



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**LO QUE LOS PADRES NECESITAN SABER ACERCA DEL DÉFICIT DE
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)**

T E S I S DOCUMENTAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
DELGADO VILLEGAS YDALIA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA
REVISORA DE TESIS: DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA.

SINODALES:
MTRA. MARÍA SUSANA EGUÍA MALO
LIC. DAMARIZ GARCÍA CARRANZA
MTRO. FRANCISCO JAVIER ESPINOSA JIMÉNEZ



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2018

Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-DGAPA-PAPIME.

PE 304917



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis papás Berenice y Guillermo, por sus consejos, por siempre buscar la manera de seguir apoyándome a pesar de las adversidades; que desde mis primeros pasos nunca han dejado de creer en mí, por su motivación, cariño, enseñanzas, y todo lo que no dejaré de agradecerles en toda la vida. Les dedico con todo mi cariño este logro, uno de los muchos que les seguiré compartiendo.

A mis hermanos, por brindar apoyo incondicional a su hermana más pequeña, que a pesar de estar cerca o lejos, cada uno me motivó a seguir adelante. También por todos esos momentos en los que no me dejaron tirar la toalla, por toda su confianza de lograr siempre más. Todos merecen estar aquí, por eso los menciono por orden de edad: Elvia, Nely, Adriana, Antonio, Hilda y Bere.

A ti Daniel, por ser el mejor compañero de vida, por aguantar, por estar ahí cuando no creía en mí, por ser mi sostén, porque siempre me ayudaste a tener los pies sobre la tierra, por brindarme todo tu cariño, compañía, comprensión y apoyo sincero. Sin duda, quiero seguir compartiendo más aventuras contigo.

A Roberto, mi mejor amigo desde el inicio de la carrera, por compartir todo el conocimiento y la mejor compañía en cada clase, por cada consejo que siempre son de gran ayuda. Gracias por tu amistad inigualable.

A la Dra. Eva, que, sin duda alguna, con toda su dedicación, asesoría, experiencia, paciencia, inspiración y por todo el apoyo desinteresado, hizo posible que pudiera presentar este trabajo. Le agradezco la confianza brindada y por hacerme parte de este gran proyecto.

A mi revisora la Dra. Mariana, por su amabilidad y disposición para brindar sus valiosas aportaciones que ayudaron darle forma a este proyecto.

A cada uno de mis sinodales, la Lic. Damariz, el Mtro. Francisco y la Mtra. Susana, por sus sugerencias y aportaciones a este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	II
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
MÉTODO.....	3
OBJETIVO GENERAL DEL TRABAJO	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL TRABAJO	3
CAPÍTULO 1	
EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) 5	
1.1 Antecedentes históricos de la nomenclatura del TDAH	6
1.2 ¿Qué es el TDAH?	10
1.3 Epidemiología.....	12
1.3.1 Edad de inicio	13
1.3.2 Curso	13
1.3.4 Prevalencia	14
1.3.5 Prevalencia según el género	15
1.3.6 Pronóstico.....	16

1.4 Etiopatogenia del TDAH.....	17
1.4.1 Factores de componente genético.....	17
1.4.2 Factores medio-ambientales.....	18
1.4.3 Factores psicosociales.....	19
1.4.4 El papel de la alimentación	20
1.5 El TDAH y síntomas asociados.....	20
1.5.1 Síntomas asociados.....	20
1.5.2 Comorbilidad.....	21
1.6 Impacto familiar, socio-emocional y económico del TDAH.....	22
1.6.1 Impacto familiar.....	22
1.6.2 Impacto socio-emocional	23
1.6.3 Impacto económico.....	24
CAPÍTULO 2	
DE LA SOSPECHA AL DIAGNÓSTICO DEL TDAH	26
2.1 Criterios diagnósticos.....	26
2.2 Proceso diagnóstico	31
2.3 Instrumentos de evaluación	32
CAPÍTULO 3	
TRATAMIENTO DEL TDAH	34
3.1 Tratamiento multimodal.....	35

