



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**MITOS Y REALIDADES DEL TRASTORNO POR DÉFICIT  
DE ATENCIÓN CON Y SIN HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS**

**T E S I S I N A  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A:**

**CANO NARANJO ABIGAIL DEL CARMEN**

**JURADO DE EXAMEN**

**TUTOR: MTRO. JORGE HUMBERTO ARZATE AGUILAR  
COMITÉ: MTRA. MANUELA MEZTLI ALARCÓN NAVARRETE  
DR. RUBÉN LARA PIÑA  
DR. FAUSTO TOMÁS PINELO ÁVILA  
MTRO. MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ VILLEGAS**

A large, stylized, handwritten-style Greek letter Psi (Ψ) is positioned in the bottom left corner of the page.

México, D.F. JUNIO 2014



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Índice

Introducción .....	2
Capítulo 1. Generalidades .....	4
1.1 Definición .....	5
1.2 Causas .....	8
1.3 Características del niño con TDAH.....	13
1.3.1 La conducta .....	17
1.3.2 El funcionamiento cognitivo .....	20
1.3.3 El desarrollo emocional y social .....	22
1.4 Prevalencia .....	24
1.4.1 Sexo.....	26
1.4.2 Edad .....	27
Capítulo 2. Diagnóstico .....	28
2.1 Tipos de diagnóstico .....	28
2.2 Procedimiento general .....	30
2.3 Áreas específicas de evaluación.....	32
2.3.1 Exploración psicológica .....	33
2.3.2 Evaluación neuropsicológica .....	35
2.3.3 Exploración neurofisiológica .....	38
2.4 Criterios del DSM-IV.....	40
Capítulo 3. Tratamiento .....	46
3.1 Tratamiento farmacológico.....	48
3.2 Atención psicológica .....	54
3.2.1 Entrenamiento paterno .....	58
3.2.2 Intervenciones escolares.....	63
Conclusiones.....	67
Referencias .....	73

## Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los problemas que con más frecuencia se presenta en la población infantil a nivel mundial, un síndrome caracterizado por niveles de desarrollo inapropiados de inatención, impulsividad e hiperactividad, síntomas que afectan el desarrollo y la calidad de vida de las personas que lo padecen, particularmente si este trastorno no es detectado o manejado a tiempo.

En México, el TDAH se ha incrementado considerablemente en los últimos años. En la década de los 50, uno de cada 10 mil niños presentaba este síndrome, y hoy alrededor del 10 por ciento del total de la población ha sido diagnosticada con dicho trastorno, según datos de la Facultad de Psicología de la UNAM, sin tener una cifra precisa, se cree que en México este trastorno afecta a 1 millón y medio de niños y niñas menores de 14 años de edad, estas cifras lo revelan como un problema de salud pública (PMFarma, 2009).

A su vez, el doctor Lino Palacios, psiquiatra y Presidente del Grupo de Expertos Nacionales para el Estudio del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (GENPETDAH), explicó que el tratar este problema enfrenta la situación de *“que la mayoría de los profesionales no están preparados sobre el trastorno, y es debido a la falta de información”* (Caraveo-Anduaga, Colmenares-Bermúdez, & Martínez, 2002). Ahora bien, con base en lo anterior, la duda actual es si el aumento en el número de casos considerados como TDAH, mencionado anteriormente, es un reflejo de dicho desconocimiento sobre éste trastorno.

La presente investigación bibliográfica tuvo como objetivo recopilar, a grandes rasgos, toda aquella información relacionada con el TDAH, tanto desde el enfoque médico como psicológico y desde diferentes perspectivas teóricas, tal como: su definición, etiología, características, diagnóstico y tratamiento en niños, que den un panorama general del tema e investigación actual en el campo y así se desmitifiquen algunas ideas que han guiado su evolución, a fin de facilitar su identificación e intervención oportuna y a partir de un diagnóstico preciso un manejo multidisciplinario más adecuado del problema.

## Capítulo 1. Generalidades

Actualmente el déficit de atención con y sin hiperactividad (TDAH) se considera una “moda” entre los diagnósticos infantiles, “moda” que lleva casi un siglo rodeada de prejuicios y opiniones que implican desconocimiento del tema, producto de la falta de investigación suficiente tanto en México como en otros países. Algunos investigadores del tema argumentan que el TDAH es uno de los trastornos más complicados de definir y abordar por el simple hecho de describir conductas que se ven en la mayoría de los niños, lo que dificulta su delimitación, además de carecer de especificidad en el diagnóstico debido a la ausencia de “marcadores biológicos”, al contrario de padecimientos como la diabetes donde un examen complementario permite un diagnóstico etiológico; por ello se considera que en muchos casos es difícil llegar a diferenciar a un niño “normal” de otro con TDAH ya que las diferencias radican en la intensidad y frecuencia de las conductas y no del tipo de comportamiento en sí, es decir, conductas que comúnmente presenta un niño “normal”, el niño con TDAH las presenta la mayor parte del tiempo y en mayor grado.

Investigaciones hechas por Palacios, de la Peña, Valderrama y Patiño (2011) sobre la prevalencia de dicho trastorno demuestran que es la psicopatología más frecuente de la infancia y que su diagnóstico y tratamiento tardío pueden traer consecuencias serias en el funcionamiento académico, emocional, social y ocupacional del paciente. El presente capítulo presenta la recopilación de información dada por diversos autores, que permite dar una definición y descripción detallada del TDAH.

## 1.1 Definición

El TDAH ha tenido una historia accidentada que ha permitido que gran parte de los mitos y las ideas erróneas guíen el diagnóstico y manejo del trastorno también conocido como “síndrome del cerebro dañado”, “disfunción mínima del cerebro” y “trastorno impulsivo hiperactivo”. En general, los cambios en la terminología reflejan la creciente evolución relacionada con la etiología, identificación y manejo del trastorno en años recientes (Abarca, 2007).

En el campo de la medicina, cuando los miembros de un grupo comparten características similares, una etiología común y una respuesta relativamente uniforme al tratamiento, se está en presencia de un síndrome o entidad clínica. En el caso del TDAH, los médicos afirman que aparece una sintomatología similar, una etiología común e iguales respuestas terapéuticas en la mayoría de los pacientes (OMS, 1992). Así, los trabajos de investigación de Félix (2006) y Jerry (2006) coinciden en definir al TDAH como una dimensión conformada por un agrupamiento de signos y síntomas específicos factible de ser reconocida clínicamente como un síndrome o trastorno.

Sin embargo, en psicología los trastornos son alteraciones de los procesos cognitivos, comportamentales y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Dicho término, carece de una definición operacional consistente que englobe toda las posibilidades, debido a que a nivel psicológico los trastornos pueden ser definidos mediante una gran variedad de conceptos, causas, características, y lo más importante, respuestas terapéuticas, es decir, cada caso particular requiere de una atención distinta, como es el caso del TDAH (Psicomed, 2010).

De acuerdo con El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición, hecha por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2000) el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es un síndrome o trastorno caracterizado por niveles de desarrollo y comportamentales inapropiados de la inatención, impulsividad y/o hiperactividad, que da como resultado la discapacidad funcional crónica en todos los entornos, dicho trastorno también está acompañado de manifestaciones cognitivas y conductuales que suelen aparecer durante la niñez. En dicha publicación se clasifica al TDAH bajo los siguientes códigos:

- a) Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.
- b) Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención.
- c) Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo combinado.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (1992) se lista al TDAH bajo el código de “trastorno hiperkinético” y bajo “alteración de la actividad y la atención”, refiriéndose el primero a la falta de persistencia en las actividades que requieren una participación cognitiva y la tendencia a pasar de una actividad a otra sin completar ninguna, junto con la actividad desorganizada, mal regulada y excesiva.

Para la psicología, el TDAH es un conjunto de características que se agrupan en conductas relacionadas con inatención, hiperactividad e impulsividad. Se trata de un trastorno heterogéneo que se puede presentar de formas distintas



a lo largo de las diferentes edades, se manifiesta en distintos entornos (casa, escuela, actividades extraescolares) y pueden alcanzar una magnitud suficiente para distorsionar los aprendizajes, las relaciones sociales o la adaptación familiar (Biederman & Faraone, 2005).

El TDAH tiene un gran impacto en el desarrollo del individuo e interfiere en su funcionamiento social, emocional y cognitivo, y causan una importante disfuncionalidad no sólo en el niño, sino también en el grupo de compañeros y en su familia (Martin, 2005).

En general, el TDAH es un trastorno que afecta los campos de inatención, hiperactividad e impulsividad. En su génesis y desarrollo participan diversas causas y su tratamiento requiere la imprescindible participación de profesionales médicos, psicólogos, pedagogos, maestros y padres. Cualquiera que pretenda resolver el problema desde su campo individual sólo conseguirá un enfoque parcial (situación actual a la que se enfrentan la mayoría de los casos) y, por lo tanto, los beneficios que obtendrá el paciente serán también parciales (Gratch, 2003).

En un principio, se creía que el TDAH estaba confinado a los años de infancia y era creencia popular que la mayoría de los niños superaban el trastorno, la idea común era que el trastorno no persistía en la adolescencia o en la edad adulta. Sin embargo, investigaciones recientes como la realizada por Gutiérrez (2008) y Carballo (2011) han indicado que muchas personas con este trastorno continúan presentando la mayoría de las características diagnosticadas durante la infancia.

En las últimas décadas se ha demostrado que las dificultades que durante la infancia afectan sobre todo el aprendizaje y en parte la conducta, en el caso de no recibir tempranamente el tratamiento indicado, durante la adolescencia suelen transformarse en serios trastornos de conducta y aprendizaje. Si bien desde el campo de la psicología la idea de una etiqueta diagnóstica es fuertemente combatida por algunos sectores ya que puede conducir a cierta rigidez intelectual y a una tendencia a comprender todo suceso como resultante de la estructura que fuera diagnosticada, un buen diagnóstico puede permitir una planificación terapéutica y una posibilidad de evaluar la consecución de mejorías o no (Abarca, 2007).

## **1.2 Causas**

Muchas han sido las teorías que surgieron a lo largo de los años como intentos de explicación de las causas del trastorno por déficit de atención. En un momento se pensó en la intoxicación por consumo de ciertos alimentos, sin embargo, hasta el momento no se ha podido demostrar científicamente esta hipótesis, puesto que la reducción en el consumo de algunas sustancias no se ha traducido en una mejoría en los síntomas (Carpi, Morgan, Arsenault, & Tully, 2004).

En la actualidad Pozo, de la Gándara, García y García (2005) coinciden en situar este trastorno en una dificultad de la neurotransmisión de la corteza prefrontal, zona que desempeña un papel trascendental en la planificación y regulación de la conducta y sirve fundamentalmente para anticipar futuros eventos. Gracias a los importantes avances en neurofisiología se sabe que distintas áreas del sistema nervioso central poseen diferentes funciones y que ciertos grupos de células del tejido nervioso sintetizan sustancias químicas

conocidas como neurotransmisores, entre los principales están la dopamina, la noradrenalina, la acetilcolina y la serotonina.

Según Solovieva, Machinskaya, Quintanar, Bonilla y Pelayo (2009) las variaciones en la concentración de alguno de estos neurotransmisores producen ciertos síndromes, por ejemplo el trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad. El sistema límbico y el lóbulo frontal son las principales localizaciones anatómicas del sistema encargado de la atención, función muy importante del sistema nervioso central, desde allí las células nerviosas envían sus proyecciones a diferentes áreas del cerebro, por lo que una gran parte de éste participa en las tareas de atención y aprendizaje. De ello resulta que la actividad de la atención requiere la estimulación o la inhibición de diferentes áreas del cerebro según sea necesario, así diferentes tipos de actividades exigen diferentes tipos de atención.

El conocimiento de las alteraciones neuroquímicas como una posible causa del TDAH es reciente, sin embargo, hoy se está en condiciones de descartar razones a las que se adjudicaba la etiología del cuadro en años pasados, entre las que podemos enumerar: el exceso o déficit de azúcar en la alimentación, la falta de vitaminas, la televisión, los videojuegos, entre otros. Cabe mencionar que los conflictos familiares y demás factores estresores sí pueden influir en la intensidad de algunas manifestaciones sintomáticas del trastorno (Brown, 2000).

Así, el TDAH, se ha considerado durante años un trastorno de base neurológica o neuroquímica en el que el grado de afectación en cada sujeto dependerá de su grado de armonía psíquica y también del contexto familiar en el que crece y se desenvuelve y que permitirá, o no, un mayor despliegue de los inconvenientes derivados de este trastorno (Rickel & Brown, 2008).

En 2007, Leon Eisenberg publicó un artículo sobre el TDAH titulado *When “ADHD” was “the brain-damaged child”*. En él, relata cómo en los años 40 y 50 del siglo XX, los niños con síntomas de TDAH eran calificados como niños con disfunción cerebral, etiqueta que posteriormente se convirtió en la de disfunción cerebral mínima. Asimismo se detalla cómo él y Mike Rutter defendieron la inclusión de un síndrome hiperactivo en la segunda edición del DSM (1969), razón por la cual se le calificó como “descubridor del TDAH”, que si bien ya era conocido, se le llamaba con otros nombres (Cruz, 2013).

Existe controversia sobre si el TDAH debería ser una entidad nosológica, psiquiátricamente hablando, o solo una variante del comportamiento humano. Para algunos, el concepto de TDAH es un producto artificial de las sociedades modernas, o de una mala adaptación al entorno. Autores como Jensen (1997) y Williams (2006) han argumentado que el TDAH y los síntomas impulsivo-hiperactivos pueden ser comprendidos en términos adaptativos, por ejemplo, ciertos contextos actuales favorecen a sujetos que están “listos para la acción”, que son hipervigilantes rápidos en actuar y motrizmente hiperactivos, por sobre sujetos más bien “que resuelven problemas” (Mayor, 2011).

