soutullo, C; Mardomingo, M; Uruñuela, A; Gilaberte, I. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: impacto de la enfermedad de acuerdo al subtipo en niño con diagnóstico reciente. Actas Esp Psiquiatr 2008; 36 (5):285-294.

Etchepareborda, M. (1999). Subtipos neuropsicológicos del síndrome disatencional con hiperactividad. Rev neurol 1999; 28 (2): 165-173.

Filippetti, V; M; Mías, C. (2009). Neurología del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: subtipos predominio déficit de atención y predominio hiperactivo-impulsivo. Revista argentina de neuropsicología 2009; 13: 14-28.

Funes M.J; Lupiáñez J. (2002). La teoría atencional de Posner: una tarea para medir las funciones atencionales de Orientación, Alerta y Control Cognitivo y la interacción entre ellas. Psicothema 2003; 15 (2): 260-266

García-Ogueta, M. (2001). Mecanismos atencionales y síndromes neuropsicológicos. Rev neurol 2001; 32: 463-7.

García-Pérez, A; Expósito-Torrejón, J; Martínez-Granero, M; Quintanar-Rioja, A; Bonet-Serra, B. (2005). Semiología clínica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en función de la edad y eficacia de los tratamientos en las distintas edades. Rev neurol 2005; 41: 517-24.

- González, A; Ramos, J. (2006). La atención y sus alteraciones: del cerebro a la conducta. México: Manual moderno.
- Gratch, L. (2009). El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD) clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia y la adolescencia y la adultez. Argentina: Panamericana.
- Grizenco, N; Rajabieh, Y; Pototskaia, A; Ter-Stepanian, M; R, Joober. (2008). Relation of maternal stress during pregnancy to symptom severity and response to treatment in children with ADHD. *J Psychiatry Neurosci* 2008; 33 (1): 10-16.
- Harmony , T . (2004). Factores que inciden en el desarrollo del sistema nervioso del niño. En M, Corsi (comp.) *Aproximaciones de neurociencias a la conducta*. México: Manual Moderno.
- Herreros, O; Rubio, B; Sánchez, F; Gracia, R. (2002). Etiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Rev psiquiatr infanto*; 19 (1): 82-88.
- Hurtado, J & Martín, E. (2009). El prematuro tardío. *Bol SPAO* 2009; 3: 153-154.
- Karlsson, S; Raikkonen, K; Pesonen, A; Kalantie, E; Paavonen, J; Lahti, J; Hovi, P; Heinonen, K; Jarvenpaa, A; Eriksson, J; Anderson; S. (2008). Muy bajo peso al nacer y síntomas conductuales del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos jóvenes: estudio Helsinki de adultos con muy bajo peso al nacer. *A m J Psychiatry*. 2009; 12: 57-65.
- Kolb, B; Whishaw,I. (2006). *Neuropsicología Humana*. España: Médica Panamericana.
- López, C; Castro, M; Alcántara, M; Fernández, V; López, J. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema* 2009; 21 (3): 353-358.

- López, S; Rivas, R; Taboada, E. (2008). Los riesgos maternos pre, peri- y neonatales en una muestra de madres de hijos con trastorno generalizado del desarrollo. *Psicothema* 2008; 29 (4): 684-690.
- Mateo, V (2006). Recursos para el diagnóstico psicopedagógico de TDAH y comorbilidades. *Revista electrónica de investigación psicoeducativa*. 2006; 10 (4): 623-642.
- Martínez, N. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2006; 6 (2): 379-39.
- Mediavilla, C. (2003). Neurobiología de trastorno de hiperactividad. *Rev Neurol* 2003; 36: 555-565.
- Menéndez, I. (2001). Trastorno de déficit de atención con hiperactividad: clínica y diagnóstico. *Rev Psiquiatr Psicol Niño y Adolesc*, 2001; 4 (1): 92-102
- Miranda, A; Jarque, S; Soriano, M. (1999). Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Rev neurol* 1999; 28 (2): 182-188
- Mulas, F; Etchepareborda, M; Abad-Mas, L; Díaz-Lucero, A; Hernández, S; De la Osa, A; Pascuale, M; Ruiz-Andrés; R (2006). Trastornos neuropsicológicos de los adolescentes afectados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev neurol* 2006; 43 (1): 71-81.
- Muñoz-Céspedes, J & Tirapu-Ustárroz, J (2004). Rehabilitación de las funciones ejecutivas. *Rev neurol* 2004; 38: 656-63.
- Navarro, M.E. (2004). Depresión en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista reflexiones* 2004; 83 (1): 107- 120.
- Newcorn, J; Halperin, J. (2003). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con negativismo y agresividad. En Brown (comp.)

Trastorno por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. España: Másnon.

- Pineda, D; Lopera, F; Henao, G; Palacio, J; Castellanos, F. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Rev Neurol* 2001; 32 (3): 1-6.
- Portellano, J.A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. España: Mc Graw Hill.
- Puerta, I; Martínez, J; Pineda, D. (2002). Prevalencia de retardo mental en adolescentes con trastorno disocial de la conducta. *Rev Neurol* 2002; 35: 1014-1018.
- Puerta, I; Merchán, V; Arango, C; Galvis, A; Velásquez, B; Gómez, M; Builes, A; Zapata, M; Montoya, P; Gómez, J; Salazar, E; Lopera, F (2000). El tabaquismo materno durante el embarazo, asociado con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los niños de la comunidad colombiana "paisa". *Revista neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias* 2000; 5:126-137.
- Quintero, J; Navas, M; Fernández, A; Ortiz, T. (2009). Avances en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. ¿ que nos aporta la neuroimagen?. *Actas Esp Psiquiatr* 2009; 37 (6): 352-358.
- Raya, A; Herreruzo, J; Pino, M. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema* 2008; 20 (4): 691-696.
- Rodríguez, F. (2010). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad: causas e implicaciones para el tratamiento. *Revista psicología educativa* 2010; 16 (1): 31-40.
- Roca, M; Alemán, L. (2000). Características generales de las alteraciones psicológicas popularmente conocidas como hiperactividad: déficits de la

atención- trastorno de hiperactividad (ADHD). Revista cubana de psicología 2000; 17 (3): 218-226.

Romero-Ayuso, D; Maestú, F; González-Marqués, J; Romo-Barrientos, C; Andrade, J.M. (2006). Disfunción ejecutiva en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia. Rev neurol 2006; 42 (5): 265-271.

Rosselli, M; Ardila, A; Pineda, D; Lopera, F. (1997). Neuropsicología infantil. Colombia: Prensa creativa.

Rosselli, M; Matute, E; Ardila, A. (2010). Neuropsicología del desarrollo infantil. México: Manual Moderno.

Ruiz, M. (2007). Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de trastornos por déficit de atención. México: editores de textos mexicanos ETM.

SánchezCarpintero, R & Narbona, J (2001). Revisión conceptual del sistema ejecutivo y su estudio en el niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Rev neurol 2001; 33: 47-53.