3.2 Tratamientos psicológicos	36
3.2.1 Intervención psicoterapéutica	37
3.2.2 Psicoterapia de orientación psicoanalítica	37
3.2.3 Tratamiento cognitivo-conductual	38
3.2.4. Entrenamiento a padres.....	40
3.2.5 Terapia familiar	41
3.3 Tratamiento psicopedagógico	42
3.4 Tratamiento farmacológico	44
3.6 Consideraciones finales para el tratamiento	47
CAPÍTULO 4	
INTERVENCIÓN CON PADRES DE NIÑOS CON TDAH	49
4. 1 Explicando el TDAH a los padres	51
REFERENCIAS DEL ESTADO DEL ARTE.....	55
INTRODUCCIÓN A LA GUÍA	67
ANEXO I. GUÍA PARA PADRES DE NIÑOS CON TDAH.....	68

Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es la categoría diagnóstica infantil más emitida actualmente, debido a esto el papel de los padres es fundamental, ya que de ellos depende gran cantidad de decisiones e influencias que marcarán el desarrollo y bienestar del niño; son ellos quienes suelen identificar, en primera instancia, la sintomatología de los infantes. Este trabajo, además de dar cuenta de información actualizada acerca del TDAH, propone una guía para informar y orientar a padres de niños diagnosticados con TDAH, de tal modo que sea tanto una herramienta de ayuda de primera mano para la adecuada y oportuna orientación del proceso diagnóstico y de intervención del padecimiento de los niños, como para proporcionar, a los estudiantes y profesionales de psicología, sugerencias para trabajar con padres.

Palabras clave: *Guía de orientación, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, niños padres de familia.*

Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH, por sus siglas), además de ser uno de los más frecuentes en la infancia (Soutullo, 2004), tiene consecuencias negativas en todas las áreas de vida del niño. En la nueva versión del manual diagnóstico de enfermedades mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría ([APA], 2013), se define como un “patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo” (pp.33), del individuo que lo padece.

El déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno aún mal identificado, se estima que menos de la mitad de los pacientes afectados han recibido un diagnóstico apropiado, y aún dentro de éstos, pocos reciben un adecuado tratamiento (Piedrahita, Henao y Burgos, 2011). El que no se lleve un tratamiento pertinente puede estar relacionado con la escasa información del trastorno por parte de los profesionales de la salud y docentes, y aún más por los padres de familia (Secretaría de salud, 2002).

Roselló, García, Tárraga y Mulas (2003) mencionan que los padres, al identificar la gravedad y determinados aspectos clínicos del trastorno sienten la necesidad de buscar más asesoramiento que les brinde la posibilidad de adquirir herramientas para su identificación y canalización a un tratamiento profesional oportuno para sus hijos; sin embargo, es común que se enfrenten al desconocimiento o a información distorsionada, situación que dificulta la toma de decisiones adecuadas. Por otra parte, las probabilidades de identificar el problema dependen del efecto que los síntomas tengan en los ambientes (familiar, social, escolar) donde el niño se desarrolla.

Cornejo, Osío, Sánchez y Carrizosa (2005) mencionan que un niño con TDAH que no recibe un diagnóstico y/o un tratamiento oportuno tiene altas probabilidades de sufrir a lo largo de su desarrollo, un notable deterioro en su rendimiento escolar, sus relaciones familiares y en su entorno social.

A pesar de existir diversidad de estudios apoyando el uso de fármacos y el tratamiento combinado (multimodal) como intervenciones eficaces para el TDAH (MTA, 1999; So, Leung y Hung (2008; citados en Montañez, 2008;; García, Santed, Cerdán y Alda, 2010; Serrano, Guidi, y Alda, 2013), también la literatura se ha centrado en la eficacia del tratamiento psicosocial, el cual se ha basado especialmente en el contexto familiar y escolar (Alcaraz et al., 2012; Rodríguez y Criado, 2014, citados en Saavedra, 2018; Korzeniowsk y Ison, 2008; Montañez, 2014; Barrón, 2010; Fundació Sant Joan de Déu, 2010; NICE, 2009/2016; entre otros) siendo estos contextos con los que se trabaja conjuntamente.