En 2012 la Revista Europea “Der Spiegel” publicó un reportaje sobre el aumento en los diagnósticos del TDAH, en él, Eisenberg, siete meses antes de su muerte, afirmó nunca haber imaginado que su idea del TDAH sería tan popular (Cruz, 2013), así mismo dijo que la predisposición genética para el TDAH está completamente sobrevalorada:

*La psiquiatría infantil debe determinar más detalladamente las razones psicosociales que pueden conducir a problemas de conducta, dijo Eisenberg. ¿Hay peleas con los padres, la madre y el padre viven juntos, hay problemas en la familia? Estas preguntas son muy importantes, pero lleva mucho tiempo responderlas, dijo Eisenberg, quien agregó con un suspiro: “es más rápido prescribir una píldora”.*

Puesto que la conducta humana es la resultante de la interacción de factores genéticos y medioambientales, difíciles de separar, diversos agentes del contexto en que se desenvuelve el sujeto contribuyen en el fenotipo del TDAH. Las perspectivas teóricas consideran como componentes ambientales importantes: el desapego, los niveles de conflicto familiar, la calidez, el respaldo, los logros educativos, el consumo de sustancias por parte del cuidador, además de traumas por maltrato infantil (Schachar & Logan, 1990).

Ahora bien, no existe duda de que los elementos genéticos, psicológicos, ambientales y neurológicos convergen para contribuir a la presencia del TDAH, y a veces resulta difícil inferir la causalidad, en especial a partir de estudios seccionales. Por ejemplo, puede haber una asociación bidireccional entre los problemas familiares y este trastorno. Carpi, Morgan y Arsenault (2004) descubrieron que el calor materno moderaba las contribuciones de bajo peso al nacer en niños con TDAH, este descubrimiento es importante ya que sugiere que los factores ambientales pueden mitigar los efectos nocivos de factores de riesgo específicos que pueden asociarse e incluso ser causales en el TDAH. Del mismo modo, se dio una explicación de particular importancia acerca de los medios por los cuales el estrés puede afectar la neuroquímica de la corteza prefrontal, la cual se asocia con la planeación, el pensamiento y el control que los niños pueden ser

capaces de ejercer sobre sus conductas y dieron una descripción general de las interacciones recíprocas entre la crianza y la educación infantil restrictivas, y otras influencias ambientales, así como resultados conductuales que también incluyen el TDAH.

Es importante dejar en claro que Eisenberg habló de una sobrevaloración de la predisposición genética como causa principal del TDAH, más no negó su existencia, por lo que a pesar de que este cuadro en algunos casos sigue un curso crónico que obedece a un sustrato neurológico, las diferentes situaciones ambientales pondrán en mayor o menor evidencia las dificultades que este trastorno produce, y que esta variación situacional debe ser tomada en cuenta en el momento del diagnóstico para evitar confusiones y poder dar un tratamiento más exacto que se adecue a las exigencias del medio en el que se desarrolla el paciente.

García y Domínguez (2012) sostienen que esta sobrevaloración se trata de un problema importante, ya que convierte a los niños en “enfermos” sin necesidad de serlo y conduce a tratamientos a veces innecesarios, tales como la medicación, que solo pueden causar daño, al no aportar ningún beneficio a su salud. La elección errónea del tipo de intervención que se llevará a cabo no debe tomarse como un proceso inocuo, ya que origina numerosos problemas tanto para el paciente que lo sufre, como por los costos añadidos que implican para el sistema sanitario. De esto, se conocen tres categorías de daños asociados a dicho sobrediagnóstico:

1. Los efectos físicos del diagnóstico y tratamientos innecesarios, dado que las intervenciones farmacológicas tienen efectos secundarios.

2. Los efectos psicológicos, con el desarrollo de una carga emocional o “estigma” simplemente por el hecho de ser etiquetado, lo que se asocia a un aumento de la vulnerabilidad del individuo.
3. La carga económica, no solo por los costos asociados al tratamiento (de los cuales el paciente no puede beneficiarse, ya que la padecimiento no representa una amenaza), sino también por el costo que supone para el sistema la realización de revisiones y pruebas innecesarias.

Es tal la dimensión creciente del problema que, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), han llamado la atención sobre la detección de un incremento, escasamente justificado por criterios clínicos, en el diagnóstico del TDAH y de los tratamientos farmacológicos asociados. Por otra parte, estas organizaciones recomiendan que los profesionales de la Salud Mental Infantojuvenil deban poner el mayor interés en realizar un correcto y estricto diagnóstico del TDAH en los niños y establezcan un tratamiento farmacológico solamente con posterioridad a la tentativa de otro tipo de tratamientos psicopedagógicos y/o conductuales. Tanto la UNICEF como la OMS recalcan que ésta alerta debe implicar a los clínicos y neurobiólogos, pero sobre todo, a los responsables de la política educativa y sociofamiliar, psicólogos y a los propios padres de los niños afectados (García & Domínguez, 2012).

### **1.3 Características del niño con TDAH**

El TDAH es un trastorno que afecta la cognición y la conducta, se caracteriza por las dificultades de inatención y/o hiperactividad. Es frecuente que haya relación y/o asociación con otras condiciones psicológicas como los trastornos afectivos, de ansiedad, del aprendizaje y de conducta u oposicionales. El TDAH comparte

algunas características que se relacionan con otras condiciones, incluyendo dificultades de la concentración y la memoria. Este trastorno de alguna forma se presenta de manera diferente en cada niño, pues existen casos en los que el paciente puede haber desarrollado estrategias para disfrazar el trastorno (Brown, 2000).

El diagnóstico del TDAH puede basarse en el criterio de diagnóstico que especifica el DSM-IV, no obstante, se cree conveniente tener en cuenta que los síntomas de este trastorno pueden expresarse de manera distinta en cada paciente de acuerdo al contexto en el que se desenvuelve.

En general, los niños en edad escolar con TDAH evidencian: 1) imposibilidad de mantener la atención por largo tiempo; 2) dificultad para concentrarse; 3) dificultades para mantener un buen desempeño en sus actividades escolares a pesar de ser inteligentes (Abarca, 2007).

En cuanto a la dificultad para mantener la atención, cabe señalar que en estos niños es característico que en determinadas condiciones en las que el estímulo implica gran motivación personal suelen alcanzar un nivel de concentración alto, esto lleva a que se les considere haraganes o irresponsables, ya que pueden pasarse horas concentrados en otras actividades como el juego o la televisión y no hacen lo mismo con la tarea escolar. Esta singular variación en la atención es denominada por algunos: atención selectiva, es decir, parecen tener interés solamente en las cosas que les gustan y/o entienden (Orjales, 2008).

Como es difícil poseer una medida objetiva de qué es mantener la atención, sólo se puede decir que se estima que un niño al comienzo de la escolaridad



debería poder permanecer atento coloreando un dibujo entre 45 y 60 minutos aproximadamente (Gratch, 2003).

La dificultad en niños con TDAH para mantener la atención por un largo periodo se debe en gran medida a su impulsividad, son desorganizados y no completan sus deberes ni en el colegio ni en el hogar, parece que no escuchan, a veces demuestran que carecen de sentido común y pasan por encima de lo obvio. Estas dificultades son más evidentes en las actividades grupales que en situaciones de relación uno a uno, los padres experimentan la crónica sensación de tener que realizar un esfuerzo extraordinario para que estos niños obedezcan (Carballo, 2011).

El paciente con TDAH demanda una constante atención por parte de sus padres en comparación con otros niños, necesitan y exigen estar siempre en el centro de la escena. La crianza es difícil ya que presentan una marcada disposición al berrinche, a los ataques de cólera y a las conductas impredecibles. Además, en muchos casos tienen conflictos para conservar amistades y cuando los reprenden por alguna falta cometida siempre responsabilizan a otros de lo ocurrido, parecen tener energía ilimitada y carencia de la necesidad de descansar como los otros niños (Biederman, López, & Chandler, 2002).

Cabe señalar que no todos los niños con trastornos de la atención son hiperactivos-impulsivos, otro de los mitos que actualmente siguen vigentes entre muchos profesionales y padres, aunque los que sí lo son no pasan nunca inadvertidos y su diagnóstico es mucho más fácil y temprano. Son niños que no pueden parar de moverse, no pueden permanecer sentados, tocan todo, nunca están satisfechos ni hacen lo mismo por mucho tiempo, continuamente se colocan

en riesgo, son curiosos y requieren de supervisión continua (Schachar & Logan, 1990).

Así como el término anhedonia describe la incapacidad de experimentar placer en aquellos que padecen una depresión mayor, el de hipohedonia sirve para ilustrar el habitual estado de ánimo de estos niños, los cuales viven con un permanente estado de insatisfacción, al que se suma el colapso en la autoestima por el bajo rendimiento en sus actividades, dificultad para conservar amigos, el frecuente rechazo por parte de compañeros, que suele sumirlos en un estado crónico de abatimiento, desilusión y falta de voluntad en el emprendimiento de nuevos proyectos en los que es necesaria la participación intelectual (Brown, 2000).

Este efecto negativo en la autoestima hace que se niegue luego a enfrentarse con la tarea del aprendizaje y la inevitable circunstancia de ser evaluado. En muchas ocasiones esto da lugar a la aparición de fobias escolares secundarias y a sistemáticos fracasos que provocan altos niveles de sufrimiento psíquico como consecuencia del daño en la autoestima (Brown, 2000).

Éste es el campo en el que halla su lugar de privilegio el tratamiento psicológico del niño, el cual puede realizarse con un esquema referencial psicoanalítico, pues se trata de trabajar con aquellas tempranas experiencias de la historia personal en las que se sustenta la génesis de la autovaloración personal y la estructuración temprana del psiquismo, o con técnicas cognitivo-conductuales, que enseñen al niño a comportarse adecuadamente y enfocándose en los efectos secundarios, es decir, el daño en la autoestima derivado de la larga historia de fracasos personales (Rickel & Brown, 2008).

Como ya se dijo, no todos los déficit de atención se presentan acompañados de hiperactividad, éste es uno de los errores conceptuales más frecuentes, pues se suele suponer que el trastorno por déficit atención es un cuadro en el que la hiperactividad es un síntoma imprescindible, lo que conduce a pensar en este cuadro sólo cuando se presentan serios trastornos de conducta en casa y en la escuela. Por otra parte, no se puede ser reduccionista y pensar que todo trastorno de conducta en la infancia es sinónimo de TDAH.

A continuación se describirán algunas de las características de los niños con TDAH con el fin de justificar los programas de intervención que se proponen en capítulos posteriores.

### **1.3.1 La conducta**

De acuerdo con Abarca (2007) la falta de atención de los niños hiperactivos tiene tanto manifestaciones comportamentales como de tipo cognitivo entre las que destaca:

- No terminar las tareas que inician
- Cometer muchos errores
- No centrarse en los juegos
- Parecer no escuchar cuando se les habla directamente
- Tener dificultades para organizarse
- Evitar las tareas que requieren esfuerzo mental
- Perder cosas (ejemplo: ropa, juguetes, útiles escolares)
- Distraerse con cualquier cosa

Tannok y Brown pensaban que el origen de estas manifestaciones de desatención podría radicar en la existencia de un déficit cognitivo o en la falta de motivación para realizar las tareas. Aunque en el niño hiperactivo se dan ambas cosas, investigaciones controladas han demostrado que en tareas altamente motivantes los niños con TDAH cometen más fallos por una atención inadecuada que los niños no hiperactivos, prueba de ello es que los niños con TDAH tienen más problemas de conducta cuando las actividades son comunes y rutinarias que cuando son novedosas.

Aclarando que la desmotivación por ciertas tareas tiene su origen en una mayor dificultad para procesar los estímulos y no en la vaguería o en la desgana, la intervención terapéutica debe tener en cuenta que los niños con déficit de atención e hiperactividad se desmotivan con mucha facilidad porque tienen que realizar un mayor esfuerzo para mantener la atención, sintiendo muchas veces que este esfuerzo está por encima de sus posibilidades, incluso en actividades donde la tarea es altamente gratificante (Carballo, 2011).

Comparados con los niños no hiperactivos, los niños con TDAH atienden en mayor medida a los estímulos novedosos tales como el color, los cambios en el tamaño y el movimiento, y su rendimiento disminuye claramente ante tareas repetitivas. Además, se ha comprobado que aprovechan en menor medida la información marginal en los textos, que los dibujos complementarios, con esto no resulta extraño que el trabajo escolar les resulte, en general, costoso y poco gratificante (Orjales, 2008).

Una de las características más llamativas del niño con TDAH es la excesiva actividad motora que sobrepasa los límites normales para su edad y nivel

madurativo. Este exceso de actividad motriz se manifiesta normalmente por una necesidad de moverse constantemente y por la falta de autocontrol corporal y emocional. Cuando la conducta hiperactiva es muy exagerada resulta incompatible con el aprendizaje escolar y muy deteriorante para las relaciones con el entorno (familia, profesor, compañeros de clase y amigos) (Biederman, López, & Chandler, 2002).

Haciendo referencia a las distintas formas de intervención, se debe tener en cuenta que si se quiere que un niño aprenda a controlarse se le debe proporcionar modelos adecuados de conducta tranquila y reposada, hacerle tomar conciencia de sus dificultades para estar sentado, ayudarle a evitar las situaciones que le causan descontrol (por ejemplo esperar) y exigirle autocontrol, todo esto lo podemos encontrar en la terapia cognitivo-conductual. (Carballo, 2011).

Otra característica importante entre los niños con TDAH es la impulsividad comportamental, ligada a la falta de control motriz y emocional, que lleva al niño a actuar sin evaluar las consecuencias de sus acciones, llevado por un deseo de gratificación inmediata (Orjales, 2008).

De acuerdo con Gratch (2003) los niños hiperactivos parecen acentuar la conducta impulsiva en situaciones que conllevan una satisfacción inmediata, ya sea de tipo material o social (por ejemplo regalos o asistir a eventos gratificantes como fiestas). La forma en que una familia ayuda a un niño con TDAH a reconocer sus dificultades, aceptarlas y enfrentarlas, así como el modo en que se mantienen unos límites educativos sanos y ajustados a la capacidad real del niño, determinan en gran medida que la conducta impulsiva aumente o disminuya.

Así también, el niño con este trastorno se caracteriza por una desorganización personal interna y externa, lo que hace que le resulte más difícil comportarse de forma autónoma. En muchos casos los padres, al reconocer la falta de autonomía en sus hijos, suelen sobreprotegerlos, reduciendo la posibilidad de que el niño llegue a madurar, así, en la educación es importante un equilibrio entre lo que se exige y la capacidad de lo que el niño puede lograr (Carballo, 2011).