Spencer, T; Wilens, T; Biederman, J; Wozniak, J; Harding-Crawford, M. (2003). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con trastornos del estado de ánimo. En Brown (comp.) Trastorno por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. España: Másson.

Tannock, R. (2003). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con trastornos de ansiedad. En Brown (comp.) Trastorno por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. España: Másson.

Vaquerizo, J. (2005). Hiperactividad en el niño preescolar; descripción clínica. Rev. Neurol 2005; 40 (1): 25-32.

Vera, A; Ruano, M; Ramírez, L. (2007). Características clínicas y neurobiológicas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Colombia Med 2007; 38 (4): 433-439.

Vidal, M; Struck, A; Fernández, F, Chavez, Y; Simosa, V (2009). Sobre los factores de riesgo en la relación materno-fetal ¿una nueva definición o clasificación? Revista Venezolana de análisis de coyuntura 2009; 2: 265-282.

Zuluaga, B; Vasco, C (2009). Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de trastorno deficitario de atención con hiperactividad. Revista latinoamericana de psicología 2009; 41 (3): 481- 496.

APENDICES

APENDICE 1

Sistematización de variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN	MEDICIÓN	CATEGORÍA / UNIDAD
Edad	Computo de tiempo por años a partir de la fecha de nacimiento de las personas. (Feldman, 1997)	Intervalar	16 – 45
Sexo	Es la serie de características físicas determinadas genéticamente, que colocan a los individuos de una especie en algún tipo del continuo que tiene como extremos a los individuos reproductivamente complementarios, en el caso de los seres humanos, existen dos sexos hombre y mujer. Badinter, (1993) citado en Vargas y cols (1999)	Nominal	1= mujer 2= hombre
Posición hijo	Lugar que ocupa una persona entre los hermanos	Ordinal	1=primero 2=segundo 3=tercero 4=cuarto 5=quinto
Trastornos de la infancia	Alteraciones en el desarrollo de los niños, en el aprendizaje, o en el comportamiento que interfieren en su funcionamiento normal	Nominal	1=Trastorno autista 2= Trastorno de Rett 3=Trastorno desintegrativo infantil 4=Trastorno de Asperger 5=Trastorno generalizad del desarrollo no especificado 6=Trastorno por déficit de atención con hiperactividad 6=trastorno de aprendizaje 7=retardo en el desarrollo 8=Retardo en el desarrollo 9=Otro
Grado de Escolaridad	Nivel educativo que tiene una persona.	Nominal	Sin estudios= 1 Primaria = 2 Secundarios= 3 Universitarios=4 Otros=5
Ocupación	Actividad profesional o asalariada	Nominal	Profesional=1 Técnico=2 Hogar=3 Estudio=4 Independiente=5 Otro=6
Factores prenatales	Eventos ocurridos antes de la gestación, sobre todo aquellos que han sucedido con una mayor proximidad temporal, dada su cercanía con respecto al embarazo, y		

que pueden alterar el curso normal del mismo, como los siguientes:

Peso antes del embarazo	Ordinal	Menos de 40Kg=1 Entre 40 y 50Kg=2 Entre 51 y 60Kg=3 Entre 61 y 70kg=4 Entre 71 y 80Kg=5 Mas de 89kg=6
Altura de la madre	Ordinal	Menos de 150cm=1 Entre 150 y 160cm=2 Entre 161 y 170cm=3 Entre 171 y 180cm=4 Más de 180cm=5
Embarazos anteriores	Nominal	Ninguno=1 Uno=2 Dos=3 Tres=4 Cuatro o más=5
Abortos espontáneos	Nominal	No=2 Uno=2 Dos=3 Tres o mas=4
Abortos voluntarios	Nominal	No=2 Uno=2 Dos=3 Tres o mas=4
Hijo anterior con problemas	Nominal	No=1 Si=2
Dificultades embarazos anteriores	Nominal	Ninguna de ellas=1 Mortalidad feto/bebé=2 Bajo peso del bebé(menos de 2500 grs)=3 Bebé prematuro (nació antes de 37 semanas)=4 Sobrepeso del bebé más de 4000 grs)=5 Cesárea por la forma como venía encajado él bebé= 6
Intervenciones quirúrgicas	Nominal	No se realizó ninguna intervención quirúrgica=1 Se realizo alguna intervención anterior a este embarazo=2 Se realizó alguna intervención durante este embarazo=3 Se realizo un tratamiento de fertilidad anterior a este embarazo=4 Se realizo una fecundación "in vitro" anterior a este embarazo=5

		Se realizó una episiotomía en un embarazo anterior=6	84
Uso de anticonceptivos	Nominal	No, ninguno=1 Si, tome anticonceptivos hormonales=2 Si, tenia implantado un DIU=3 Si utilice métodos de barrera=4 Si, utilice otros métodos anticonceptivos=5	
Edad de embarazo	Intervalar	16 a 45 años	
Enfermedades antes del embarazo	Nominal	Anemias frecuentes=1 Infecciones urinarias=2 Gonorrea=3 Sífilis=4 Problemas cardiacos=5 Diabetes=6 Rubeola=7 Intoxicación por metales=8 Toxoplasmosis=9 Desnutrición / anorexia=10 Enfermedad de la tiroides=11 Hipertensión (alta tensión arterial)=12 Problemas neurológicos o psiquiátricos=13	
Peso ganado durante el embarazo	Ordinal	Menos de 4kg=1 Entre 4 y 7kg=2 Entre 8 y 11kg=3 Entre 12 y 15Kg=4 Entre 16 y 20Kg=5 Mas de 20Kg=6	
Primera consulta medica	Ordinal	En el primer mes de embarazo=1 Entre el 2 y 3 mes=2 Entre el 4 y 6 mes=3 Entre el 7 y el 8 mes=4 Después del 8 mes=5 Al producirse el parto=6	
Sangrados vaginales	Nominal	Nunca=1 Algunas veces al principio del embarazo=2 Algunas veces al final del embarazo=3 A menudo, a lo largo del embarazo=4	
Medicación durante el embarazo	Nominal	No tome medicación =1 Tome suplementos vitamínicos o	