En cuanto al contexto familiar, se ha destacado en diversos estudios (Sánchez, 2015; Piedrahita, et al., 2011; Ramírez, 2009; Montañez, 2014; NICE, 2009/2016; Roselló, et al., 2003; Presentación, Pintó, Meliá y Miranda, 2009) la importancia de intervenir en la familia, especialmente en los padres y/o cuidadores del niño con TDAH ya que proporcionar información precisa acerca del trastorno y de su papel primordial en el tratamiento, se ha relacionado con la reducción de síntomas del niño, así como con la disminución del estrés familiar y la mejora en las habilidades parentales. Así pues, los padres se han convertido en un pilar fundamental para el niño con TDAH ya que, dependerá de ellos que se lleve a cabo una detección precoz hasta la toma de decisión del tratamiento a seguir.

Siguiendo esta línea, el Dr. Eduardo Javier Barragán Pérez (Jefe del Departamento de Neurología del Hospital Infantil de México *Federico Gómez*), aconseja a los padres de familia informarse sobre todo lo que implica vivir con menores que tienen este trastorno (Secretaría de salud, 2017); sin embargo, no propone en dónde y de qué forma lo pueden hacer, de ahí que sea tan importante contar con herramientas para que los padres estén informados y los psicólogos conozcan el procedimiento para la intervención con padres.

Debido a esto, con el propósito de promover la información acerca del temprano reconocimiento y manejo oportuno del TDAH, el presente trabajo consta de dos partes. La primera de ellas tiene la finalidad de desarrollar el estado del arte de la cuestión ya que, surge el interés de profundizar en aspectos teóricos del TDAH, por lo que este trabajo está formado por cuatro capítulos: el primero, se refiere a los

antecedentes importantes que existen acerca de este padecimiento; y se describen características generales sobre el TDAH, entre los que se encuentran: definición, manifestaciones clínicas, lo referente a la epidemiología del padecimiento, la etiopatogenia de su presencia, comorbilidad y síntomas asociados, y el impacto que tiene el trastorno en distintos contextos de la vida del niño (familiar, socio-emocional, económica).

El segundo capítulo describe el diagnóstico del TDAH, abarcando desde los criterios y el proceso diagnóstico, hasta los instrumentos de evaluación que comúnmente se utilizan para su detección. El tercer capítulo se dedica a los tratamientos que han mostrado resultados favorables en el manejo del TDAH, otorgando mayor atención al conjunto de tratamientos que se consideran más adecuados. El cuarto capítulo describe acciones que se han llevado a cabo en materia del trabajo con padres de niños con TDAH, con la finalidad de fortalecer el trabajo con esta población en específico.

La segunda parte presenta una propuesta de Guía para padres de niños con TDAH, la cual tiene la finalidad de proporcionar información a los padres de familia sobre el trastorno, tanto de generalidades como del proceso diagnóstico, hasta el cómo actuar en casa, pues la literatura ha demostrado que cuando los padres se informan sobre el TDAH, posibilita que puedan apoyar a su hijo, y se obtengan mejores resultados en el tratamiento (Sánchez, 2015; Piedrahita, et al., 2011; Ramírez, 2009; Montañez, 2014; Roselló, et al., 2003; Presentación, Pintó, Meliá y Miranda, 2009).

Dicha propuesta de guía se ha dividido en cuatro capítulos, los cuales se realizaron a partir de la información presentada previamente en el estado del arte de esta tesis documental, considerando lo más relevante y necesario que los padres necesitan conocer acerca del trastorno. El capítulo uno trata sobre las características generales del TDAH, desde la historia de su término, hasta las causas de su presencia en los niños. El capítulo dos plantea acerca de cómo los padres pueden identificar el TDAH en sus hijos, y de igual forma, se da respuesta de qué hacer y con quién acudir cuando existe la sospecha del trastorno. En el capítulo tres se explican los tratamientos que se pueden elegir para la intervención del TDAH. El capítulo cuatro describe la serie de estrategias que sugerimos a los

padres de familia para pueden realizar en casa y con la escuela, buscando que sean un apoyo para la intervención que se lleve a cabo.