Es fundamental tener en cuenta que en cada caso los signos del TDAH varían y que finalmente lo que hace la diferencia en el tratamiento es una detección temprana.

### **1.3.2 El funcionamiento cognitivo**

La conducta desatenta del niño tiene un origen cognitivo, las últimas investigaciones han tratado de determinar el perfil de atención de los niños con TDAH con el fin de elaborar programas de intervención más específicos. En la actualidad la mayoría de los autores se inclinan por afirmar que los niños con TDAH no tienen menor capacidad de atención que los niños normales, sino que estos niños difieren en la forma en que focalizan y dirigen su atención. No se trata en sí de un déficit de atención, sino de una disfunción de ella (Schachar & Logan, 1990).

Con fines de orientación diagnóstica, a continuación se presentará un listado de las dificultades atencionales que según Brown (2000) con mayor frecuencia se observan:

- Dificultad en la atención controlada frente a la automática: los niños con TDAH muestran un buen rendimiento en pruebas de procesamiento automático (por ejemplo separar círculos de cuadrados) y peor rendimiento en aquellas que requieren esfuerzo (separar cuadrados según su tamaño).
- Dificultad en procesar varios estímulos en forma simultánea: a este proceso se le llama atención focalizada y se ha comprobado que el rendimiento de los niños con TDAH es peor cuantos más estímulos irrelevantes presente la tarea encomendada.
- Dificultad para mantener la atención de forma continua: su rendimiento disminuye de acuerdo a la duración de las tareas.
- Dificultad en aprender y recordar por procesar la información de manera superficial: aprenden y memorizan más fácilmente información procesada de forma significativa (con sentido para el niño).
- Mayor sensibilidad a las variaciones del contexto o del ambiente de trabajo: el rendimiento de los niños con TDAH es más susceptible a las modificaciones del entorno (por ejemplo cambio de profesor).
- Aplicación de estilos de procesamiento inadecuados para el aprendizaje escolar: no existe deficiencia en los procesos sino una realización inadecuada, en general poseen una forma impulsiva, rígida y dependiente del campo perceptivo de aprender.
- Dificultad para organizar la información: tienen problemas para discriminar información relevante de la secundaria.
- Falta de habilidades para la solución de problemas: aplican menor número y variedad de estrategias.
- Dificultad en la lectura y cálculo matemático: esto no se debe a un nivel intelectual inferior sino a un menor rendimiento escolar.

### **1.3.3 El desarrollo emocional y social**

Emocionalmente, los niños hiperactivos y con déficit de atención muestran un desarrollo más inmaduro que sus compañeros de edad. Se desmoralizan con facilidad, cambian frecuentemente de estado de ánimo, no toleran la frustración, les cuesta aceptar sus errores y culpan con frecuencia a los demás, les cuesta ponerse en el lugar del otro y tener en cuenta sus sentimientos y deseos, se muestran tercos y malhumorados y parecen tener una autoestima muy baja pero falsamente inflada (Orjales, 2008).

Los niños hiperactivos suelen ser descritos por sus familiares y educadores como niños que se comportan de forma infantil, inestables y con frecuentes cambios de humor. Dada la falta de control de los impulsos y la baja tolerancia a la frustración, los niños resultan más vulnerables a las dificultades en relación con el entorno, las cosas parecen no afectarles o parecen descontrolarlos totalmente. La inmadurez de un niño con TDAH hace que, por ejemplo, le desespere la espera (Lora, 2006).

Otra de las características de la mala conducta de estos niños es la desobediencia, tras la cual muchas veces se esconde el deseo por llamar la atención de los adultos, aunque sea a costa de un castigo o regaño (Abarca, 2007).

Una de las emociones que se desprende de los niños con TDAH es la agresividad, la cual de acuerdo con Tello (s/f) se define como “toda conducta intencionalmente dirigida a provocar lesión o destrucción de un objeto, otra persona, o sí mismo de forma física o verbal. Siguiendo el DSM-IV TR, éste



comportamiento no se considera por sí mismo una entidad patológica, sino que forma parte del conjunto de síntomas de numerosos trastornos tales como el TDAH. Estos niños presentan comportamientos inadecuados, tienen más dificultades para aceptar los límites y se niegan a obedecer, desafiando así a las figuras de autoridad.

Las diversas teorías que intentan explicar la agresividad se dividen fundamentalmente en activas y reactivas. Las activas o teorías biológicas, subrayan el origen interno de la agresión, entendida cómo innata y consustancial a la especie humana. Las reactivas explican los mecanismos ambientales que facilitan y mantienen el comportamiento agresivo, destacando entre ellas la teoría del aprendizaje social. Desde el punto de vista de la teoría del aprendizaje social, el comportamiento agresivo se da ante una situación conflictiva que ha provocado un sentimiento de frustración en el niño. El tipo de reacción que tendrá el niño dependerá de cómo haya aprendido a actuar ante esa situación conflictiva. Es decir que dependerá de su experiencia previa (Barkley, Niños desafiantes, 1997).

Asimismo, cabe relacionar el comportamiento agresivo del niño TDAH con una frágil autoestima; paradójicamente a lo que puede parecer su actitud arrogante, tras ésta subyace una opinión muy pobre de sí mismo, tal y como refleja su incapacidad para aceptar el fracaso o la crítica (Mardomingo, 2002).

Finalmente, cabe aclarar que las características aquí resumidas no se presentan de igual manera en todos los niños con TDAH ni se consideran todas imprescindibles para su diagnóstico.

## 1.4 Prevalencia

Se estima que el TDAH se presenta en alrededor del 4% al 12% de la población en edad escolar. En general, de acuerdo con la definición y características dadas en el DSM-IV TR por la American Psychological Association (APA, 2000), se calcula que aproximadamente el 5% de la población latinoamericana en edad escolar cumple el criterio para este trastorno. La prevalencia del trastorno varía con frecuencia de acuerdo con el informante (padre, cuidador, maestro, etc.), sin embargo, los estudios de su incidencia varían dependiendo de qué tan estricto sea el criterio que se siga para su diagnóstico. Hay algunos expertos que argumentan que la incidencia del trastorno prevalece más que la incidencia que la información sugiere, puesto que hay niños y adolescentes que no reciben la atención apropiada para este trastorno y que no se toman en cuenta en el registro.

En México se estima que hay aproximadamente 33 millones de niños y adolescentes, de los cuales 1.5 millones podrían ser diagnosticados con TDAH. En el contexto clínico, al menos 30% de los pacientes que acuden a valoración de primera vez en los servicios de psiquiatría infantil presentan problemas de inatención, hiperactividad o impulsividad (Palacios, de la Peña, Valderrama, & Patiño, 2011).

Algunos estudios epidemiológicos han mostrado que sólo el 25% de los padres de sujetos con síntomas de trastornos de conducta o del afecto consideraban que sus hijos necesitaban atención, y de ellos, solamente el 13% acudió a los servicios de algún psicólogo. La búsqueda de atención especializada se ha asociado con una mayor intensidad del trastorno y con un mayor nivel educativo de los padres (Caraveo-Anduaga, Colmenares-Bermúdez, & Martínez, 2002).

En algunos entornos (determinados profesores, padres o familiares de niños en edad escolar) se habla de una posible sobrevaloración del TDAH, dado que cada día se diagnostican más casos y esto genera cierta incredulidad en esos entornos más escépticos en los que los niños con TDAH siguen catalogándose como revoltosos-rebeldes, despistados, niños problema o incorregibles (García, 2011).

Cuando se analiza el incremento “explosivo”, del que se ha hecho mención, de los casos de TDAH en las consultas pediátricas, puede plantearse que se deba a muy diversos factores: como un mayor conocimiento del trastorno por parte de los profesionales que lo atienden (médicos, profesores y psicólogos), porque se reconoce y se detecta de forma más precoz, porque se diagnostica y se trata de forma más eficaz, por la existencia de una mejor coordinación entre los profesionales sanitarios implicados, porque ha mejorado la información que reciben los padres de estos niños, o bien porque los instrumentos de diagnóstico no son totalmente eficaces y por ello se etiquetan como TDAH niños que no lo son (Mayor, 2011).

Aunque no se ha establecido una relación causal entre los modos de vida y el TDAH, parece factible que el tipo de sociedad actual pueda estar contribuyendo a generar una mayor disfuncionalidad del TDAH. La proliferación de los modelos que favorecen refuerzos externos inmediatos (videojuegos, dibujos animados, televisión, Internet, publicidad, etc.), la sociedad de consumo y el cambio hacia una mentalidad materialista, presentan pocas oportunidades para favorecer y entrenar la atención sostenida, la cultura del esfuerzo, la demora de recompensa, el empleo de estrategias reflexivas y el desarrollo de un autocontrol eficaz. El establecimiento de límites y modelos de conducta organizada suponen un

importante esfuerzo educativo y requiere inversión de tiempo por parte de los padres, elemento que cada vez es más escaso en los países industrializados y que se encuentra además influenciado por el cambio de modelos de familia (familias uniparentales, padres divorciados, etc.) (García & Domínguez, 2012).

#### **1.4.1 Sexo**

El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad ocurre con más frecuencia en hombres que en mujeres y su proporción van de 2:1 hasta 6:1. Aunque es más común en niños que en niñas, el impacto actual del TDAH suele ser más grave en las niñas, debido a la cultura sexista y los roles sociales que se esperan del género femenino. Algunos expertos han postulado que las niñas no muestran los mismos problemas de conducta abierta o conductas disruptivas como lo hacen los niños, esto, en parte, puede explicar que haya menos pacientes mujeres en los servicios de psiquiatría y psicología, simplemente porque sus problemas conductuales nos son tan molestos para los otros (Biederman, López, & Chandler, 2002).

En los últimos años, ha habido un incremento significativo en la prevalencia documentada del TDAH entre mujeres. Algunos investigadores lo han atribuido a una identificación más cautelosa de los subtipos específicos del trastorno, en especial del subtipo de distracción primaria, es decir, sin hiperactividad (Palacios, de la Peña, Valderrama, & Patiño, 2011).

### 1.4.2 Edad

Casi siempre el TDAH se presenta en los primeros años de vida y es un trastorno crónico que sitúa a los niños y adolescentes en un riesgo mucho más alto de tener dificultades académicas, conductuales y sociales. El TDAH suele manifestarse antes de los siete años de edad y puede persistir hasta la adolescencia y edad adulta, de esto, diversas investigaciones sostienen que las características del trastorno que prevalecen en preescolar, predicen manifestaciones graves, más adelante en la niñez, así como una fase más difícil del trastorno. Por esto el tratamiento debe empezar tan pronto como sea posible, dirigirse a áreas de funcionamiento e implementarse en todos los entornos y durante largos periodos (Biederman, López, & Chandler, 2002).

Las características del TDAH se manifiestan de manera diferente en los adultos que en los niños. Desde el momento en que este trastorno se conceptuó como un trastorno de la niñez, las descripciones de las características reflejan las manifestaciones de éste sólo en niños. Aunque alrededor del 60% de los niños con TDAH continúan teniendo el trastorno cuando alcanzan la edad adulta y alrededor del 2 a 10% de los adultos califican para el trastorno bajo los criterios actuales, algunas veces existe entre el público y hasta en algunos profesionales el mito de que el TDAH no es un fenómeno real en los adultos (Soutullo & Díez, 2007). Para muchas personas, las características del TDAH se modifican a través del tiempo; cuando se pasa de la niñez a la adolescencia y después a la vida adulta, las características de hiperactividad pueden disminuir debido al aprendizaje de normas sociales de comportamiento, pero las dificultades de la distracción y la inatención persisten (Caraveo-Anduaga, Colmenares-Bermúdez, & Martínez, 2002).

## **Capítulo 2. Diagnóstico**

El diagnóstico es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, trastorno, síndrome o cualquier condición de alteración de acuerdo con la normalidad. Se enmarca dentro de la evaluación médica y psicológica y supone el reconocimiento de un padecimiento a partir de la observación de sus signos, síntomas y/o características generales (Vives, 2007).

El diagnóstico del Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH) involucra la participación de psicólogos, psiquiatras, pediatras y/o neurólogos. Debido a que el trastorno es tan amplio y tiene un gran impacto sobre diversos ambientes, como el del hogar y el académico, en la mayoría de los casos los profesionales envueltos se apoyan de equipos y herramientas de aproximación que les permite un diagnóstico y control apropiado para cada paciente (Joselevich, 2006).

### **2.1 Tipos de diagnóstico**

El diagnóstico del TDAH requiere tener en cuenta dos aspectos de la lógica, es decir, el análisis y la síntesis, utilizando diversas herramientas de apoyo y basándose en las características que presenta el paciente y hallazgos de exploraciones complementarias (Vives, 2007).

De acuerdo con Soutullo (2008) y Félix (2006) existen seis tipos de diagnóstico que deben tenerse en cuenta para la correcta determinación de si un

paciente debe o no considerarse con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, estos son:

- a) Sintomatológico: consiste en identificar todos los síntomas y/o características que manifiesta el paciente y ordenarlos por importancia y especificidad, entendiendo por síntomas todas aquellas experiencias subjetivas negativas que refiere el paciente o su entorno. En este sentido, los síntomas generales serán los menos específicos y de menos ayuda diagnóstica.
- b) Sindromático: en él se agrupan los datos subjetivos (síntomas) y objetivos (signos clínicos) en conjuntos de datos que compartan mecanismos fisiopatológicos, es decir, los datos recolectados se identifican con los síndromes de mayor prevalencia.
- c) Diferencial: se plantean los padecimientos posibles pero que no son el diagnóstico establecido finalmente, aquellos en los que el médico o terapeuta puede pensar en función de las diferentes características que presenta el paciente, pero que no corresponden al padecimiento que sufre el individuo. También hace referencia a los diferentes métodos utilizados por los especialistas para establecer el diagnóstico correcto.
- d) Nosológico: se refiere a describir, clasificar y conceptualizar o nombrar la enfermedad o trastorno como entidad clínica individualizada. Hoy día las clasificaciones nosológicas de más uso se encuentran en la Clasificación Internacional de Enfermedades décima versión (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición revisada (DSM-IV-TR).