Factores de Riesgo en TDAH

			85
		hierro=2 Tome antihipertensivos=3 Tome tranquilizantes, ansiolíticos y/o antidepresivos=4 Tome aspirina de forma frecuente=5 Tome diuréticos=6 Otros=7	
Fumo durante el embarazo	Nominal	No fume=1 Deje de fumar al principio del embarazo=2 Fume prácticamente durante todo el embarazo menos de 10 cigarrillos al día=3 Fume prácticamente durante todo el embarazo entre 11 y 20 cigarrillos al día=4 Fume prácticamente durante todo el embarazo más de 20 cigarrillos al día=5	
Consumo alcohol embarazo	Nominal	No=1 Tome alcohol en ciertas ocasiones=2 Una o dos bebidas con alcohol al día=3 Tres o cuatro bebidas con alcohol al día=4 Cinco o mas bebidas con alcohol al día=5	
Consumo de drogas durante el embarazo	Nominal	No=1 En pocas ocasiones (1 o 2 veces al mes)=2 Es bastantes ocasiones (1 0 2 veces por semana=3 En muchas ocasiones (prácticamente a diario)=4	
Nauseas durante el embarazo	Nominal	No prácticamente nunca o en muy pocas ocasiones=1 Si, sobre todo al principio del embarazo=2 Si sobre todo al final del embarazo=3 Si, a menudo a lo largo de todo el embarazo=4	
Hinchazón durante el embarazo	Nominal	No, nada=1 Si, al principio del embarazo=2 Si, al final del embarazo=3 Si, a lo largo de todo el embarazo=4	
Accidentes durante el embarazo	Nominal	No, =1 Sí. Indique en que momento del	

			embarazo=2 En caso, afirmativo, se presentaron complicaciones cuáles?=3
Enfermedades durante el embarazo	Nominal		86 Enfermedades sanguíneas (anemia, talasemia, púrpura, etc.)=1 Infecciones urinarias=2 Gonorrea=3 Sífilis=4 Problemas cardiacos=5 Diabetes=6 Asma =7 Rubéola=8 Toxoplasmosis=9 Ruptura de la fuente antes de tiempo=10 Desnutrición, alimentación inadecuada =11 Anorexia=12 Enfermedad de la tiroides=13 Hipertensión (alta tensión arterial)=14 Problemas con el líquido amniótico=15 Incompatibilidad sanguínea en el Rh=16 Fiebres=17 Debilidad =18 Desmayos=19 Problemas neurológicos =20 Problemas psiquiátricos=21 Infección vaginal antes del parto=22 Otras enfermedades. Indique cual/es=23
Sensaciones de estrés, nerviosismo o ansiedad durante el embarazo	Ordinal		No, prácticamente nunca=1 En algunas ocasiones (1 o 2 veces al mes)=2 En bastantes ocasiones (1 o 2 veces a la semana)=3 De manera frecuente, a lo largo del embarazo=4
Sensaciones de tristeza, soledad o depresión durante el embarazo	Nominal		No prácticamente nunca=1 En algunas ocasiones (1 o 2 veces al mes)=2 En bastantes ocasiones (1 o 2 veces a la semana)=3 De manera frecuente prácticamente a diario= 4
Conocimiento del sexo del bebé	Nominal		Sí, me alegra mucho=1 No me alegre, me daba igual=2 No me alegre y fue un mal momento=3 No conoce el sexo del bebé hasta

		que nació=4	87
Relación con la pareja durante el embarazo	Nominal	<p>Fue una relación normal=1</p> <p>Fue una relación tensa=2</p> <p>Fue una relación muy complicada=3</p> <p>No tuve pareja=4</p>	
Trabajo o actividad física fuerte o moderada durante el embarazo	Nominal	<p>No, prácticamente no trabajé=1</p> <p>Si, realicé algunos trabajos físicos, pero muy suaves=2</p> <p>Si, realicé trabajos físicos al principio del embarazo (hasta el 3 mes)=3</p> <p>Si realice trabajos físicos hasta la mitad del embarazo (hasta el 5 mes)=4</p> <p>Si, realice trabajos físicos hasta cerca del final del embarazo (6 -7 mes)=5</p> <p>Si, realice trabajos físicos a lo largo de todo el embarazo=6</p>	
Trabajos mentales o agotadores o de responsabilidad a lo largo del aprendizaje	Nominal	<p>No, prácticamente o nunca=1</p> <p>Si, realice algunos trabajos mentales pero muy ligeros=2</p> <p>Si, realicé trabajos mentales al principio del embarazo (hasta los 3 primeros meses)=3</p> <p>Si, realice trabajos mentales hasta la mitad del embarazo (hasta los 5 primeros meses)=4</p> <p>Si, realicé trabajos mentales hasta cerca del final del embarazo (6 – 7 mes)=5</p> <p>Si, realicé trabajos mentales a lo largo de todo el embarazo=6</p>	
Vivencia del embarazo	Nominal	<p>De manera relajada, disfrute el embarazo=1</p> <p>Feliz, pero en algunos momentos la pase algo mal=2</p> <p>A veces animada y otras deprimida=3</p> <p>Bastante nerviosa, inquieta intranquila=4</p> <p>Con mucho miedo y angustia=5</p> <p>Otros indique como _____</p>	
Embarazo deseado	Nominal	<p>Si, fue muy deseado y planificado=1</p> <p>Si fue deseado, pero no lo esperaba en ese momento=2</p> <p>No, fue una noticia poco agradable=3</p> <p>No, fue realmente un mal momento</p>	

Factores Perinatales:				88
Conjunto de riesgos que pueden condicionar el normal desarrollo del embarazo, abarcando todo el periodo gestacional. Entre estos se encuentran:				
Uso de anestesia durante el parto	Nominal	No, ninguna=1 Si anestesia epidural=2 Si, anestesia general=3 Desconozco si utilizó alguna anestesia=4		
Comienzo del parto después de romper fuente	Nominal	Fue un parto por cesárea=1 Me dieron medicación para inducir y acelerar el parto=2 Me dieron medicación para calmar los dolores o para desacelerar el parto=3 Comenzaron las contracciones frecuentes y al poco tiempo el parto=4 El parto tardó todavía algunas horas=5 El parto tardo más de 12 horas=6 No rompió fuente=7 No estoy segura de lo que ocurrió=8		
Posición del bebé en el momento del parto	Nominal	Fue un parto por cesárea=1 De lado, atravesado=2 De cabeza=3 De nalgas o pies=4 No estoy segura=5		
Duración de parto desde que empezaron contracciones fuertes	Nominal	Fue un parto por cesárea=1 Entre 1 y 2 horas=2 Entre 3 y 5 horas=3 Entre 6 y 10 horas=4 Entre 11 y 15 horas=5 Entre 16 y 20 horas=6 Más de 20 horas=7		
Parto Inducido (provocado)	Nominal	No=1 Si, antes de los nueve meses (antes de las 37 semanas)=2 Si, a los 9 meses (entre las 37 y las 41 semanas)=3 Si, después de los 9 meses (más de 41 semanas)		
Uso de fórceps o ventosa (vacum) durante el parto	Nominal	No se utilizaron=1 El parto fue por cesárea=2 Si, se utilizó ventosa=3 Si, se utilizó fórceps=4 No estoy segura=5		
		Circular del cordón (cordón umbilical alrededor del cuello)=1		