Planteamiento del problema

Históricamente las investigaciones sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se han caracterizado por describir las conductas de los niños y niñas con relación a su madurez neurológica y su comportamiento en sociedad (Zuluaga, 2012).

Algunos trabajos sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad muestran especial interés en aspectos relacionados con las manifestaciones sintomáticas y las características neurológicas que presentan los niños. En los últimos años, se han desarrollado investigaciones sobre factores psicosociales y contextuales que afectan la evolución del trastorno, mostrando la importancia del papel de la familia y la escuela como eje fundamental en su manejo (Roselló et al., 2003; Miranda y Soriano, 2010; Mas, 2009; Franco, 2012).

De acuerdo con Aguilar (2015), las instituciones disciplinarias por excelencia son las familiares, escolares y de salud, puesto que han llegado a formar un aparato de observación, registro y encauzamiento de la conducta, en este caso del comportamiento del niño. En las instituciones escolares se afirma que el papel del docente tiene gran relevancia en los niños ya que, pretende moldear un comportamiento acorde a la norma social. Por lo que se vuelven, en la mayoría de las ocasiones, monitores de la forma de actuar de los niños.

Dicha circunstancia pone al docente en un punto crítico, dado que un ineficiente manejo del alumno, aunado al desconocimiento de su comportamiento, puede generar que el maestro tienda a deslindarse de la responsabilidad que tiene, al momento de catalogar con TDAH a un niño determinado. La asignación de una etiqueta termina por instalarse dentro de la esfera familiar, lo que conlleva que, si los padres no tienen una adecuada información y orientación sobre el tratamiento que debe llevarse a cabo, producirá por consecuencia un inapropiado manejo de situaciones conflictivas de la conducta del niño con TDAH; en el mejor de los casos los impulsará a buscar una solución externa, comúnmente, en una institución de salud, aunque cabe aclarar que la mayoría de estas instituciones, al estar sustentadas por el discurso médico, consideran que el trastorno tiene una base

orgánica, lo cual implica forzosamente el tratamiento medicamentoso, a pesar de que este tratamiento no es el único recomendado para dicho trastorno.

Debido a que la mayoría de las guías clínicas (Reiff, 2011; Vásquez et al., 2010; Bauermeister, 2014; Soutullo, 2004; Fundació Sant Joan de Déu, 2010; Poza, Valenzuela y Becerra, 2010; entre otros), así como las recientes investigaciones (Palacios, et al., 2011; García, et al., 2010; Serrano, Guidi, y Alda, 2013) acerca del TDAH, favorecen primordialmente a la posición médico-psiquiátrico, la comprensión total del padecimiento por parte del entorno familiar se ha visto seriamente afectada; esto, además, deja de lado la aportación de la psicología al tratamiento del trastorno o la considera secundariamente.

Esta situación también genera desconocimiento por parte de los papás de niños con TDAH acerca de la intervención oportuna, lo que ha propiciado tener una serie de diagnósticos erróneos y/o una precoz medicación; sin embargo, existe evidencia de que llevar a cabo una intervención oportuna y un manejo adecuado de información para los padres de niños con TDAH, ha permitido que éstos tomen decisiones más eficaces en relación al tratamiento de los niños (Montañez, 2014; Sánchez, 2015; Bauermeister, 2014, Barragán, et al., 2007; Roselló et al., 2003).

Método

Este trabajo responde a la necesidad de que los padres cuenten con información suficiente y veraz, que les permita tomar decisiones tanto sobre el diagnóstico del TDAH de su hijo, como del tratamiento más adecuado a sus características particulares; así como de los apoyos que ellos pueden brindar en casa, escuela y a los profesionales de la salud. En este sentido, mediante una tesis de tipo documental que implica un estudio amplio, crítico y sistemático de fuentes documentales de diversa índole (Facultad de psicología, UNAM, 2008), se propone una guía informativa y de orientación para padres de niños con TDAH.