- e) Etiológico: en éste se determina la o las causas del padecimiento, es esencial para el plan de trabajo o tratamiento que se llevará a cabo y uno de los pilares fundamentales del diagnóstico nosológico.
- f) Social: su objetivo es describir de manera concreta y real la situación social del individuo, sus problemas, factores de riesgo, necesidades y circunstancias, que en el caso de trastornos como el TDAH son determinantes en su desarrollo y por tanto del tratamiento.

Realizar un diagnóstico completo requiere mucho conocimiento científico y humano, un dominio amplio de la psicología, el conocimiento patológico, la habilidad de interpretar la historia clínica en su contexto individual, el dominio de los trastornos más comunes y el conocimiento de las posibilidades patológicas menos frecuentes para descartarlas, pero sobre todo conocer a la sociedad que involucra, el medio socioeconómico individual y colectivo de la sociedad (Amador, Forns, Guardia, & Perú, 2006).

Mientras más información se recabe y se lleven a cabo con mayor detalle cada uno de los tipos de diagnóstico antes mencionados, con el imperativo de perfeccionar el juicio médico y psicológico, más certero será el reporte dado al paciente.

## **2.2 Procedimiento general**

El diagnóstico del TDAH requiere que algunos de las características que causan alteraciones o deterioro estén presentes en dos o más contextos, por ejemplo, en la escuela y en la casa (APA, 2000). Esto implica que la información a partir de la



que se establece el diagnóstico se debe recoger de diferentes informantes, así profesores y padres proporcionan información que es extraordinariamente útil en la evaluación y diagnóstico del TDAH. (Amador, Forns, Guardia, & Però, 2006)

A manera de ilustración, Tannok y Brown (2000) recomiendan lo siguiente:

1. Obtener el historial familiar y de desarrollo del niño para encontrar correlatos y riesgos de un trastorno del aprendizaje.
2. Recolectar valoraciones hechas por maestros acerca del progreso académico del niño en las diversas áreas.
3. Evaluar trastornos del aprendizaje a través de métodos que incluyan evaluación neuropsicológica.

Una evaluación completa para el TDAH debe incluir un historial personal y familiar obtenido a través de entrevistas y observaciones de la persona, así como de la escuela, de los archivos médicos y de los resultados de las pruebas psicológicas y neuropsicológicas según sea el caso. Después de reunirse con el paciente, se debe comparar toda la información recopilada con las características y el criterio de diagnóstico elegido por el profesional, por ejemplo en el DSM-IV, en el cual se basa la presente investigación (Vives, 2007).

Es importante que el procedimiento de evaluación esté estructurado de acuerdo con la edad del paciente, por lo que el terapeuta debe conocer el desarrollo típico de la atención, regulación emocional y las conductas apropiadas de un niño según su edad (Soutullo, 2008).

Hay que recordar que un solo instrumento no es suficiente para hacer un diagnóstico, y se ha descubierto que un enfoque de múltiples fases hacia la evaluación es muy útil (Rieff & Tippins, 2004).

Cabe destacar que los padres y profesores constituyen las figuras clave y más importantes en la detección del TDAH, pues debido a su convivencia, son los primeros que deben prestar atención a la aparición de las características básicas: desatención e hiperactividad-impulsividad (Soutullo, 2008).

### **2.3 Áreas específicas de evaluación**

Una vez alertados sobre la sospecha del TDAH es necesario confirmar el diagnóstico y así determinar en qué grado y en qué áreas afecta este problema a cada niño de forma individual (Brown, 2000).

En general, para llegar a un diagnóstico se debe evaluar:

- la naturaleza de los síntomas: frecuencia, duración y variación situacional
- edad de inicio
- repercusión en los diferentes ambientes de la vida del niño (escuela, casa, etc.)
- antecedentes familiares (debido al carácter genético del TDAH)
- funcionamiento familiar
- antecedentes personales (embarazo, parto, período perinatal, desarrollo psicomotor, antecedentes patológicos e historia de bienestar psíquico, emocional y social del paciente)

### 2.3.1 Exploración psicológica

Esta exploración permite realizar un diagnóstico completo que ayude a establecer hasta qué punto las características del paciente corresponden a un TDAH o a otro cuadro distinto como depresión o ansiedad, además de determinar en qué medida afecta al niño el trastorno y en qué áreas (Amador, Forns, Guardia, & Perú, 2006).

Dado que padres y profesores proporcionan información necesaria e imprescindible para el diagnóstico del TDAH, es necesario disponer de instrumentos que permitan recoger, de forma ágil y rápida, las valoraciones que hacen estos informantes de la conducta habitual de sus hijos o alumnos. Además estos instrumentos deben ser sensibles a las variaciones asociadas a las fuentes de información, a la edad y sexo de la persona evaluada (Amador, Forns, Guardia, & Perú, 2006)

Para lograr lo anterior, el psicólogo debe realizar un examen completo que incluya tantas pruebas como se consideren necesarias para cada caso (Tannok & Brown, 2000). A continuación se enumerarán algunas de las más frecuentes teniendo en cuenta que no todas son imprescindibles:

- Pruebas intelectuales: permiten determinar la existencia de un retraso mental y resultan muy útiles para una valoración cualitativa de las capacidades del niño, de las estrategias que utiliza y de la forma en que emocionalmente responde a estas pruebas de exigencia intelectual. Permiten comparar no sólo el rendimiento intelectual del niño respecto a los niños de su edad, sino también su propio rendimiento en cada una de las pruebas, observando sus puntos cognitivos, débiles y fuertes.

- Pruebas pedagógicas: permiten valorar el nivel escolar del niño conociendo el nivel de lectura rápida, el nivel de automatización de la lectura, el nivel de comprensión lectora, la calidad de la caligrafía, el nivel de ortografía, el cálculo matemático automático, la calidad de sus estrategias en la solución de problemas, hábitos de estudio, capacidad de resumir ideas, capacidad para definir conceptos, la riqueza de vocabulario, entre otros.

- Pruebas cognitivas: permiten determinar las alteraciones en los procesos cognitivos, pero no valoran el resultado de la aplicación de dichos procesos, es decir, el rendimiento (por ejemplo: Test gestáltico visomotor de Bender, Test de la figura compleja de Rey, etc.).

- Pruebas para la evaluación del déficit de atención: en ellas se utilizan tareas de vigilancia: estar atento y alerta a un estímulo; y de tiempo de reacción: tiempo que tarda en dar respuesta ante un estímulo (por ejemplo: Test de percepción de diferencias CARAS y Subtest de claves WISC-R).

- Estimaciones comportamentales: son cuestionarios que permiten la descripción de conductas habituales, relevantes y relacionadas con la hiperactividad y desatención en escenarios naturales y con una prevalencia recurrente. Entre los test más utilizados destacan Escala Conners para padres y profesores, Escala IOWA de hiperactividad y agresividad de Conners para profesores, Listado de síntomas del DSM-IV-TR y Cuestionario de Situaciones en el hogar (Barkley, 1981) entre otras.

### **2.3.2 Evaluación neuropsicológica**

La investigación de las funciones ejecutivas cerebrales (procesos cognitivos de orden superior) ha despertado, en los últimos años, un creciente interés. Son abundantes los trabajos que estudian sus alteraciones en distintos padecimientos, especialmente en el TDAH. Así, en esta línea, los estudios psicológicos sobre lesiones indican que existe una asociación entre la disfunción del córtex prefrontal dorsolateral producida en el síndrome disejecutivo y dificultades atencionales, carencia de comportamiento estratégico o autodirigido, o la capacidad de demorar o inhibir respuestas. Esto puede desencadenar euforia, desinhibición, hipomanía esporádica, impulsividad y un comportamiento social inadecuado, características comúnmente relacionados con el TDAH (Félix V. , 2005).

La evaluación neuropsicológica (también denominada evaluación neurocognitiva) es un método diagnóstico que estudia el funcionamiento cerebral y brinda información no provista por otros métodos de estudio como el electroencefalograma, la tomografía computada o la resonancia magnética. Permite comprender cómo funcionan las diferentes áreas y sistemas del cerebro de un paciente a través de la medición de sus capacidades cognitivas (Neuropsic, s/f).

Habitualmente se recomienda la realización de una evaluación neuropsicológica cuando existen características anormales o quejas relacionadas con la memoria, la atención, o el razonamiento. Algunos signos que requieren una evaluación neurocognitiva son cambios en la concentración, la organización, el razonamiento, la memoria, el lenguaje, la percepción, la coordinación o la personalidad. El cambio puede deberse a cualquiera de muchas causas médicas,

neurológicas, psicológicas o genéticas. Las pruebas o estudios serán útiles para entender la situación específica de cada paciente (Neuropsic, s/f).

Un aspecto clave en la evaluación del TDAH consiste en inferir el funcionamiento cerebral de estos niños a través de sus comportamientos. La evaluación del funcionamiento ejecutivo constituye uno de los grandes retos en la investigación actual del TDAH. Una de las mayores dificultades con las que se ha encontrado este campo ha sido la forma de diseñar y aplicar las distintas tareas experimentales, así como la validez discriminante de las tareas. Por otra parte, existen estudios de White, Moffit y Caspi (1994) que hablan de la baja correlación entre informes y auto-informes con medidas de laboratorio (Félix V. , 2005).

En el trabajo experimental realizado por Felix (2003), se analizaron brevemente un conjunto de tareas neuropsicológicas, que tras un estudio experimental en varios colegios, utilizando muestras de niños de entre 6 y 12 años, realiza una selección de aquellas tareas que son susceptibles de utilizarse con niños. Posteriormente, se realizó un estudio comparativo en la ejecución de dicha muestra escolar con niños diagnosticados con TDAH, obteniendo un potente factor que aglutinó una serie de tareas computarizadas relacionadas directamente con el control inhibitorio, correlacionado máximamente con las estimaciones comportamentales de padres y profesores. La ejecución de las tareas discriminó de forma significativa a aquellos niños con TDAH, constituyendo así una batería neuropsicológica específica para la evaluación de la hiperactividad.

Existen en la actualidad multitud de tareas que de una forma u otra, están dirigidas a la valoración de alguno de los procesos controlados por el funcionamiento ejecutivo. En la Tabla 2 se muestran algunas de ellas.

<b>Función ejecutiva</b>	<b>Test</b>	<b>Versión</b>
Flexibilidad cognitiva	Wisconsin Card Sorting Test (WCST)	(Grant & Berg, 1984); Heaton, 1981. Tarea de ordenador
Planificación	Torre de Londres (TOL)	12 ensayos + 1 entrenamiento: 2x (2 y 3 movimientos), 4x (4 y 5 movimientos) (Shallice, 1982)
Memoria de trabajo	Working Memory Senteces	15 ensayos: 3x (2,3,4,5, o 6 frases) (Siegel & Ryan, 1989)
Control inhibitorio	Stroop Test  Stop Task  Test de emparejamiento de figuras familiares (MFFT)	Palabra-Color y Color-Palabra (Stroop, 1935) (Logan & Cowan, 1984 Adaptación de Ávila & Parcet, 2001) Tarea de ordenador (Servera y Llabrés, 2000) Tarea de ordenador
Auto-monitoreo	Fluidez verbal	Categorías fonológicas y semánticas: animales & frutas, palabras que empiezan por P & S (Benton & Hamsher, 1987)
Atención	Continuous Performance Test (CPT)	(Adaptación de Avila & Parcet, 2001) Tarea de ordenador

**Tabla 2. Test para la valoración de funciones ejecutivas (Neuropsych, s/f)**

Aunque la validez de las tareas neuropsicológicas es aceptable, todavía queda un largo camino por recorrer. La evaluación neuropsicológica constituye una buena herramienta para la investigación, permitiendo detectar procesos de activación de las distintas áreas del cerebro en vivo, mientras el sujeto realiza las distintas tareas neuropsicológicas (García, 2011).

### 2.3.3 Exploración neurofisiológica

La realización de pruebas complementarias de laboratorio, de neuroimagen o neurofisiológicas no son siempre necesarias para el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes a menos que la historia clínica y la exploración física pongan en evidencia la presencia de algún trastorno que requiera realizarlas (MCI, 2010) .

Esta exploración es llevada a cabo principalmente por médicos y permite revisar a nivel cerebral el lugar y grado de afectación del TDAH de origen orgánico o genético (Solovieva, Machinskaya, Quintanar, Bonilla, & Pelayo, 2009). Entre las pruebas básicas se encuentran:

- Baterías para la detección de signos neurológicos: informan de posibles alteraciones en la integración perceptivo-motriz. Entre los más utilizados se pueden citar el examen de la integración perceptivo-motriz en niños de primer ciclo EGB.

- El electroencefalograma: permite detectar alteraciones que agravan el problema de la hiperactividad infantil. La mayoría de los autores coinciden en considerar a los niños con alteraciones electroencefalográficas y sintomatología hiperactiva como niños con disfunción cerebral y a los niños sin estas alteraciones como niños con déficit de atención con hiperactividad.

- La cartografía cerebral: es una técnica de neuroimagen que permite valorar el funcionamiento cerebral. Básicamente el procedimiento es muy similar al de un electroencefalograma. Este sistema permite observar mapas



cerebrales a color que representan el grado de activación eléctrica que se produce mientras el niño realiza cada actividad y la zona en la que se presenta.

- Los potenciales evocados: permiten valorar la capacidad de discriminación, de análisis y de codificación de estímulos. Constituyen un instrumento de especial importancia en el estudio individualizado del funcionamiento cerebral de los niños hiperactivos.

Pérez y López (2006) consideran que ningún hallazgo físico es suficiente por sí solo para el diagnóstico del TDAH, si bien el examen puede poner de manifiesto rasgos de entidades específicas que cursen con TDAH, no determina en sí el padecimiento de éste. Habitualmente los hallazgos neurológicos son normales o sólo con mínimas disfunciones perceptivo-motoras, de coordinación o tics. Durante el examen puede o no ser apreciable la hiperactividad, ya que muchos niños están expectantes ante la consulta y se comportan de manera distinta a como lo hacen en su medio habitual.