Factores de Riesgo en TDAH

	Dificultades del bebé en el momento del parto	Nominal	Hipoxia (bajo oxígeno)=2 Meconio (inhalar heces)=3 Otras dificultades	primera
	Parto múltiple	Nominal	No=1 Si, de mellizos=2 Si, de gemelos=3 Si, de trillizos o más=4	
	Peso del bebé al nacer	Ordinal	Menos de 1500gr=1 Entre 1500 y 2500 gr=2 Entre 2501 y 2500 gr=3 Entre 3501 y 4000 gr=4 Más de 4000 gr=5	
	Duración del embarazo	Ordinal	Menos de 28 semanas(menos de 7 meses)=1 Entre 28 y 36 semanas (alrededor de los 7 – 8 meses)=2 Entre las 37 y las 41 semanas (alrededor de los 9 meses)=3 Más de 41 semanas (más de 41 semanas)=4 No estoy segura=5	
Factores postnatales:	Grupo de condiciones neonatales adversas que pueden interrumpir o alterar el desarrollo psíquico y/o físico del recién nacido			
	Después del nacimiento él bebé necesitó atención médica por color azulado o morado	Nominal	No=1 Si, por algunas partes del cuerpo=2 Si, por todo el cuerpo=3 No estoy segura=4	
	Cuidado especial para él bebé después de nacer	Nominal	No. Solo necesito los cuidados habituales=1 Si, necesito de incubadora durante algún tiempo=2 Si, necesito cuidados de urgencia=3 Si, se realizó una operación al poco tiempo de nacer=4 No estoy segura	
	Conocimiento de las puntuaciones Apgar cuando nació el niño	Nominal	No, no las conozco=1 Si, las puntuaciones fueron _____	

APENDICE 2

**CUESTIONARIO MATERNO DE RIESGO PERINATAL -CMRP-
(S. López Gómez, 2003)**

HIJO/A	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
Fecha nacimiento:		Lugar que ocupa entre los hermanos:	
Cuál de estos trastornos tiene su hijo/a:			
<input type="checkbox"/> Trastorno desintegrativo infantil	<input type="checkbox"/> Trastorno de Asperger	<input type="checkbox"/> Trastorno autista	<input type="checkbox"/> Trastorno de Rett
<input type="checkbox"/> Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	<input type="checkbox"/> Ninguno de ellos		

MADRE	Profesión:		
Estudios	<input type="checkbox"/> Sin estudios	Edad actual:	
<input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Universitarios			

PADRE	Profesión:		
Estudios	<input type="checkbox"/> Sin estudios	Edad actual:	
<input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Universitarios			

INSTRUCCIONES:

- Las preguntas únicamente deberán ser contestadas por las madres biológicas.
- En cada pregunta, elija la opción que mejor refleje las particularidades del embarazo o del parto del hijo/a que ha indicado arriba, poniendo una cruz (x) en la alternativa correspondiente.
- Recuerde: las preguntas no se refieren al momento actual, sino a la época de ese embarazo.
- Por favor, conteste a todas a las preguntas y cubra los datos iniciales.

Gracias por su colaboración.

1.- ¿Cuánto pesaba usted antes del embarazo?

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. Menos de 40 kg | 4. Entre 61 y 70 kg |
| 2. Entre 40 y 50 kg | 5. Entre 71 y 80 kg |
| 3. Entre 51 y 60 kg | 6. Más de 80 kg |

2.- ¿Cuánto medía usted?

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. Menos de 150 cm | 4. Entre 171 y 180 cm |
| 2. Entre 150 y 160 cm | 5. Más de 180 cm |
| 3. Entre 161 y 170 cm | |

3.- ¿Cuántos embarazos ha tenido anteriores a este hijo/a?

- | | |
|------------|-----------------|
| 1. Ninguno | 4. Tres |
| 2. Uno | 5. Cuatro o más |
| 3. Dos | |
| 4. | |

4.- ¿Sufrió algún aborto espontáneo anterior al nacimiento de este hijo/a?

- | | |
|--------|---------------|
| 1. No | 3. Dos |
| 2. Uno | 4. Tres o más |

5.- ¿Sufrió algún aborto voluntario (interrupción voluntaria del embarazo) anterior al nacimiento de este hijo/a?

- | | |
|--------|---------------|
| 1. No | 3. Dos |
| 2. Uno | 4. Tres o más |

6.- ¿Tuvo algún hijo/a anterior con problemas, retrasos o alteraciones importantes?

1. No
2. Sí. Indique el tipo de problema o retraso: _____

7.- Señale, cuál/es de las siguientes situaciones experimentó en embarazos anteriores al nacimiento de este hijo/a (puede marcar varias respuestas)

0. Ninguna de ellas
1. Mortalidad del feto/bebé
2. Bajo peso del bebé (pesó menos de 2.500 grs)
3. Prematuridad (nació antes de las 37 semanas)
4. Sobrepeso del bebé (pesó más de 4.000 grs)
5. Cesáreas o mala presentación en el parto

8.- ¿Se sometió a alguna intervención quirúrgica, de las señaladas a continuación, antes o durante el embarazo de este hijo/a? (puede marcar varias respuestas)

1. No se realizó ninguna intervención quirúrgica, ni antes, ni durante este embarazo
2. Se realizó alguna intervención anterior a este embarazo
3. Se realizó alguna intervención durante este embarazo
4. Se realizó un tratamiento de fertilidad anterior a este embarazo
5. Se realizó una fecundación "in vitro" anterior a este embarazo
6. Se realizó una episiotomía en un embarazo anterior (pequeño corte en la entrada de la vagina para facilitar el parto)

9.- ¿Utilizó algún método anticonceptivo para evitar este embarazo? (puede marcar varias respuestas)

1. No, ninguno
2. Sí, tomé anticonceptivos hormonales (pastillas, inyección, parches, etc.)
3. Sí, tenía implantado un DIU (Dispositivo Intra-Uterino)
4. Sí, utilicé métodos de barrera (preservativo, diafragma, etc.)
5. Sí, utilicé otros métodos anticonceptivos. Señale cual/es: _____

10.- ¿Qué edad tenía cuando quedó embarazada de este hijo/a? _____

Indique cuál/es, de las siguientes enfermedades, tuvo antes de quedarse embarazada de este hijo/a (puede marcar varias respuestas):

- 11.- Anemias frecuentes
- 12.- Infecciones urinarias
- 13.- Gonorrea
- 14.- Sífilis
- 15.- Problemas cardiacos
- 16.- Diabetes
- 17.- Desnutrición / anorexia
- 18.- Enfermedad de la tiroides
- 19.- Hipertensión (alta tensión arterial)
- 20.- Problemas neurológicos o psiquiátricos
- 21.- ¿Cuánto peso ganó durante este embarazo?

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. Menos de 4 kg | 4. Entre 12 y 15 kg |
| 2. Entre 4 y 7 kg | 5. Entre 16 y 20 kg |
| 3. Entre 8 y 11 kg | 6. Más de 20 kg |

22.- ¿En qué momento del embarazo realizó la primera consulta médica?

1. En el primer mes de embarazo
2. Entre el 2º y el 3º mes
3. Entre el 4º y el 6º mes
4. Entre el 7º y el 8º mes

5. Después del 8º mes
6. Al producirse el parto

23.- ¿Tuvo sangrados vaginales durante este embarazo?

1. Nunca
2. Algunas veces, al principio del embarazo
3. Algunas veces, al final del embarazo
4. A menudo, a lo largo de todo el embarazo

24.- ¿Tomó alguna medicación durante este embarazo? (puede marcar varias respuestas)

1. No tomé medicación
2. Tomé suplementos vitamínicos y/o hierro
3. Tomé antihipertensivos (para bajar la tensión)
4. Tomé tranquilizantes, ansiolíticos y/o antidepresivos
5. Tomé aspirina de forma frecuente
6. Tomé diuréticos (para facilitar orinar)
7. Otros. Indique cual/es: _____

25.- ¿Fumó durante este embarazo?