Para elaborar esta tesis, se siguió un proceso que implicó una búsqueda exhaustiva, recolección y revisión de información actualizada sobre el TDAH, en diversas publicaciones como revistas nacionales e internacionales sobre salud, tesis, guías clínicas recientes y base de datos como Medline, REDALYC, SCIELO, ELSEVIER, entre otras; todo ello con la finalidad de extraer la información pertinente para la elaboración del sustento teórico de este trabajo, que luego derivó en la guía propuesta para padres de niños con TDAH.

Objetivo general del trabajo

Ofrecer a los padres de niños con TDAH una guía de información y orientación, que comprenda información sobre el TDAH, que les permitirá tomar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento más acorde a las necesidades del niño; así como una serie de estrategias para apoyarlos en casa, y a su vez proporcionar lineamientos a los profesionales de la salud para trabajar con padres de hijos con TDAH.

Objetivos específicos del trabajo

A los padres de niños con el trastorno de déficit de atención con hiperactividad:

- Presentar información detallada del TDAH.
- Conocer la importancia del papel de la familia en la sintomatología del niño.

- Obtener lineamientos para la identificación de los síntomas del TDAH en casa, para la derivación oportuna del niño a un servicio de salud adecuado.
- Explicar las alternativas de tratamiento existentes para el TDAH, que les permita tomar decisiones adecuadas para el tratamiento de su hijo.
- Proporcionar sugerencias para el manejo y control de los síntomas dentro de la familia, considerando las particularidades del niño con TDAH.
- Proporcionar sugerencias para el realizar un trabajo colaborativo con la escuela y con los profesionales de salud.

A los psicólogos y otros profesionales de salud:

- Plantear sugerencias para trabajar con padres de hijos con TDAH.

Capítulo 1

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno muy frecuente durante la infancia (Soutullo, 2004), que impacta en diferentes áreas de la vida del niño que lo padece. Se sabe que dicho trastorno es el diagnóstico más emitido en los últimos años (Esparza, 2015), caracterizado por problemas de falta de atención y/o conducta hiperactiva-impulsiva, más frecuente y severa que la observada habitualmente en niños de la misma edad que no presentan esta problemática (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013).

Cuando en casa la familia se percató de que el niño no presta atención a las indicaciones que se le dan o cuando se mueve excesivamente de un lugar a otro, se suele pensar que se trata de un mal comportamiento o inadecuado control por parte de los padres, aunque ese no sea el caso; estos comportamientos pueden confundirse con los verdaderos síntomas, especialmente cuando se hace una evaluación precoz e inadecuada, o cuando el niño fue observado en un solo contexto. Por ello es importante considerar que tanto la dificultad para la atención, como la hiperactividad, deben ser excesivos y presentarse en al menos dos ambientes, como escuela y casa.

Comúnmente el TDAH se presenta en conjunto con uno o más trastornos, el niño con dicho padecimiento también puede presentar simultáneamente problemas de aprendizaje, ansiedad, trastorno negativista desafiante, agresividad, entre otros. A esta condición se le conoce como comorbilidad. Por otro lado, éste es un trastorno diverso y su origen y/o causas implican la interacción de múltiples factores genéticos y ambientales (National Institute for Health & Clinical Excellence [NICE], 2009/2016) que pueden facilitar o favorecer funcionamientos inapropiados o dificultades para concentrarse, por lo que su adecuada identificación, puede ayudar a establecer un oportuno diagnóstico.

El TDAH es un término ampliamente usado en la actualidad, sin embargo, la mayor parte de las personas que lo utilizan, desconoce mucho de él; considerando todo esto, se iniciará describiendo la historia de este trastorno para comprender por qué a pesar de registrarse una gran cantidad de investigaciones, existen al menos

36 millones de personas en Latinoamérica con ese padecimiento y únicamente cerca del 10% reciben un tratamiento multidisciplinario adecuado (Barragán, et al., 2007).

1.1 Antecedentes históricos de la nomenclatura del TDAH

El recorrido de la historia de la nomenclatura del TDAH es extenso, de ahí que las aportaciones más significativas anteceden a la clasificación actual de este trastorno.