La realización de exámenes complementarios analíticos, electroencefalográficos o radiológicos no basados en hallazgos clínicos no está indicada y sólo tendría fundamento en una sospecha de diagnóstico diferencial (Pérez & López, 2006).

## 2.4 Criterios del DSM-IV

La Asociación Americana de Psiquiatría publica un manual en el que se resumen algunos de los criterios que los profesionales deben tener en cuenta para diagnosticar los trastornos humanos. Debido a que este manual llamado por sus siglas en inglés DSM-IV, es una de las opciones de mayor elección para el diagnóstico de trastornos de distintas índoles, se hará una breve descripción de los criterios que dicta en cuanto al TDAH, sin embargo, esto no quiere decir que sea la única fuente a la que se puede ni debe acceder para llevar un correcto diagnóstico (Vives, 2007).

De acuerdo con la APA, con el fin de ser objetivos al valorar los síntomas de desatención e hiperactividad propios de un TDAH, se deben seguir las siguientes recomendaciones:

1. Responder el cuestionario de la figura 1
2. Valorar las respuestas del cuestionario anterior comprobando si el niño cumple los criterios que el DSM-IV considera requisitos imprescindibles para sospechar la existencia de un Déficit de atención con Hiperactividad.

En el caso de que efectivamente el niño cumpla todos los criterios que dicta el DSM-IV, todavía es necesario realizar una exploración más completa y multimodal, por ejemplo, con otras pruebas psicológicas, neuropsicológicas e incluso neurofisiológicas, para determinar si realmente es un niño con déficit de atención e hiperactivo.

<b>Instrucciones:</b>		
Rodee con un círculo la palabra SÍ si el niño presenta ese tipo de conducta y NO si no la presenta.		
<b>1. DESATENCIÓN</b>		
a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares	SÍ	NO
b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en los juegos	SÍ	NO
c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente	SÍ	NO
d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones (pero no por rebeldía o por incapacidad de entender las instrucciones)	SÍ	NO
e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades	SÍ	NO
f) A menudo evita, le disgusta o es reacio a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (tareas escolares o de casa)	SÍ	NO
g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, lápices, libros)	SÍ	NO
h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes	SÍ	NO
i) A menudo es descuidado en las actividades diarias	SÍ	NO
<b>2. HIPERACTIVIDAD</b>		
a) A menudo mueve en exceso manos y pies, o se remueve en su asiento	SÍ	NO
b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera esté sentado	SÍ	NO
c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones que es inapropiado hacerlo	SÍ	NO
d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio	SÍ	NO
e) A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor	SÍ	NO
f) A menudo habla en exceso	SÍ	NO
<b>3. IMPULSIVIDAD</b>		
g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas	SÍ	NO
h) A menudo tiene dificultades para guardar turno	SÍ	NO
i) A menudo interrumpe o inmiscuye en las actividades de otros (p.ej. conversaciones de otros).	SÍ	NO

**FIGURA 1. Cuestionario propuesto para el diagnóstico del TDAH (APA, 2000)**

Además, el DSM-IV considera que para que un niño pueda ser diagnosticado con este trastorno debe de cumplir los cinco puntos siguientes:

1. Debe reunir los criterios siguientes:

**Desatención:** el niño debe manifestar seis o más de los síntomas que aparecen en el apartado de desatención del cuestionario (más de seis respuestas SÍ). Los síntomas deben haberse observado por lo menos

durante seis meses y con una intensidad que no es normal para su nivel de desarrollo.

**Hiperactividad e impulsividad:** el niño debe presentar seis o más de los síntomas que aparecen en los dos últimos apartados. Los síntomas también deben haberse observado por lo menos durante seis meses y con una intensidad que no es propia en un niño de su nivel de desarrollo independientemente de su edad cronológica.

2. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones deben estar presentes antes de los 7 años.

3. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (la escuela y casa).

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

5. Los síntomas pueden aparecer de forma aislada o asociados a otros trastornos como los trastornos generalizados del desarrollo, la esquizofrenia o el trastorno psicótico y aunque pueden presentarse junto con otro trastorno, no se explican por la presencia del mismo (por ejemplo trastorno del estado de ánimo o de ansiedad).

Estos cinco puntos son los exigidos por la Asociación Americana de Psiquiatría para un diagnóstico de TDAH. No obstante, esto no quiere decir que un niño del que desconocemos la historia pasada, o que es demasiado pequeño para mostrar un deterioro significativo de la vida social o escolar, no pueda ser diagnosticado y sobre todo, intervenido terapéuticamente.

La evaluación del TDAH resulta un aspecto complejo, no sólo por los requerimientos que dicho trastorno exige en torno a su conocimiento para la detección, sino también por la interdisciplinariedad con la que debería abordarse, y que por desgracia, muchas veces no se lleva a cabo (Félix V. , 2006)

Es importante hacer énfasis en que se debe valorar el TDAH desde todas las dimensiones (social, cognitiva, comportamental, etc.) además de indagar sobre los posibles trastornos asociados que aparezcan, para así poder planificar una intervención más ajustada, tanto psicológica como farmacológica en caso de ser necesaria (Brown, 2000).

Dentro de la exploración y valoración del niño con TDAH, hay que tener en cuenta que no todo niño inquieto y despistado tiene TDAH. Por tanto, es necesario hacer diagnóstico diferencial con otros padecimientos que pueden ser confundidas con el TDAH (MCI, 2010), puesto que los síntomas del TDAH pueden aparecer en una amplia variedad de trastornos como: retraso mental, trastornos de aprendizaje, trastornos generalizados del desarrollo, trastornos del comportamiento, trastorno de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, factores ambientales y trastornos médicos.

ÁREAS	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRASTORNOS ASOCIADOS
Biológica	Déficit sensoriales, visuales y auditivos
	Uso de medicamentos que afectan la atención: antihistamínico, fenobarbital, etc.
	Problemas tiroideos
	Retardo mental
	Tumores o abscesos del lóbulo frontal
	Injurias y lesiones del SNC
	Intoxicación por plomo
	Prematuridad
	Características asociadas a temperamento
Funcional	Trastorno oposicionista desafiante
	Trastorno de conducta
	Trastorno de ánimo
	Trastornos adaptativos con conductas disruptivas
	Trastornos de ansiedad
	Trastornos de personalidad
	Trastornos obsesivos-compulsivos
	Trastornos maniáticos o bipolares
De desarrollo	Hiperactividad, inatención, control de impulsos según la edad.
Problemas familiares o del ambiente	Problemas atribuibles al colegio, metodológicos, etc.
	Crisis familiares: separaciones, adicciones, abuso, maltrato, etc.
	Patologías familiares
	Problemas de estilo de crianza, ambientes caóticos, ausencia de normas

**Tabla 1. Trastornos asociados con el TDAH (Inostroza, 2009)**

Inostroza (2009), propone la revisión de la tabla 1, como apoyo para un diagnóstico diferencial, explorando áreas en busca de diferentes grados de asociación con otros trastornos y/o superposición de síntomas con el TDAH.

Siempre y cuando sean analizadas cada una de estas variables o factores intervinientes y además se tenga claro mediante una serie de instrumentos de observación o mediante un diagnóstico por un equipo multiprofesional (neurólogo, psiquiatra, psicólogo y pedagogo) se podrá estar seguro de comenzar con el tratamiento (Inostroza, 2009).

Finalmente, resulta crucial que los terapeutas establezcan una comunicación positiva con los pacientes y sus familiares y busquen una relación de colaboración. Tanto los terapeutas como los pacientes deben emplear intervenciones basadas en las evidencias. Se debe tener en mente que cada persona es única, y que sus respuestas a las intervenciones varían. Todo acercamiento debe ser cuidadosamente monitoreado para promover la conformidad y los máximos beneficios (Félix V. , 2006).

### Capítulo 3. Tratamiento

Como se ha revisado, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un cuadro complejo que afecta a la totalidad del desarrollo psicoemocional, cognitivo y social del niño, por este motivo la intervención de este trastorno debe contemplar un amplio número de dimensiones.

Los reportes acerca del uso de servicios de salud en nuestro país muestran que los pacientes pueden tardar de ocho a 15 años en buscar atención especializada y que 15% de las personas con trastornos recurre a la automedicación. Algunos estudios epidemiológicos han mostrado que sólo el 25% de los padres de niños con síntomas de trastornos de conducta o del afecto consideraban que sus hijos necesitaban atención profesional, y de ellos, solamente el 13% acudió a los servicios de psicología (Caraveo-Anduaga, Colmenares-Bermúdez, & Martínez, 2002).

Según el Grupo Europeo Interdisciplinar para la Calidad en el TDAH (EINAQ), los objetivos del tratamiento deben ser: 1) reducir los síntomas, 2) reducir los síntomas asociados a otros trastornos, 3) reducir el riesgo de complicaciones, 4) educar al paciente y a su entorno sobre el trastorno, 5) adaptar al paciente a las necesidades del entorno, 6) mejorar las habilidades de afrontamiento de los pacientes, padres y educadores y 7) cambiar las percepciones desadaptativas (Lora, 2006).



De acuerdo con Orjales (2008) un programa de intervención adecuado debe:

- Ser elaborado de forma individualizada a partir de la información recogida en el informe diagnóstico, el cual deberá incluir toda la información básica derivada de una evaluación exhaustiva.
- Incluir todos aquellos dominios en los que el niño hiperactivo manifiesta algún problema, ya sea: cognitivo, emocional y comportamental.
- Determinar en qué medida éstas dificultades afectan el ámbito familiar, escolar y social.
- Ser enfocado desde un punto de vista personal (dirigido al niño), escolar (con técnicas diseñadas para el aula) y familiar (con asesoramiento sobre formas de crianza y programas específicos para los padres).

A causa de la heterogeneidad de las características y las necesidades de los que padecen el trastorno, es probable que diferentes tipos de planes de intervención sean apropiados para diferentes pacientes. Además, investigaciones recientes sugieren que las terapias con objetivos específicos son mejores para el TDAH cuando está asociado con otros trastornos (Tannok & Brown, 2000).

Cuando se escoge un tratamiento, con frecuencia resulta útil para los padres, los maestros y demás contextos sociales en los que se desenvuelve el paciente precisar conductas específicas y desafíos por enfrentar; una vez que se han identificado estos objetivos, es más fácil evaluar si las intervenciones son efectivas (Gutierrez, 2008).

Los tratamientos pueden incluir medicación, intervención psicológica y una combinación de éstas u otras terapias alternas. El estudio más importante que proporciona evidencia de la utilidad de combinar intervenciones psicosociales y farmacológicas en el tratamiento de este padecimiento es el estudio multicéntrico de tratamiento multimodal para niños con TDAH (MTA por sus siglas en inglés), cuyos resultados mostraron que una combinación de tratamientos es más efectivo en el manejo de este trastorno, a comparación del uso de cada uno de forma aislada (Palacios, de la Peña, Valderrama, & Patiño, 2011). A continuación se revisarán cada una de estas opciones.

### **3.1 Tratamiento farmacológico**

El tratamiento farmacológico, a pesar de tener tantos detractores, se presenta, hoy por hoy, como la primera elección en el tratamiento del TDAH. Son numerosas las investigaciones que han puesto en evidencia su superioridad, en cuanto a preferencia, frente a otras intervenciones, aunque esto no supone que no se tengan en cuenta. De hecho, el tratamiento debe ser siempre multimodal (Pozo, De la Gándara, García, & García, 2005).

Todos los expertos que utilizan la medicina basada en la evidencia están de acuerdo en que la farmacoterapia es un componente muy importante y delicado, por lo que debe diseñarse individualmente para cada niño y cada familia. Hoy se sabe que cuanto antes se trate el TDAH mejor es el pronóstico, como en la mayoría de los trastornos (Soutullo & Díez, 2007).

Los medicamentos estimulantes son uno de los psicotrópicos que se recetan e investigan con más frecuencia en el campo de la psiquiatría de niños y

adolescentes. Existe un incremento documentado del uso de este tipo de medicación para niños con TDAH que ha ayudado a un mejor reconocimiento del trastorno, a identificar los subgrupos y al hecho de que hay poco acceso a los servicios de salud, particularmente entre quienes no cuentan con un seguro (Biederman, López, & Chandler, 2002).

El término *estimulante* se refiere a las propiedades de estos fármacos de elevar el nivel de actividad o nivel de alerta del sistema nervioso central. Estos fármacos son estructuralmente similares a las catecolaminas cerebrales (dopamina, noradrenalina, etc.) y se llaman también simpaticomiméticos o analépticos porque imitan el efecto de estos neurotransmisores (Jerry, 2006).

Las personas muestran una amplia gama de respuestas a la medicación, por ejemplo, la medicación estimulante ha demostrado la mejoría de algunos síntomas específicos asociados al TDAH, en particular los estimulantes han demostrado ser efectivos para aumentar la atención y la concentración en los que padecen este trastorno (Tannok & Brown, 2000).

Carpi, Morgan, Arsenault y Tully (2004) sugieren que, en general, 90% de los niños y adolescentes con TDAH de origen genético responden favorablemente al medicamento, aunque, desafortunadamente, los estimulantes no elevan todos los resultados funcionales asociados con el TDAH, incluyendo los problemas con la conducta social y el rendimiento académico.

Numerosos estudios han analizado los efectos de la medicación estimulante sobre las habilidades intelectuales, la memoria, la atención y el aprendizaje de los niños. Estos estudios han mostrado que la medicación mejora

la atención, el control de los impulsos, la coordinación motora fina y los tiempos de reacción; algunos niños, además, muestran mejoras en su memoria a corto plazo (Barkley, Niños hiperactivos, 2002).

Cuando un niño con TDAH tiene que hacer tareas escolares, la medicación parece ayudarle a que trabaje con mayor eficacia y de una manera más organizada. Ninguna medicina puede mejorar, en el momento actual, la inteligencia, pero los estimulantes incrementan la habilidad del niño para demostrar lo que ha aprendido. En resumen, estos fármacos muestran su mayor influencia en las situaciones parecidas a las que se dan la escuela, aquellas en las que se requiere que el niño se concentre y agilice en las tareas que se le asignan (Biederman, López, & Chandler, 2002).