1. No fumé
2. Dejé de fumar al principio del embarazo (antes del 3^{er} mes)
3. Fumé prácticamente durante todo el embarazo menos de 10 cigarrillos al día
4. Fumé prácticamente durante todo el embarazo entre 11 y 20 cigarrillos al día
5. Fumé prácticamente durante todo el embarazo más de 20 cigarrillos al día

26.- ¿Bebió alcohol durante este embarazo?

1. No
2. Tomé alcohol en ciertas ocasiones
3. Una o dos bebidas con alcohol al día
4. Tres o cuatro bebidas con alcohol al día
5. Cinco o más bebidas con alcohol al día

27.- ¿Consumió algún tipo de droga durante este embarazo?

1. No
2. En pocas ocasiones (1 ó 2 veces al mes). Indique cuál/es: _____
3. En bastantes ocasiones (1 ó 2 veces por semana). Indique cuál/es: _____
4. En muchas ocasiones (prácticamente a diario). Indique cuál/es: _____

28.- ¿Tuvo náuseas y/o vómitos frecuentes durante este embarazo?

1. No, prácticamente nunca o en muy pocas ocasiones
2. Sí, sobre todo al principio del embarazo
3. Sí, sobre todo al final del embarazo

4. Sí, a menudo a lo largo de todo el embarazo

29.- ¿Sufrió edema (hinchazón) en las piernas, pies o manos, durante este embarazo?

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| 1. No, nada | 3. Sí, al final del embarazo |
| 2. Sí, al principio del embarazo | 4. Sí, a lo largo de todo el embarazo |

30.- ¿Recuerda haber sufrido algún accidente, golpe fuerte o lesión durante el embarazo?

1. No
2. Sí. Indique en que momento del embarazo: _____

Indique cuál/es, de las siguientes enfermedades, supo que padecía durante el embarazo de este hijo/a (puede marcar varias respuestas):

31.- Enfermedades sanguíneas (anemia, talasemia, púrpura, etc.)

32.- Infecciones urinarias

33.- Gonorrea

34.- Sífilis

35.- Problemas cardiacos

36.- Diabetes

37.- Asma

38.- Rubéola

39.- Toxoplasmosis

40.- Ruptura de la bolsa antes de tiempo

41.- Desnutrición, alimentación inadecuada / anorexia

42.- Enfermedad de la tiroides

43.- Hipertensión (alta tensión arterial)

44.- Problemas con el líquido amniótico

45.- Incompatibilidad sanguínea en el Rh

46.- Fiebres

47.- Debilidad y/o desmayos

48.- Problemas neurológicos y/o psiquiátricos

49.- Infección vaginal antes del parto

50.- Otras enfermedades. Indique cual/es: _____

51.- ¿Se utilizó algún tipo de anestesia durante el parto?

1. No, ninguna
2. Sí, anestesia epidural
3. Sí, anestesia general
4. Desconozco si se utilizó alguna anestesia

52.- Después de romper aguas y hasta que comenzó el parto, ¿qué ocurrió?

0. Fue un parto por cesárea
1. Me dieron medicación para inducir y acelerar el parto
2. Comenzaron las contracciones frecuentes y al poco tiempo el parto
3. El parto tardó todavía algunas horas
4. El parto tardó más de 12 horas
5. No estoy segura de lo que ocurrió

53.- En el momento del parto, ¿cómo estaba presentado (encajado) el bebé?

0. Fue un parto por cesárea
1. De cabeza
2. De nalgas o pies
3. De lado, atravesado
4. No estoy segura

54.- Aproximadamente, ¿cuánto tiempo duró el parto, desde que comenzaron las contracciones frecuentes?

0. Fue un parto por cesárea
1. Entre 1-2 horas
2. Entre 3 y 5 horas
3. Entre 6 y 10 horas
4. Entre 11 y 15 horas
5. Entre 16 y 20 horas
6. Más de 20 horas

55.- ¿El parto, fue inducido (provocado)?

1. No
2. Sí, antes de los nueve meses (antes de las 37 semanas)
3. Sí, a los 9 meses (entre las 37 y las 41 semanas)
4. Sí, después de los 9 meses (más de 41 semanas)

56.- ¿Se utilizaron fórceps o ventosa (vacuum) en el parto?

1. No se utilizaron
2. El parto fue por cesárea
3. Sí, se utilizó ventosa
4. Sí, se utilizó fórceps
5. No estoy segura

57.- ¿Fue un parto múltiple?

1. No
2. Sí, de gemelos
3. Sí, de trillizos o más

58.- ¿Cuánto pesó el bebé al nacer?

1. Menos de 1.500 gr
4. Entre 3.501 y 4.000 gr

2. Entre 1.500 y 2.500 gr
3. Entre 2.501 y 3.500 gr
5. Más de 4.000 gr

59.- ¿Cuánto tiempo, aproximadamente, duró el embarazo?

1. Menos de 28 semanas (menos de 7 meses)
2. Entre 28 y 36 semanas (alrededor de los 7-8 meses)
3. Entre las 37 y las 41 semanas (alrededor de los 9 meses)
4. Más de 41 semanas (más de 9 meses)
5. No estoy segura

60.- Después del nacimiento, ¿el bebé parecía tener un extraño y marcado “color azulado” y necesitó de atención médica por ello?

1. No
2. Sí, por algunas partes del cuerpo
3. Sí, por todo el cuerpo
4. No estoy segura

61.- Después de nacer, ¿fue necesario realizar algún cuidado especial al bebé?

1. No, sólo necesitó de los cuidados habituales
2. Sí, necesitó de incubadora durante algún tiempo
3. Sí, necesito de cuidados de urgencia
4. Sí, se le realizó una operación al poco tiempo de nacer
5. No estoy segura

62.- ¿Conoce las puntuaciones que obtuvo su hijo/a en el Apgar cuando nació? (si dispone de la cartilla de salud infantil, se indican las cifras del Apgar en ella)

1. No, las desconozco
2. Sí, las puntuaciones fueron: _____

63.- ¿Sufrió de fuertes sensaciones de estrés, nerviosismo o ansiedad durante este embarazo?

1. No, prácticamente nunca
2. En algunas ocasiones (1 ó 2 veces al mes)
3. En bastantes ocasiones (1 ó 2 veces a la semana)
4. De manera frecuente, a lo largo del embarazo

64.- Tuvo sensaciones de tristeza, soledad o se encontró deprimida durante este embarazo?

1. No, prácticamente nunca
2. En algunas ocasiones (1 ó 2 veces al mes)
3. En bastantes ocasiones (1 ó 2 veces a la semana)
4. De manera frecuente, prácticamente a diario

65.- Si conoció el sexo de su bebé antes de nacer, ¿se alegró al conocer su sexo?

1. Sí, me alegré mucho
2. No me alegré, me daba igual
3. No me alegré y fue un mal momento
4. No conocí el sexo del bebé hasta que nació

66.- En general, ¿cómo describiría su relación de pareja durante este embarazo?