Los informes de síntomas de lo que actualmente se conoce como TDAH se remontan a los siglos XVIII y XIX. Según Palmer y Finger (2001), el Dr. Alexander Crichton lo describió, en 1798 como “la incapacidad de asistir con una constancia necesaria cualquier objeto: *inquietud mental* (Mental Restlessness)” (p. 69), lo cual quiere decir que la estimulación externa sobrepasaba la capacidad de atender y distinguir de forma eficaz cada uno de los estímulos, y agotaba a la persona mentalmente.

De acuerdo con diversos autores (López, De Foronda, y Lozano, 2012; Palmer y Finger 2001; Smoyak, 2008), Crichton describió cuidadosamente este tipo de problema atencional en los jóvenes, de tal manera que casi 200 años después, este rasgo coincide con los criterios enumerados por la clasificación que menciona el DSM-IV para el diagnóstico del TDAH con predominio en inatención.

Incluso publicaciones de un corte distinto al científico han tenido repercusiones en la manera de abordar al “niño hiperactivo”, el ejemplo más antiguo data del año 1845, cuando el médico psiquiatra y escritor Hoffman (1871) escribió la obra titulada *Der Struwwelpeter* (Pedro Melenas), un conjunto de 10 cuentos cuyos protagonistas son niños con algún “mal comportamiento”, uno de ellos es la historia de Felipe, el Berrinchudo (*Die Geschichte vom Zappel-Philipp*), que habla de un chico desobediente y travieso, que no puede estarse quieto, lo que posiblemente correspondería a las dificultades para regular el movimiento o hiperactividad; así como la historia de Juan Babieca, (*Die Geschichte von Hans Guck-in-die-Luft*) un chico que en su distracción cae al agua.

Hallowell y Ratey (1994) mencionan que el impacto de esta obra fue reconocida en 1904 por la revista británica *The Lancet*, al mencionar que Fidgety Philip o Felipe el inquieto podría ser la primera publicación sobre la sintomatología del TDAH en la literatura médica; aunque como señala Rey (2012), si Hoffman viviera seguramente rechazaría el honroso título de ser considerado el precursor del tan famoso diagnóstico, ya que lo que él hizo fue tan sólo escribir cuentos para su hijo, donde un mal comportamiento recibe el castigo merecido.

Uno de los aspectos históricos que es importante mencionar, es el panorama médico de finales del siglo XIX, ya que estaba regido por ciertos conceptos tales como imbecilidad e idiotez, que hoy en día tienen un uso tan generalizado, que sus significados clínicos han sido casi olvidados, pero en esa época eran atribuibles a niños con sintomatología similar al actual TDAH.

En 1890, Mercier (citado en Rafalovich, 2001) afirmó que el idiota es un tipo de individuo que demuestra pobre desarrollo en el nivel más básico de la existencia humana, mientras que los imbéciles representaban un nivel ligeramente mayor, aunque aún insuficiente de desarrollo.

La discusión de la imbecilidad llevó a vincular este concepto con lo que se conoció como *imbecilidad moral*, y que se entendía como la incapacidad de un individuo para mostrar la moderación moral y la conducta legal. Los médicos conceptualizaron la adquisición de la moralidad como un problema del desarrollo biológico humano; la conducta moral, en la medida en que se colocó bajo la rúbrica de la imbecilidad, se convirtió en un problema médico, prestando especial atención a los niños (Rafalovich, 2001).

A finales del siglo XIX casi todo niño hiperactivo, debido a sus síntomas, caía en la categoría de imbécil moral. Fue en 1902 cuando Still argumentó que un niño con un control inadecuado de sus facultades morales (defecto del control moral) no debe confundirse con el intelectualmente inferior; esta línea de razonamiento concuerda con la literatura posterior, separando ambas cuestiones en los siguientes años.

El trabajo de Still representa una ruptura en las discusiones médicas más generales sobre la moralidad, porque propuso a los niños como objeto de estudio, en lugar de concebirlos sólo como deficientes intelectuales. Menciona Rafalovich (2001) que el trabajo de Still no debe ser considerado como un punto de origen en el discurso sobre los niños con TDAH, sino que podría ser mejor entendido como un producto de la literatura médica dominante de su época.