Debido a que la corteza prefrontal no está completamente desarrollada en los niños menores de seis años y los estimulantes generalmente ejercen sus efectos en esta región del cerebro, no está claro si son útiles para la población conformada por estos pacientes, dado que los órganos que los metabolizan son inmaduros (Orjales, 2008).

Apenas se dispone de estudios sobre el uso de los psicoestimulantes en edad preescolar y, en general, no se aconseja su empleo antes de los 6 años de edad, cuando el niño comienza la educación primaria. Una de las razones es que el cuadro observado puede responder a un retraso en el proceso de maduración y no a un auténtico TDAH. Otros motivos son su posible menor eficacia y mayor aparición de efectos adversos. En estos casos es preferible optar por otra modalidad de tratamiento y posponer la introducción de fármacos (Lora, 2006).

Pozo, De la Gándara, García, y García (2005) han evaluado la efectividad de la medicación estimulante en el TDAH cuando está asociado a trastornos del estado de ánimo y de ansiedad; los descubrimientos de estas investigaciones sugieren que las respuestas a las medicaciones son variables. Así los médicos deben monitorear activamente la respuesta a la medicación en todos los pacientes y deben proceder con un cuidado especial en caso de diagnósticos duales, en particular, el abuso de sustancias.

Un meta-análisis realizado por los *National Institutes of Health* reveló que entre la medicación primaria más adecuada para tratar TDAH se encuentran el metilfenidato, la dextroanfetamina y la pemolina combinadas con anfetamina (Soutullo & Díez, 2007). A continuación se describirán brevemente cada uno de estos medicamentos, entre otros.

- **Metilfenidato:** viene en presentaciones de tabletas de 5, 10 y 20 mg, y su duración es de entre tres y cuatro horas. La medicación debe comenzar con dosis bajas y aumentarse poco a poco en periodos de cuatro a cinco semanas.
- **Dextroanfetamina:** se vende en tabletas de 5 mg lo cual corresponde a 10 mg de metilfenidato. Los efectos benéficos de esta sustancia suelen durar cuatro horas, su medicación debe iniciar con dosis bajas e incrementarse hasta un periodo de cuatro semanas.
- **Pemolina:** está disponible en tabletas de 37.5 mg y puede ser una opción para pacientes que no responden al metilfenidato o a la dextroanfetamina. Los laboratorios que producen este medicamento recomiendan no usarlo como la primera opción contra el TDAH
- **Dextroanfetamina con anfetamina:** está disponible en tabletas de 5, 10, 20 y 30 mg y sus efectos duran entre 6 y 8 horas. La

mezcla que incluye compuestos salinos, prolonga la efectividad de la droga.

- **Atomexetina:** es otro medicamento que afecta los neurotransmisores de norepinefrina y no es considerado como estimulante, pues es un inhibidor potente del transportador presináptico de norepinefrina con afinidad mínima por otros receptores o transportadores de neurotransmisores o receptores, además es la única sustancia aprobada por el FDA (*Food and drug administration*) para el tratamiento de TDAH en adultos.

Las respuestas individuales a la medicación estimulante son muy variables y tanto los profesionales de la salud como los pacientes deben evaluar las respuestas a este tipo de tratamiento. Los estimulantes deben valorarse cuidadosa y gradualmente hasta que se alcance la dosis óptima, ésta llega a un nivel apropiado cuando se puede observar el máximo de los beneficios y los efectos secundarios mínimos. Durante el periodo de evaluación, la medicación debe realizarse durante siete días y en entornos diferentes, durante este lapso los pacientes y familiares deben intentar observar los efectos del medicamento y comparar estas observaciones con las exigencias ambientales (Rickel & Brown, 2008).

Los efectos secundarios de la medicación estimulante pueden incluir una disminución en el apetito, tics motores, problemas de sueño, dolores de cabeza, dolor de estómago, náusea, fatiga e irritabilidad. Muchos de estos efectos asociados con los estimulantes pueden ceder después de un periodo corto o pueden desaparecer si la dosis o la regulación de la administración se ajustan (Jerry, 2006).

Es importante que se proteja la privacidad del niño cuando requiera administrar los medicamentos contra el TDAH durante las horas de clase. Su administración debe incluir monitoreo cuidadoso y un seguimiento por parte de médicos, psicólogos, maestros y familiares con el fin de observar el efecto en los síntomas del TDAH (Barkley, Niños hiperactivos, 2002).

Los pacientes deben intentar suspender los medicamentos, por lo menos una vez al año, para reevaluar la necesidad de la medicación y para inhibir el desarrollo de la tolerancia a los estimulantes. Para los niños con TDAH, la suspensión de medicamentos, en general, se hace durante el verano y se motiva al niño a regresar a la escuela sin la medicación. Esto da a los padres y a los terapeutas la oportunidad de obtener una referencia sobre la conducta previa a la readministración del medicamento al principio del año escolar (Gratch, 2003).

Para suspender la medicación el paciente no debe presentar síntomas y debe tener habilidades para compensar las demandas personales, familiares, escolares o laborales (Lora, 2006).

Aunque la medicación es considerada el tratamiento más potente en términos de efectividad, no todos los niños la necesitan o la toleran y no todas las familias la aceptan, por lo que debe considerarse el tratamiento no farmacológico, que puede ser aplicado previamente y/o en paralelo al tratamiento farmacológico en los casos necesarios (Brown, 2000).

Según el informe de prensa de la "Plataforma Humanista contra el abuso de psicofármacos en los niños", el uso de psicofármacos a nivel mundial en niños ha crecido de forma alarmante. Por ejemplo, en Europa, en los últimos 7 años ha

aumentado el diagnóstico de niños hiperactivos e inatentos en un 9000%. A la vez que el aumento en la producción de metilfenidato, fármaco de elección para el tratamiento del TDAH, ha pasado de 2 a 16 toneladas. En España, hay meses en los que el consumo se acerca a 200kg del mismo producto y se estima que, de momento, hay 28 millones de niños afectados, en todo el mundo. España ocupa el tercer lugar en el mundo, por detrás de Estados Unidos y Canadá en número de prescripciones de antidepresivos, ansiolíticos, etc. a la población infantil. Ya no es raro que los niños y adolescentes se vean abocados al consumo de “psicodrogas” para superar dificultades evolutivas comunes, que ahora son catalogadas como “trastornos” (Dorado, 2009).

No es necesario ni conveniente utilizar medicación en todos los casos. La opinión más compartida es la de utilizar medicación cuando el origen principal del TDAH es genético o los métodos psicológicos no son suficientes. La medicación es más apropiada cuanto más hiperactivo es el niño, es decir, cuando está seriamente afectado (hiperactividad permanente), sin embargo no está indicada si el niño hiperactivo ha sufrido tics nerviosos, alteraciones del pensamiento, ansiedad y trastornos psicósomáticos. Tampoco se aconsejan en problemas de conducta en preescolares, ante comportamientos desafiantes e indisciplina (Orjales, 2008).

### **3.2 Atención psicológica**

Sería un error simplificar el tratamiento del TDAH únicamente a los psicofármacos. La necesidad de corregir hábitos requiere un tratamiento multidisciplinar coordinado y muchas veces crónico, de ser posible incluyendo a las personas cercanas al paciente, destinado a superar o mejorar las características y trastornos asociados. Por sus dificultades con el entorno, hay que



asociar el tratamiento psicosocial con todos los contextos en los que el paciente se desenvuelve (Valdizán & Izaguerri-García, 2009).

Del mismo modo que la farmacología, hay muchas formas de terapia psicológica que pueden ser útiles para los niños con TDAH, con base en los resultados obtenidos en un análisis de riesgos/beneficios realizado por la Asociación Americana de Psiquiatría, en el presente trabajo se propone la terapia cognitivo-conductual como una de las mejores opciones para el tratamiento del TDAH, lo que no quiere decir que otros enfoques o perspectivas no sean efectivas. (Schachar & Logan, 1990).

La terapia cognitivo-conductual para ser efectiva debe tener en cuenta el nivel de desarrollo cognitivo, las necesidades, los cambios del niño-adolescente y ponerse en práctica en cada lugar donde la dificultad esté presente durante largo tiempo. Además, quienes presentan éste trastorno también tienen otros síntomas psicológicos que pueden incluir depresión, agresión y ansiedad y la terapia se puede dirigir a aspectos de funcionamiento que tal vez no respondan ante una medicación estimulante (Lora, 2006).

Hay que recordar que el desarrollo del TDAH suele ser crónico, provocando un fuerte impacto en el ámbito familiar, social y académico del niño. El inicio de la escolarización y su transcurso posterior suelen ser eventos estresantes, ubicándolos en una situación de vulnerabilidad en la percepción de estrés. Siendo éste una variable relevante en el desarrollo infantil y adolescente ya que altos niveles de estrés diario se asocian con importantes consecuencias negativas de inadaptación emocional y psicopatologías, aumentando el riesgo de un agravamiento de las características en niños y adolescentes con TDAH (Bakker, Rubiales, & López, 2012).

La terapia psicológica aborda cuestiones comunes en los niños con TDAH, como la baja autoestima, el estrés y la autoeficacia. Muchas formas de intervención enfatizan aproximaciones psicoeducativas y recomiendan a los padres de los pacientes libros, videos o sitios en internet que brinden información accesible en relación con la etiología y tratamiento de dicho trastorno (Gutierrez, 2008)

El tratamiento psicológico consiste en intervenciones directas sobre el niño con TDAH para modificar su estado de ánimo o patrones cognitivos (Soutullo C. , 2008). Muchos niños con TDAH, en especial aquellos sin una intervención temprana, tienen que soportar que se les considere flojos, poco efectivos, en peligro, o no enfocados. Otros tal vez hayan reconocido sus déficit funcionales y atribuyan estas discapacidades a características inherentes y sin solución. Debido a que las personas afectadas por el TDAH con frecuencia internalizan los mensajes negativos, las intervenciones psicológicas pueden ayudar a encontrar y corregir los juicios equivocados y sus efectos en los esquemas de sí mismos (Barkley, Niños hiperactivos, 2002).

En otros casos, la terapia psicológica puede dirigirse a los problemas generados por el trastorno, como dificultades en la escuela o con la familia. Las técnicas de manejo conductual suelen ser útiles, en especial en niños pequeños, y se ha demostrado que son las técnicas más efectivas para el manejo de los síntomas del TDAH así como de las discapacidades asociadas con problemas funcionales, por ejemplo el tener sus relaciones sociales afectadas (Jerry, 2006).

Normalmente, los síntomas del TDAH provocan conflictos familiares o constituyen un reto para mantener amistades; éste trastorno puede afectar las habilidades paternas y los padres de los pacientes pueden llegar a requerir orientación y monitoreo (Brown, 2000).

La terapia cognitivo-conductual puede ser útil en los casos con TDAH por su énfasis en la estructura y su refuerzo de las conductas positivas. Esta terapia incluye intervenciones que se enseñan a los padres y a los maestros. Los niños han demostrado un mayor nivel de cambio en la conducta cuando reciben respuestas constantes por sus acciones. Los métodos de terapia cognitivo-conductual incluyen habilidades de manejo para los padres y maestros, manejo de la contingencia (como “tiempo fuera” y refuerzo positivo) y tratamientos que apunten a las habilidades sociales y a la solución de problemas (Rickel & Brown, 2008).

En las pasadas tres décadas muchos estudios han sugerido que los efectos de un manejo conductual excesivamente controlado equivalen a dosis de bajas a moderadas de medicación estimulante. A diferencia de los estudios sobre medicación estimulante, los estudios sobre tratamientos conductuales se han enfocado en las discapacidades funcionales asociadas con el trastorno y se cree que sus efectos median los resultados a largo plazo, incluyendo las prácticas de los padres, las relaciones con compañeros y el funcionamiento en la escuela (Jerry, 2006). La tabla 2 ilustra algunas de las técnicas conductuales que según Rieff y Tippins (2004) pueden ser útiles para niños con TDAH.

Los programas de manejo conductual incluyen el entrenamiento paterno e intervenciones basadas en la escuela. A continuación se revisarán cada una de éstas.

<b>TÉCNICA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>EJEMPLO</b>
<b>Refuerzo positivo</b>	Dar premios o privilegios dependiendo del rendimiento de los niños.	El niño completa una tarea y se le permite jugar.
<b>Tiempo fuera</b>	Se quita el acceso al refuerzo positivo contingente por la realización de una conducta no deseada o un problema.	El niño golpea a un familiar y se le pide que se siente por 5 min en la esquina de la habitación.
<b>Costo de respuesta</b>	Retirar los premios o privilegios contingentes por la realización de una conducta no deseada o un problema.	El niño pierde los privilegios de esparcimiento por no terminar la tarea
<b>Bono económico</b>	El niño gana premios y privilegios contingentes por la realización de una conducta deseada. Este tipo de refuerzo positivo puede combinarse con el costo de respuesta, donde el niño puede perder privilegios debido a una conducta no deseada.	El niño gana estrellas por completar tareas y pierde estrellas por moverse de su asiento. El niño cambia las estrellas al final de la semana por un premio.

**Tabla 2- Técnicas conductuales efectivas para niños con TDAH  
(Rieff y Tippins, 2004)**

### **3.2.1 Entrenamiento paterno**

Es importante recordar siempre que el tratamiento del TDAH necesita de especialización, es decir, formar, entrenar y trabajar con todos los agentes involucrados en el desarrollo del paciente. Para ello, es fundamental el papel de los mediadores, estos son: los profesores y los padres, siendo de primordiales éstos últimos (Miranda, 2012).

En los últimos años se ha evidenciado que la intervención dirigida a padres es decisiva en la modificación de los problemas de conducta surgidos en edades tempranas, que en muchas ocasiones reflejan el comienzo de una trayectoria antisocial. En este ámbito, el entrenamiento de padres se plantea como una de las modalidades de intervención mejor investigadas y consideradas de mayor calidad por la literatura científica (Robles & Romero, 2011).