1. Fue una relación normal
2. Fue una relación tensa
3. Fue una relación muy complicada
4. No tuve pareja

67.- ¿Realizó algún trabajo o actividad física fuerte o moderada durante este embarazo?

1. No, prácticamente no trabajé
2. Sí, realicé algunos trabajos físicos, pero muy suaves
3. Sí, realicé trabajos físicos al principio del embarazo (hasta el 3^{er} mes)
4. Sí, realicé trabajos físicos hasta la mitad del embarazo (hasta el 5^o mes)
5. Sí, realicé trabajos físicos hasta cerca del final del embarazo (6^o - 7^o mes)
6. Sí, realicé trabajos físicos a lo largo de todo el embarazo

68.- ¿Realizó actividades o trabajos mentales agotadores, de responsabilidad o cansados a lo largo del embarazo?

1. No, prácticamente nunca
2. Sí, realicé algunos trabajos mentales, pero muy ligeros
3. Sí, realicé trabajos mentales al principio del embarazo (hasta los 3 primeros meses)
4. Sí, realicé trabajos mentales hasta la mitad del embarazo (hasta los 5 primeros meses)
5. Sí, realicé trabajos mentales hasta cerca del final del embarazo (6^o - 7^o mes)
6. Sí, realicé trabajos mentales a lo largo de todo el embarazo

69.- En general, ¿cómo cree que se tomó su embarazo?

1. De manera relajada, disfruté del embarazo
2. Feliz, pero en algunos momentos lo pase algo mal
3. A veces animada y otras deprimida
4. Bastante nerviosa, inquieta e intranquila
5. Con mucho miedo y angustia
6. Otras. Indique como: _____

70.- ¿Fue un embarazo deseado?

1. Sí, fue muy deseado y planificado

2. Sí, fue deseado, pero no lo esperaba en ese momento
3. No, fue una noticia poco agradable
4. No, fue realmente un mal momento

APENDICE 3

CUESTIONARIO MATERNO DE RIESGO PERINATAL -CMRP- (S. López Gómez, 2003)

VALIDACIÓN POR JUECES (Utria, O., Sanchez, M., Nieto, D. & Palacios, L., Universidad de San Buenaventura, 2010)

N° DE HISTORIA CLINICA: _____

HIJO/A		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Edad del Diagnóstico:	Fecha de Nacimiento:	Lugar que ocupa entre los hermanos: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__	
Cuál de estos trastornos tiene su hijo/a:			
<input type="checkbox"/> Trastorno autista <input type="checkbox"/> Trastorno de Rett <input type="checkbox"/> Trastorno desintegrativo infantil <input type="checkbox"/> Trastorno de Asperger <input type="checkbox"/> Trastorno generalizado del desarrollo no especificado <input type="checkbox"/> Trastorno déficit de atención con hiperactividad <input type="checkbox"/> Trastornos de aprendizaje <input type="checkbox"/> Retardo en el Desarrollo <input type="checkbox"/> Otro Cuál? _____			
MADRE		Edad actual:	
Estudios		Ocupación	
<input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/> Técnicos <input type="checkbox"/> Otros: _____		<input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Estudio <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Otro	
PADRE		Edad actual:	
Estudios		Ocupación	
<input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/> Técnicos <input type="checkbox"/> Otros: _____		<input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Estudio <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Otro	

INSTRUCCIONES:

- Las preguntas únicamente deberán ser contestadas por las madres biológicas.

- En cada pregunta, elija la opción que mejor refleje las características del embarazo o del parto del hijo/a que ha indicado arriba, poniendo una equis (x) en la alternativa correspondiente.
 - Recuerde: las preguntas no se refieren al momento actual, sino a la época de ese embarazo.
 - Por favor, conteste a todas a las preguntas y diligencie los datos iniciales.
- 1.- ¿Cuánto pesaba usted antes del embarazo?

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. Menos de 40 kg | 4. Entre 61 y 70 kg |
| 2. Entre 40 y 50 kg | 5. Entre 71 y 80 kg |
| 3. Entre 51 y 60 kg | 6. Más de 80 kg |

2.- ¿Cuánto medía usted antes del embarazo?

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. Menos de 150 cm | 4. Entre 171 y 180 cm |
| 2. Entre 150 y 160 cm | 5. Más de 180 cm |
| 3. Entre 161 y 170 cm | |

3.- ¿Cuántos embarazos ha tenido anteriores a este hijo/a?

- | | |
|------------|-----------------|
| 1. Ninguno | 4. Tres |
| 2. Uno | 5. Cuatro o más |
| 3. Dos | |

4.- ¿Sufrió algún aborto espontáneo anterior al nacimiento de este hijo/a?

- | | |
|--------|---------------|
| 1. No | 3. Dos |
| 2. Uno | 4. Tres o más |

5.- ¿Sufrió algún aborto voluntario (interrupción voluntaria del embarazo) anterior al nacimiento de este hijo/a?

- | | |
|--------|---------------|
| 1. No | 3. Dos |
| 2. Uno | 4. Tres o más |

6.- ¿Tuvo algún hijo/a anterior con problemas, retrasos o alteraciones importantes?

- | | |
|---|--|
| 1. No | |
| 2. Sí. Indique el tipo de problema o retraso: _____ | |

7.- Señale, cuál/es de las siguientes situaciones experimentó en embarazos anteriores al nacimiento de este hijo/a (puede marcar varias respuestas)

1. Ninguna de ellas
2. Mortalidad del feto/bebé
3. Bajo peso del bebé (pesó menos de 2.500 grs)

4. Bebé prematuro(nació antes de las 37 semanas)

5. Sobrepeso del bebé (pesó más de 4.000 grs)

6. Cesáreas por la forma como venía encajado el bebé

8.- ¿Se sometió a alguna intervención quirúrgica, de las señaladas a continuación, antes o durante el embarazo de este hijo/a? (puede marcar varias respuestas)

1. No se realizó ninguna intervención quirúrgica, ni antes, ni durante este embarazo

2. Se realizó alguna intervención anterior a este embarazo

3. Se realizó alguna intervención durante este embarazo

4. Se realizó un tratamiento de fertilidad anterior a este embarazo

5. Se realizó una fecundación "in vitro" anterior a este embarazo

6. Se realizó una episiotomía en un embarazo anterior (pequeño corte en la entrada de la vagina para facilitar el parto)

9.- ¿Utilizó algún método anticonceptivo para evitar este embarazo? (puede marcar varias respuestas)

1. No, ninguno

2. Sí, tomé anticonceptivos hormonales (pastillas, inyección, parches, etc.)

3. Sí, tenía implantado un DIU (Dispositivo Intra-Uterino)

4. Sí, utilicé métodos de barrera (preservativo, diafragma, etc.)

5. Sí, utilicé otros métodos anticonceptivos. Señale cual/es: _____

10.- ¿Qué edad tenía cuando quedó embarazada de este hijo/a? _____

11.- Indique si sufrió algunas de las siguientes enfermedades, antes de quedar embarazada de este hijo/a: SI ____ NO ____ Marque Cuáles (puede marcar varias opciones)

1.- Anemias frecuentes

2.- Infecciones urinarias

3.- Gonorrea

4.- Sífilis

5.- Problemas cardiacos

6.- Diabetes

7.- Rubeola

8.- Intoxicación por metales

9.- Toxoplasmosis

10.- Desnutrición / anorexia

11.- Enfermedad de la tiroides

12.- Hipertensión (alta tensión arterial)

13.- Problemas neurológicos o psiquiátricos

12.- ¿Cuánto peso ganó durante este embarazo?