Forehand y McMahon han publicado abundantes artículos de carácter experimental en el área de la terapia, especialmente sobre el entrenamiento de los padres en el manejo conductual. Su abordaje se ha aplicado en múltiples contextos por equipos de investigación independientes y ha demostrado ser útil para modificar trastornos, como el caso del TDAH, potenciando el comportamiento social en los niños tanto en su hogar como fuera de él, además, se ha observado que induce un efecto preventivo en los hermanos más pequeños (Carpi, Morgan, Arsenault, & Tully, 2004) .

El entrenamiento a padres en el manejo conductual ha demostrado una eficacia empírica notable en el tratamiento del TDAH. Este abordaje terapéutico se centra en las habilidades insuficientes de los padres para el manejo de los conflictos ocasionados por dicho padecimiento en sus hijos, mediante el refuerzo del comportamiento deseado y considerado como adecuado tanto en padres como en niños (Rieff & Tippins, 2004).

Los principios fundamentales del entrenamiento de los padres en el manejo conductual son la definición precisa de la conducta del niño, el énfasis en el comportamiento prosocial, el rechazo del comportamiento perturbador, la

administración de refuerzos tangibles, el uso de métodos no violentos de castigo y la anticipación o resolución de los problemas. La conducta más importante del niño sobre la que se actúa es su incumplimiento de normas (Jerry, 2006).

Las intervenciones están fundamentadas en la observación sistemática del comportamiento del niño e incluyen los refuerzos positivos del comportamiento deseado (aproximación sucesiva de las conductas terminales), el uso de premios como incentivos y la potenciación de las habilidades de resolución de problemas, además, se estimulan las negociaciones, los compromisos y los pactos (Gutierrez, 2008).

La mayor parte del trabajo en este campo está destinado a trabajar con programas dirigidos a padres, mediante los "PPP" (Programas de Paternidad Positiva). Cuando en la dinámica familiar los padres están poco o nada involucrados en la crianza del paciente, dichos programas de intervención van dirigidos al o los cuidadores directos encargados de la educación del niño diagnosticado con TDAH, sin embargo, los estudios demuestran que se tiene mayor efectividad cuando en estos casos de ausencia parental se logra la participación en su totalidad de los padres (Miranda, 2012).

Estos programas basan su fundamentación en técnicas de modificación de conducta. Los PPP son un método para proporcionar de manera positiva una directriz esencial y una disciplina. De acuerdo con Miranda (2012) existen 3 programas de referencia en este campo: El "triple P" (Programa de Paternidad Positiva) de Sanders et al., 1998 The New Forest Parenting Programme (NFPP) del grupo de Weeks et. al., 1999, y el Programa Incredible Years Parent Training Programme De Webster-Stratton 1982; Webster-Stratton & Hancock 1998. A

continuación se revisarán brevemente los objetivos y formas de trabajo de cada uno de éstos:

**a) El "triple P" (Programa de Paternidad Positiva) de Sanders et al. 1998**

- Proveer información psicoeducativa a los padres.
- Enseñar a los padres estrategias conductuales.
- Enseñar a los padres técnicas para identificar y controlar conductas problemáticas (conductas diana).
- Enseñar a los padres que no necesitan técnicas diferentes a las empleadas con niños sin TDAH, simplemente es necesario pausar el ritmo: "necesitan más intentos para establecer aprendizajes".
- Enseñar a reforzar las conductas prosociales a través de refuerzos positivos.
- Enseñar a discriminar conductas negativas a través de técnicas de castigo, tiempo fuera, ignorar, etc.
- Identificar los factores de riesgo parental (depresión, falta de apoyo, estrés, sobrecarga emocional, escasas y malas habilidades de afrontamiento, etc.)
- El programa enseña a los padres técnicas de reestructuración cognitiva, manejo del estrés, habilidades de comunicación, estrategias de afrontamiento. Es importante recordar, que los padres con niños con TDAH están sometidos a niveles de estrés, presión y sobrecarga muy elevados, y es fundamental atender y entrenar el bienestar de los padres y familiares.

**b) The New Forest Parenting Programme (NFPP) de Weeks et.al, 1999**

- Combina las técnicas de modificación de conducta además de enseñar cómo actuar y la importancia del juego como herramienta para transmitir conocimientos y entrenar funciones como la memoria, atención, funciones ejecutivas, etc.
- Entrenamiento a padres combinando técnicas tradicionales y técnicas de modificación de conducta.

- Enfoque naturalista: se aplica en casa (entorno natural del niño.)
- Los resultados obtenidos con la aplicación de este programa recogidos en diferentes estudios empíricos indican que se dan mejoras conductuales: produciendo hasta un 40% de cambio clínicamente significativo con estos programas psicosociales.

**c) Incredible Years parent Training Programme de Webster-Stratton, 1982**

- Los problemas Diana se vinculan con diversas técnicas novedosas de intervención como el uso de videos.
- Este programa logra más del 52% de cambios positivos.

Como conclusión, los programas de entrenamiento para padres han demostrado su eficacia (probada en estudios de investigación, en la práctica clínica y en la práctica en los hogares con las familias), se mantienen los beneficios y los cambios en el tiempo, reducen las características y el impacto del TDAH en niños escolares, tienen el inconveniente de la disponibilidad horaria: altas tasas de absentismo y abandono a la mitad del programa por parte de los padres. A veces los padres tienen dificultades a la hora de implantar o manejarse con las estrategias: importancia de la formación en las técnicas y una preparación previa.

Hoy en día se ha demostrado la solidez del entrenamiento de padres en la promoción de cambios positivos en la conducta del niño y de los padres, relacionados principalmente con el desarrollo de conductas prosociales en el niño. Asimismo, los programas de entrenamiento de padres evidencian una clara eficacia en la mejora de las interconexiones diarias entre padres e hijos y en las conductas y actitudes parentales, favoreciendo, de este modo, la ruptura de los ciclos de coerción. Al mismo tiempo, existen otros beneficios derivados de este tipo de intervención en otros aspectos implicados en la dinámica familiar, como la



comunicación, la resolución de problemas y la resolución de estrés parental (Robles & Romero, 2011).

### 3.2.2 Intervenciones escolares

Barkley (2002) afirma que al intervenir en niños con TDAH, habitualmente son necesarias las intervenciones educativas en la escuela para adaptar los requisitos curriculares o elaborar modificaciones en el aula, por ejemplo ampliar el tiempo para los exámenes, ofrecer formas de instrucción alternativas y/o adicionales, ofrecer ayuda para las habilidades de estudio, la organización y planificación de las tareas, etc. Basándose en Gutierrez (2008) las modificaciones e intervenciones en la escuela se diseñan para estudiantes individuales por parte de equipos de educadores en colaboración con el paciente y con sus padres, dando recomendaciones de:

- **Lugares estratégicos de trabajo:** es importante que el niño con dificultades para mantener la atención se sienta cerca del profesor, sin que esto se interprete como un castigo. También debe estar lejos de la puerta y las ventanas para minimizar los estímulos visuales y auditivos distractores. Es conveniente que estos niños trabajen con compañeros que les sirvan de modelos.

- **Manejo de la clase:** las normas y expectativas del profesor deben ser transmitidas al niño de forma explícita y clara. También es importante que se recuerden con frecuencia las normas y que el profesor proporcione feedback acerca de cómo lo está haciendo el niño. Los niños con TDAH

necesitan figura de autoridad, no autoritaria, y siempre desde una postura afectuosa y paciente. A la hora de presentar las materias es importante solicitar al niño que lleve a cabo apuntes tipo resúmenes de lo aprendido anteriormente y vincularlo con los temas nuevos.

- **Entrenamiento en habilidades básicas y funciones deficientes:** implica actuar especialmente sobre aspectos fundamentales que inciden sobre el aprendizaje del niño como la atención, la concentración, el pensamiento analítico, las habilidades instrumentales básicas, la autodirección y el control de la propia tarea.

Otras estrategias utilizadas como terapias adicionales a la modificación de la conducta recomendables para el tratamiento del TDAH son la terapia ocupacional, el apoyo pedagógico, la terapia de familia, la escuela para padres y la fonoaudiología (Palacio, Botero, Muñóz, Vásquez, & Carrisoza, 2009).

El bajo rendimiento escolar está fuertemente relacionado con una autoestima baja en los pacientes con TDAH. Establecer una relación positiva entre el maestro y el alumno es imprescindible, debe basarse en el afecto, la comprensión, el respeto y la ayuda. Además de reforzar una autoestima alta, el tener el aprecio positivo de un maestro animará al estudiante a esforzarse más en su trabajo, tanto para cumplir con los requisitos curriculares, como para su propia satisfacción. Los maestros deben buscar los terrenos en los que el estudiante con TDAH puede sobresalir al aportar algo a los demás (Barkley, Niños hiperactivos, 2002).

Para finalizar, es importante mencionar que Palacios, de la Peña, Valderrama y Patiño (2011) realizaron una encuesta sobre las opciones en la búsqueda de atención por parte los padres de niños con TDAH, encontrando que una mayor proporción señalaron que consultarían a un médico, principalmente psiquiatra o psiquiatra infantil para el diagnóstico y tratamiento, y sólo el 20% o menos indicaron que acudirían con un psicólogo como primer paso, lo que muestra que en México la población poco considera a los psicólogos como especialistas para la atención del TDAH. La preferencia de atención por un médico manifestada por los padres de los pacientes muestra que la población conceptualiza al TDAH como un trastorno de raíces principalmente biológicas.

Si bien es limitado el número de estudios revisados sobre la eficacia de un abordaje multimodal en el tratamiento del TDAH. Diversas formas de intervención psicosocial, tales como, el entrenamiento conductual a padres y docentes, la enseñanza al infante de técnicas de autorregulación y autocontrol, han demostrado ser una alternativa más adecuada que el tratamiento farmacológico. Sumado a esto, la persistencia de las características asociadas a dicho trastorno a lo largo del desarrollo, y el riesgo que ésta implica para el desarrollo de posteriores patologías en la adolescencia y la adultez, hacen necesaria la implementación de estudios longitudinales que a través de abordajes terapéuticos multimodales sostenidos en el tiempo, posibiliten tanto la reducción de las características del TDAH como el adecuado desenvolvimiento social, afectivo y académico de los individuos (Stelzer, Mazzoni, Cervigni, & Martino, 2010).

Cabe comentar que el modo más eficaz de ayudar a niños con TDAH es mejorar el clima familiar y las habilidades de los padres para controlar comportamientos anómalos y eliminar las interacciones negativas entre niños y adultos (para evitar las comunes experiencias de fracaso y rechazo que sufren estos niños). A veces resulta difícil tolerar a los hijos y se suele perder el control.

En estos casos, el enfadarse e irritarse, más que resolver el problema suele agravarlo. Hay que controlar las propias emociones y asumir que estos niños requieren mayores dosis de calma, paciencia y flexibilidad que los niños sin TDAH. Pero esto no basta, además hay que adoptar normas apropiadas de actuación que incluyan tanto establecer reglas explícitas, como administrar castigos cortos pero eficaces (Jerry, 2006).

En general se considera que el 80% de los niños con TDAH tienen un pronóstico favorable a largo plazo, siempre y cuando antes de la adolescencia se corrijan los problemas comportamentales y académicos asociados. De los niños que no reciben ningún tratamiento o lo reciben incompleto, el 80% tienen un mal pronóstico a largo plazo, con aparición de trastornos explosivos de la conducta en la adolescencia, trastorno disocial de la conducta, trastorno de la personalidad de tipo delictivo, alcoholismo, farmacodependencia, inestabilidad laboral y dificultad en las relaciones personales (Vélez-Álvarez & Vidarte, 2012).

También es importante mejorar la cantidad y la calidad de la información acerca del TDAH y su tratamiento dada a los padres de los pacientes, para que sus decisiones terapéuticas sean más informadas y tengan un mejor efecto sobre el pronóstico del paciente.

## Conclusiones

El Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad (TDAH) es actualmente el trastorno infantil más diagnosticado a nivel mundial, pero también la entidad clínica más rodeada de prejuicios y opiniones que sólo reflejan un firme desconocimiento del tema.

Estudios como los de Hirfanoglu (2008) y Jawaid (2008) en diferentes partes del mundo, han evaluado la percepción y actitud de pediatras, médicos generales, psiquiatras, profesores e incluso algunos psicólogos sobre el TDAH, así como el nivel de conocimientos sobre guías clínicas de manejo y la capacidad para educar a los familiares sobre el diagnóstico, los cuales sugieren la idea de que los profesionales de la salud en la actualidad carecen de conocimientos adecuados para la detección, diagnóstico y tratamiento del TDAH.

Es tal la dimensión del problema que ha llamado la atención de la ONU, la UNICEF y la OMS, al detectar un incremento, poco justificado, en el diagnóstico del TDAH y de los tratamientos farmacológicos asociados, considerándolo un problema de salud pública que no sólo afecta la esfera física y psicológica del paciente ahora etiquetado, sino al entorno familiar y social en el que se desenvuelve.

Por tanto, se considera de suma importancia, con una revisión bibliográfica adecuada, ampliar el panorama de algunos aspectos alrededor del TDAH y sus implicaciones, minimizando así el número de diagnósticos erróneos y, por tanto, de tratamientos mal empleados, que pueden desembocar en consecuencias aún más graves para quien lo padece.

De acuerdo con la literatura, el TDAH al ser un trastorno que describe conductas que han existido siempre, filogenéticamente hablando, en la mayoría de los niños, se dificulta su delimitación y especificidad, provocando que algunos autores lo consideren una entidad inventada, producto artificial de la sociedad moderna o una mala adaptación al entorno.

Durante años se ha creído que el TDAH, caracterizado por la dificultad para mantener la atención y un exceso de movimiento e impulsividad, se reduce a un trastorno del neurodesarrollo y con bases puramente genéticas, sin embargo, se debería poner más atención a los detalles psicosociales que rodean al niño para encontrar la verdadera raíz de su mal comportamiento.

Bajo esta misma línea, se puede decir que dicho desconocimiento de las causas reales del TDAH y la sobrevaloración tendiente en los últimos años, está convirtiendo a los niños en “enfermos” sin necesidad de serlo y los está llevando a ser parte de tratamientos que más que aportarles un beneficio les causa un daño tanto a él como al contexto. Asimismo, los efectos de un mal diagnóstico se pueden englobar en físicos, psicológicos y económicos.