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. Menos de 4 kg | 4. Entre 12 y 15 kg |
| 2. Entre 4 y 7 kg | 5. Entre 16 y 20 kg |
| 3. Entre 8 y 11 kg | 6. Más de 20 kg |

13.- ¿En qué momento del embarazo realizó la primera consulta médica?

1. En el primer mes de embarazo
2. Entre el 2º y el 3º mes
3. Entre el 4º y el 6º mes
4. Entre el 7º y el 8º mes
5. Después del 8º mes
6. Al producirse el parto

14.- ¿Tuvo sangrados vaginales durante este embarazo?

1. Nunca
2. Algunas veces, al principio del embarazo
3. Algunas veces, al final del embarazo
4. A menudo, a lo largo de todo el embarazo

15.- ¿Tomó alguna medicación durante este embarazo? (puede marcar varias respuestas)

1. No tomé medicación
2. Tomé suplementos vitamínicos y/o hierro
3. Tomé antihipertensivos (para bajar la tensión)
4. Tomé tranquilizantes, ansiolíticos y/o antidepresivos
5. Tomé aspirina de forma frecuente
6. Tomé diuréticos (para facilitar orinar)
7. Otros. Indique cual/es: _____

16.- ¿Fumó durante este embarazo?

1. No fumé
2. Dejé de fumar al principio del embarazo (antes del 3^{er} mes)
3. Fumé prácticamente durante todo el embarazo menos de 10 cigarrillos al día
4. Fumé prácticamente durante todo el embarazo entre 11 y 20 cigarrillos al día
5. Fumé prácticamente durante todo el embarazo más de 20 cigarrillos al día

17.- ¿Bebió alcohol durante este embarazo?

1. No
2. Tomé alcohol en ciertas ocasiones
3. Una o dos bebidas con alcohol al día
4. Tres o cuatro bebidas con alcohol al día
5. Cinco o más bebidas con alcohol al día

18.- ¿Consumió algún tipo de droga (Sustancias psicoactivas) durante este embarazo?

1. No
2. En pocas ocasiones (1 ó 2 veces al mes). Indique cuál/es: _____
3. En bastantes ocasiones (1 ó 2 veces por semana). Indique cuál/es: _____
4. En muchas ocasiones (prácticamente a diario). Indique cuál/es: _____

19.- ¿Tuvo náuseas y/o vómitos frecuentes durante este embarazo?

1. No, prácticamente nunca o en muy pocas ocasiones
2. Sí, sobre todo al principio del embarazo
3. Sí, sobre todo al final del embarazo
4. Sí, a menudo a lo largo de todo el embarazo

20.- ¿Sufrió edema (hinchazón) en las piernas, pies o manos, durante este embarazo?

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| 1. No, nada | 3. Sí, al final del embarazo |
| 2. Sí, al principio del embarazo | 4. Sí, a lo largo de todo el embarazo |

21.- ¿Recuerda haber sufrido algún accidente, golpe fuerte o lesión durante el embarazo?

1. No
 2. Sí. Indique en que momento del embarazo: _____
 3. En caso afirmativo, se presentaron complicaciones? Si ____ No ____
Cuáles
-

22.- Indique si sufrió algunas de las siguientes enfermedades, durante el embarazo de este hijo/a: SI ____ NO ____ Marque Cuáles (puede marcar varias opciones)

- 1.- Enfermedades sanguíneas (anemia, talasemia, púrpura, etc.)
- 2.- Infecciones urinarias
- 3.- Gonorrea
- 4.- Sífilis
- 5.- Problemas cardiacos
- 6.- Diabetes
- 7.- Asma
- 8.- Rubéola
- 9.- Toxoplasmosis
- 10.- Ruptura de la fuente antes de tiempo
- 11.- Desnutrición, alimentación inadecuada
- 12.- Anorexia
- 13.- Enfermedad de la tiroides

- 14.- Hipertensión (alta tensión arterial)
- 15.- Problemas con el líquido amniótico
- 16.- Incompatibilidad sanguínea en el Rh
- 17.- Fiebres
- 18.- Debilidad
- 19.- Desmayos
- 20.- Problemas neurológicos
- 21.- Problemas psiquiátricos
- 22.- Infección vaginal antes del parto
- 23.- Otras enfermedades. Indique cual/es: _____

23.- ¿Se utilizó algún tipo de anestesia durante el parto?

1. No, ninguna
2. Sí, anestesia epidural
3. Sí, anestesia general
4. Desconozco si se utilizó alguna anestesia

24.- Después de romper fuente y hasta que comenzó el parto, ¿qué ocurrió?

1. Fue un parto por cesárea
2. Me dieron medicación para inducir y acelerar el parto
3. Me dieron medicación para calmar los dolores o para desacelerar el parto
4. Comenzaron las contracciones frecuentes y al poco tiempo el parto
5. El parto tardó todavía algunas horas
6. El parto tardó más de 12 horas
7. No rompió fuente
8. No estoy segura de lo que ocurrió

25.- En el momento del parto, ¿en qué posición venía el bebé?

1. Fue un parto por cesárea
2. De lado, atravesado
3. De cabeza
4. De nalgas o pies
5. No estoy segura

26.- Aproximadamente, ¿cuánto tiempo duró el parto, desde que comenzaron las contracciones frecuentes?

1. Fue un parto por cesárea
2. Entre 1 y 2 horas
3. Entre 3 y 5 horas
4. Entre 6 y 10 horas
5. Entre 11 y 15 horas
6. Entre 16 y 20 horas
7. Más de 20 horas

27.- ¿El parto, fue inducido (provocado)?

5. No
6. Sí, antes de los nueve meses (antes de las 37 semanas)
7. Sí, a los 9 meses (entre las 37 y las 41 semanas)
8. Sí, después de los 9 meses (más de 41 semanas)

28.- ¿Se utilizaron fórceps o ventosa (vacuum) en el parto?

6. No se utilizaron
7. El parto fue por cesárea
8. Sí, se utilizó ventosa
9. Sí, se utilizó fórceps
10. No estoy segura

29.- Indique si su hijo presentó algunas de las siguientes dificultades al momento del parto.

SI ____ NO ____ Cuáles: (puede marcar varias respuestas):

1. Circular del cordón (cordón umbilical alrededor del cuello)
2. Hipoxia (bajo oxígeno)
3. Meconio (inhalar primeras heces del bebé)
4. Otras dificultades. Indique cual/es: _____

30.- ¿Fue un parto múltiple?