Se estima que en México, 1.5 millones de niños y adolescentes podrían presentar características del TDAH, representando éstos el 30% de las consultas atendidas en los servicios de psiquiatría infantil del país. Cuando se analiza el incremento de casos diagnosticados como TDAH, puede atribuirse a distintos factores como: un mayor conocimiento del tema, una detección más precoz por parte de los padres y educadores, o bien porque no se está realizando un diagnóstico adecuado y se etiqueta a niños con TDAH que no lo son.

Actualmente, se cree que resulta más conveniente creer que dicho incremento en el número de niños con problemas conductuales se relaciona con el modo de vida de la sociedad actual, en la que los modelos televisivos, de internet, publicidad, videojuegos, entre otros, favorecen refuerzos externos inmediatos, la sociedad de consumo y materialista poco estimulan la atención sostenida, la cultura del esfuerzo, el desarrollo de un mejor autocontrol y actitudes reflexivas en los niños. Aunado a esto, el tiempo invertido por parte de los padres en una educación más asertiva, basada en límites, mejores modelos de conducta y sobre todo afecto, es cada vez más escaso debido al modo de vida apurado que el país mexicano industrializado ha generado.

Sumado a todo lo anterior, los profesionales (psiquiatras, psicólogos y profesores) están cayendo en el error de quedarse con los primeros resultados, dejando de lado la importancia de revisar otras posibles causas de las características y con ello el diagnóstico diferencial, con el que se pueden encontrar otros déficit biológicos, funcionales, del desarrollo e incluso familiares y/o del ambiente, siendo todos estos, origen de otras entidades clínicas, que por lo tanto requieren otro tipo de intervención.

Como ya se había hecho mención, la importancia de un diagnóstico claro, preciso y profesional, garantiza el encontrar alternativas de mejora para el niño. Los profesionales que participen en dicho esfuerzo deben contar con la experiencia necesaria para una conclusión certera. Por otro lado, el equipo experto que reciba el diagnóstico para su tratamiento, debe sugerir seguimiento en el tiempo adecuado para revisar avances y mejorar tanto estrategias como medicación, si es el caso.

Al proponer un plan de intervención, se debe tener en cuenta que el TDAH no solo afecta a la esfera física, psicoemocional o cognitiva del niño, sino a un amplio número de dimensiones, por lo que el tratamiento no debe estar guiado en una sola línea, lo que sucede con la farmacoterapia, que si bien ayuda en la mejora de algunos síntomas asociados al TDAH de origen neurológico, no auxilia en los problemas de conducta social, funcionalidad familiar o rendimiento académico.

El uso de medicamento en menores ha crecido de forma descontrolada a nivel mundial, por ejemplo, en la última década el diagnóstico de niños hiperactivos se ha aumentado hasta 90 veces.

Hay que recalcar que no es conveniente ni necesario utilizar medicación en todos los casos, éste debe ser un recurso al que se acude cuando los métodos educativos y psicológicos no son suficientes. El niño medicado se muestra sedado, aparentemente mejor comportado, pero en la realidad, los psicoestimulantes no corrigen hábitos ni mejoran el desenvolvimiento social del paciente, sólo actúa como una solución rápida y “a la mano”, más no efectiva.

Debido a que los niños diagnosticados con TDAH fácilmente internalizan los mensajes negativos derivados de las etiquetas comunes como “rebelde”, “niño problema” “perturbado” entre otras, las intervenciones psicológicas pueden ayudar a encontrar y corregir los juicios equivocados y sus efectos en los esquemas de sí mismos. La terapia psicológica aborda cuestiones comunes en los niños con TDAH, como la baja autoestima, el estrés y la autoeficacia.



En casos de niños con TDAH se hace necesaria la participación de padres y maestros en el tratamiento, recibiendo orientación y alternativas de manejo de la situación, informándose sobre el trastorno. Así, la integración familiar de un niño con TDAH, se constituye en un eje central del proceso educativo que regulará de una u otra forma su desarrollo y requerirá por lo tanto de mucha atención, pues de la manera como se haga, dependerán en gran parte los logros del niño, de los padres y del maestro.

Por otro lado, el entrenamiento paterno, acompañado de intervenciones escolares, son consideradas por la literatura como las de mayor calidad, ya que el orientar a los padres y educadores sobre formas correctivas, manejo de conflictos, refuerzo del comportamiento deseado, entre otros, no sólo garantiza la promoción de cambios positivos en la conducta del niño y de los padres, sino que mejora el ambiente familiar, favorece la comunicación, desarrolla conductas prosociales en el pequeño, mejora las interconexiones padres e hijos, incrementa las habilidades parentales y con ello se genera la ruptura de los ciclos de coerción.

En el aspecto académico, investigaciones demuestran que la solución más viable consiste, en primer lugar, en visualizar al niño como una persona exitosa, conjuntamente con el desarrollo de técnicas de estudio y estrategias para mejorar la capacidad de recepción y asimilación de la información, además de la adquisición de técnicas de escucha, seguimiento de instrucciones, lectura analítica, organización de tiempo, pensamiento reflexivo, autoevaluación, terapias complementarias, etc.

Las formas de intervención psicosocial, tales como, el entrenamiento conductual a padres y docentes, la enseñanza al infante de técnicas de autorregulación y autocontrol, han demostrado ser una alternativa más adecuada

que el tratamiento farmacológico, ya que posibilitan tanto el alivio de las principales características del TDAH como el adecuado desenvolvimiento social, afectivo y académico de los individuos.

Como se puede observar, el TDAH es un trastorno tratable. Las terapias, la educación y algunas veces la medicación pueden ser muy útiles. Tratar con el TDAH puede ser una batalla, sin embargo, si se trabajan y desarrollan buenas estrategias adecuadas para enfrentarlo, se pueden lograr minimizar los efectos negativos a lo largo de toda la vida.

Finalmente, queda claro que las ideas, principalmente en cuanto a las causas, por las que ha sido guiada la evolución del TDAH durante muchos sólo han fracturado su historia y afectado a una gran parte de la población mundial, que al ser mal prescrita no ha logrado un desarrollo, físico, emocional y social íntegro, por lo que es necesario fomentar la capacitación constante sobre el TDAH, en lo que respecta a un verdadero conocimiento de los factores que lo causan, la realización de diagnósticos etiológicos y diferenciales exhaustivos y la elección de los tratamientos adecuados que muestren ser efectivos en todos los ámbitos implicados.

## Referencias

- Abarca, S. (2007). *Psicología del niño en edad escolar*. Costa Rica: EUNED.
- Amador, J., Forns, M., Guardia, J., & Però, M. (2006). Estructura factorial y datos descriptivos del perfil de atención y del cuestionario TDAH para niños en edad escolar. *Psicothema*, 9 (2), 696-703.
- APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*. Washington, D.C.
- Bakker, L., Rubiales, J., & López, M. (2012). Percepción de estrés escolar y ritmo circadiano de cortisol en niños con TDAH. *Archivos de neurociencias*, 7 (1), 39-44.
- Barkley, R. (1997). *Niños desafiantes*. Madrid: Guilford Publications.
- Barkley, R. (2002). *Niños hiperactivos*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Biederman, J., & Faraone, S. (2005). *Attention Déficit Hyperactivity disorder*. Washington: The Lancet.
- Biederman, López, & Chandler, B. y. (2002). Niños con déficit de atención e hiperactividad. *Journal of Attention Disorders*. 1 (5)
- Brown, T. (2000). *Desorden por déficit de atención y sus comorbilidades*. Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Caraveo-Anduaga, J., Colmenares-Bermúdez, E., & Martínez, N. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud pública México*, 492-498.
- Carballo, M. (2011). *Coaching para quienes viven con TDAH*. México: Grupo Alfaomega.
- Carpi, A., Morgan, J., Arsenault, L., & Tully, L. (2004). Does maternal warmth moderate the effects of birth weight on twins' attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms and low IQ? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5 (3), 218-226.
- CIE-10. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Cruz, J. (28 de Mayo de 2013). *Aclarando lo de León Eisenberg*. Recuperado el 11 de Febrero de 2014, de Tratamiento educativo del TDAH: <http://educaciontdah.wordpress.com/2013/05/28/aclarando-lo-de-leon-eisenberg/>

- Dorado, A. (2009). ¿Hiperactividad o trastorno del vínculo? Historial de Marta, paciente de 8 años de edad. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, 6, 56-62.
- Félix, V. (2005). Perspectivas recientes en la evaluación neuropsicológica y comportamental del Trastorno por Déficit de Atención c/s Hiperactividad. *Revista electrónica de investigación psicoeducativa*, 215-232.
- Félix, V. (2006). Recursos para el diagnóstico psicopedagógico del TDAH y comorbilidades. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 623-642.
- García. (2011). Mejora de la atención precoz del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en población infantil del distrito Latina de Madrid. *Reduca (enfermería, fisioterapia y podología)*, 9 (11), 738-771.
- García, J., & Domínguez, J. (2012). ¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)? *Evidencias en pediatría*, 2 (4), 51.
- Gratch, L. (2003). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD)*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Gutiérrez, Q. (2008). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. España: Masson.
- Hirfanoglu, T. (2008). A study of perceptions, attitudes and level of knowledge among pediatricians towards attention-deficit/hyperactivity disorder. *Turk J Pediatr*, 9 (22), 160-166.
- Inostroza, F. (2009). El déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH/ADHS) desde un enfoque pedagógico. *Universidad católica de Chile*, 1-22.
- Jawaid, A. (2008). Knowledge of primary pediatric care provider regarding attention deficit hyperactivity disorder and learning disorder. *Signapore Med*, 4 (9), 985-993.
- Jensen, P. (1997). Evolutionary and revolution in child psychiatry: ADHD as a disorder of adaptation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1672-1679.
- Jerry, M. (2006). *Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. España: American Psychiatric Publishing.
- Joselevich, E. (2006). *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad*. Argentina: Editorial Paidós.

- Lora, A. (2006). El tratamiento del niño y adolescente con TDAH en atención primaria desde el punto de vista de la evidencia. *Revista pediátrica de atención primaria* , 5 (2), 69-114.
- Mardomingo, M. (2002). *Psiquiatría para padres y educadores*. España: Narcea.
- Martin, A. (2005). *The hard work of growing up with ADHD*. Madrid: Am J Psychiatry.
- Mayor, J. (2011). Trastorno por déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) Revisión ¿Hacia dónde vamos ahora? *Revista chilena de psiquiatría y neurología de la infancia y la adolescencia* , 11 (2), 144-154.
- MCI, M. d. (2010). *Guía de práctica clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes*. España: Arpirelieve.
- Miranda, A. (2012). *Fundación CADAH*. Recuperado el 5 de Mayo de 2014, de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tratamiento-psicologico-del-tdah-origen-tratamiento-e-intervencion-padres.html>
- Neuropsic. (s/f). *Neuropsic consultorios*. Recuperado el 30 de Abril de 2014, de <http://www.neuropsicologia.com.ar/evaluacion-neuropsicologica/>
- OMS. (1992). Trastornos Mentales y del Comportamiento. En OMS, *Clasificación Internacional de Enfermedades*.
- Orjales, I. (2008). *Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores*. Madrid: Grupo IMPRESA.
- Palacio, J., Botero, D., Muñoz, C., Vásquez, R., & Carrisoza, J. (2009). Hallazgos de una encuesta sobre la experiencia del manejo clínico del TDAH. *Revista Colombiana de psiquiatría* , 45 (9), 159-177.
- Palacios, L., de la Peña, F., Valderrama, A., & Patiño, R. (2011). Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental* , 5 (9), 149-155.
- Pérez, M., & López, M. (2006). Protocolos de neurología: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con o sin hiperactividad, manejo pediátrico. *Boletín de la sociedad de pediatría de Austria, Cantabria, Castilla y León.* , 12 (3), 249-257.
- PMFarma. (Septiembre de 2009). *Portal Iberoamericano de Marketing Farmacéutico*. Recuperado el 9 de Marzo de 2014, de <http://www.pmfarma.com.mx/noticias/3859-tdah-en-mexico-un-problema-de-salud-publica.html>

- Pozo, J., De la Gándara, J., García, V., & García, G. (2005). Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de psiquiatría y de psicología del niño y del adolescente* , 20-43.
- Psicomed. (Marzo de 2010). *Definición de trastorno mental*. Recuperado el 25 de Abril de 2014, de [http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv\\_int\\_def.html](http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv_int_def.html)
- Rickel, A., & Brown, R. (2008). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos*. México: Manual Moderno.
- Rieff, M., & Tippins, S. (2004). *A complete and authoritative guide*. American Association of Pediatrics.
- Robles, Z., & Romero, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de psicología* ,7 (3), 86-101.
- Schachar, R., & Logan, G. (1990). *¿Son los niños hiperactivos deficientes atencionalmente?* Madrid: TEA Ediciones.
- Solovieva, Y., Machinskaya, R., Quintanar, L., Bonilla, M., & Pelayo, H. (2009). *Neuropsicología y electrofisiología del TDA en la edad preescolar*. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Soutullo, C. (2008). *Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Soutullo, E., & Díez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Stelzer, F., Mazzoni, C., Cervigni, M., & Martino, P. (2010). Consideraciones sobre el abordaje terapéutico multimodal para el tratamiento del TDAH. *Congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología* , 9 (1) , 70.
- Tannok, R., & Brown, T. (2000). *Déficit de atención con desórdenes de aprendizaje en niños y adolescentes*. Washington: American Psychiatric Press Inc.
- Tello, S. (s/f). *El TDAH y la agresividad*. Barcelona: Fundación Adana.
- Valdizán, J., & Izaguerri-García, A. (2009). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Revista de neurología* , 95-99.

Vélez-Álvarez, C., & Vidarte, J. (2012). Tratamiento por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. *Revista Salud Pública* ,12 (3), 113-128.

Vives, M. (2007). *Psicodiagnóstico clínico infantil*. España: Universitat de Barcelona.

Williams, J. (2006). The evolution of hyperactivity, impulsivity and cognitive diversity. *J R Soc Interface* , 399-413.