1. No
2. Sí, de mellizos
3. Sí, de gemelos
4. Sí, de trillizos o más

31.- ¿Cuánto pesó el bebé al nacer?

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| 1. Menos de 1.500 gr | 4. Entre 3.501 y 4.000 gr |
| 2. Entre 1.500 y 2.500 gr | 5. Más de 4.000 gr |
| 3. Entre 2.501 y 3.500 gr | |

32.- ¿Cuánto tiempo, aproximadamente, duró el embarazo?

1. Menos de 28 semanas (menos de 7 meses)
2. Entre 28 y 36 semanas (alrededor de los 7-8 meses)
3. Entre las 37 y las 41 semanas (alrededor de los 9 meses)
4. Más de 41 semanas (más de 9 meses)
5. No estoy segura

33.- Después del nacimiento, ¿el bebé parecía tener un extraño y marcado “color azulado y/o morado” y necesitó de atención médica por ello?

1. No
2. Sí, por algunas partes del cuerpo
3. Sí, por todo el cuerpo
4. No estoy segura

34.- Después de nacer, ¿fue necesario realizar algún cuidado especial al bebé?

1. No, sólo necesitó de los cuidados habituales
2. Sí, necesitó de incubadora durante algún tiempo
3. Sí, necesito de cuidados de urgencia
4. Sí, se le realizó una operación al poco tiempo de nacer
5. No estoy segura

35.- ¿Conoce las puntuaciones que obtuvo su hijo/a en el Apgar cuando nació?

1. No, las desconozco
2. Sí, las puntuaciones fueron: _____

36.- ¿Sufrió de fuertes sensaciones de estrés, nerviosismo o ansiedad durante este embarazo?

1. No, prácticamente nunca
2. En algunas ocasiones (1 ó 2 veces al mes)
3. En bastantes ocasiones (1 ó 2 veces a la semana)
4. De manera frecuente, a lo largo del embarazo

37.- Tuvo sensaciones de tristeza, soledad o se encontró deprimida durante este embarazo?

1. No, prácticamente nunca
2. En algunas ocasiones (1 ó 2 veces al mes)
3. En bastantes ocasiones (1 ó 2 veces a la semana)
4. De manera frecuente, prácticamente a diario

38.- Si conoció el sexo de su bebé antes de nacer, ¿se alegró al conocer su sexo?

1. Sí, me alegré mucho
2. No me alegré, me daba igual
3. No me alegré y fue un mal momento
4. No conocí el sexo del bebé hasta que nació

39.- En general, ¿cómo describiría su relación de pareja durante este embarazo?

1. Fue una relación normal
2. Fue una relación tensa
3. Fue una relación muy complicada

4. No tuve pareja

40.- ¿Realizó algún trabajo o actividad física fuerte o moderada durante este embarazo?

1. No, prácticamente no trabajé
2. Sí, realicé algunos trabajos físicos, pero muy suaves
3. Sí, realicé trabajos físicos al principio del embarazo (hasta el 3^{er} mes)
4. Sí, realicé trabajos físicos hasta la mitad del embarazo (hasta el 5^o mes)
5. Sí, realicé trabajos físicos hasta cerca del final del embarazo (6^o - 7^o mes)
6. Sí, realicé trabajos físicos a lo largo de todo el embarazo

41.- ¿Realizó actividades o trabajos mentales agotadores o de responsabilidad a lo largo del embarazo?

1. No, prácticamente nunca
2. Sí, realicé algunos trabajos mentales, pero muy ligeros
3. Sí, realicé trabajos mentales al principio del embarazo (hasta los 3 primeros meses)
4. Sí, realicé trabajos mentales hasta la mitad del embarazo (hasta los 5 primeros meses)
5. Sí, realicé trabajos mentales hasta cerca del final del embarazo (6^o - 7^o mes)
6. Sí, realicé trabajos mentales a lo largo de todo el embarazo

42.- En general, ¿cómo vivió su embarazo?

1. De manera relajada, disfruté del embarazo
2. Feliz, pero en algunos momentos lo pase algo mal
3. A veces animada y otras deprimida
4. Bastante nerviosa, inquieta e intranquila
5. Con mucho miedo y angustia
6. Otras. Indique como: _____

43.- ¿Fue un embarazo deseado?

1. Sí, fue muy deseado y planificado
2. Sí, fue deseado, pero no lo esperaba en ese momento
3. No, fue una noticia poco agradable
4. No, fue realmente un mal momento

44.-Observaciones:

—

APENDICE 4

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
FORMATO DE VALIDACIÓN POR JUECES

NOMBRE

EVALUADOR:

PROYECTO: _____

INSTRUCCIONES

SEÑOR EVALUADOR: a continuación encontrará una serie de preguntas mediante las cuales podrá calificar cada uno de los reactivos del instrumento. Favor marcar con una (X) en el ESPACIO según la evaluación que haga de cada uno de los reactivos en los espacios correspondientes para cada reactivo. Sus observaciones favor colocarlas al final de la evaluación. Los siguientes son los criterios a tener en cuenta.

REDACCIÓN: Evalúa que la conformación del reactivo sea lógica, coherente, clara y fácil de comprender.

PERTINENCIA: Evalúa lo oportuno y adecuado que resulta ser el uso del reactivo con relación al tema a medir.

ESTRUCTURA: Mide grado de relación, extensión y organización de los conceptos usados en la conformación del reactivo.

LENGUAJE: La terminología es adecuada teniendo en cuenta las características de la población.

REDACCIÓN	(1)	(2)	(3)	(4)
	MUY CONFUSA	CONFUSA	CLARA	MUY CLARA

PERTINENCIA	(1)	(2)	(3)	(4)
	NO PERTINENTE	POCO PERTINENTE	PERTINENTE	MUY PERTINENTE

ESTRUCTURA	(1)	(2)	(3)	(4)
	INADECUADA	POCO ADECUADA	ADECUADA	MUY ADECUADA

LENGUAJE:	(1)	(2)	(3)	(4)
	INADECUADO	POCO ADECUADO	ADECUADO	MUY ADECUADO

ITEM ORIGINAL	ITEM MODIFICADO	REDACCION				PERTINENCIA				ESTRUCTURA				LENGUAJE			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
11	11	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
31	22	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
52	24	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
53	25	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Nueva	29	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
57	30	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
60	33	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
62	35	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
68	41	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
69	42	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FORMATO DE VALIDACIÓN POR JUECES

Señor Evaluador favor registrar sus observaciones generales con respecto al instrumento en los siguientes espacios.

Observaciones:

CRITERIOS REACTIVOS	REDACCION						PERTINENCIA						ESTRUCTURA						LENGUAJE						CONCLUSIONES CON LOS REACTIVOS
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	
2																									
11																									
22																									
24																									
25																									
29																									
30																									
33																									
35																									
41																									
42																									

RESUMEN EVALUACIÓN POR JUECES.

1. JAIME MORENO
2. ANDERSEN VERA
3. JUANITA CALLE
4. GENOVEVA MORALES
5. ROCÍO ACOSTA
6. KAREN HALLIDAY