Más tarde, “Still hipotetizó que debía de haber una predisposición familiar para el trastorno, aunque también consideraba la posibilidad de daños cerebrales adquiridos” (Parellada, 2009, p. 20). Para años siguientes se posiciona la idea de que algunos disturbios de comportamiento fueron el resultado de daño cerebral o “disfunción cerebral mínima” (NICE, 2009/2016). Siguiendo esta línea, Mas (2009) menciona que, en 1923 Ebaugh describe un “síndrome hiperkinético”, consecuencia según exponen, de traumatismos craneales o encefalopatías. Esto propició que se adscribiera claramente la hiperactividad a una alteración neurológica. Straus y Lehtinen (1947; citado en Mas, 2009) describen lo que ellos denominan “minimal brain injury” o lesión cerebral mínima. Esto dio lugar a un gran número de discusiones en las que se encontraba el hablar de lesión, cuando en la mayoría de los casos no era posible justificar la existencia de afectación cerebral alguna.

En 1962, en las conclusiones de un Symposium internacional celebrado en Oxford se reemplazó la expresión “minimal brain injury” por la de “minimal brain dysfunction” o M.B.D (Más, 2009). Esta fue definida por Clements (1966) como un trastorno de conducta y también del aprendizaje que se presenta en niños de una inteligencia normal, asociado con disfunciones del sistema nervioso central.

Según Mas (2009), al no encontrar un soporte empírico suficientemente sólido que validara el concepto de disfunción cerebral mínima como síndrome neurológico, las investigaciones posteriores, realizadas en gran parte por psicólogos y pedagogos, tuvieron como objetivo la caracterización del cuadro como un trastorno del comportamiento.

En la década de los 70 fue cuando Douglas (1972) señaló la incapacidad para mantener la atención y la impulsividad como deficiencia básica de los niños afectados, por encima de la propia hiperactividad; lo cual explicaba mejor la

dificultad que padecen en términos de autorregulación para adaptarse a las exigencias sociales.

Por tanto, como bien lo menciona Mas (2009), desde que George Still en 1902 ofreciese una descripción sistemática del trastorno, éste ha recibido alrededor de 25 denominaciones y 90 definiciones, hasta llegar al diagnóstico como se encuentra clasificado actualmente, tanto en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), como en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

En lo que a estas clasificaciones se refiere, la reacción hiperkinética de la infancia apareció como categoría en el DSM II en 1968, sin embargo, fue hasta 1980, cuando el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) entró en el léxico oficial en el DSM III. El DSM III y el CIE-9 que salieron en la década de 1980 (NICE 2009/2016), describieron con mayor detalle el comportamiento de los infantes. En el DSM III, el diagnóstico se emitía en función de una lista única de síntomas, aunque por primera vez se distinguieron dos tipos: el trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad, tomando la sobreactividad motriz y la cuestión del control de impulsos de suma importancia para diferenciar el trastorno de otras condiciones y así establecer los riesgos en el desarrollo posterior (Barkley, 1997; Brown, 2006; Eisenberg, 2007; Sajid, Poor y Díaz, 2010 citados en Esparza, 2015; Mas, 2009).

El DSM-IV publicado en 1995 y en su modificación el DSM-IV-TR del año 2000, retoman la denominación “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad” (TDAH) pero, con relación al predominio de los síntomas, se distinguen tres subtipos: (a) Subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo, (b) Subtipo predominantemente inatento y (c) Subtipo combinado (APA, 2002). Manteniendo su postura, la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Edición (CIE-10) desde 1994, ha enfatizado el diagnóstico hacia la hiperactividad como la característica principal de trastorno, denominándolo: “Trastorno de la actividad y de la atención”, ubicado dentro de los Trastornos hiperkinéticos, donde también se denominan como otros subtipos, el “Trastorno hiperkinético disocial” y “Trastorno hiperkinético sin especificación” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2000).

En el actual Manual Diagnóstico DSM-V (APA, 2013) el TDAH se encuentra dentro del grupo de “Trastornos del desarrollo neurológico”.

Para concluir, se deja el recuento del origen del término TDAH que hizo Rafalovich en el 2001, donde se menciona que, como ya lo vimos, se han utilizado un amplio número de terminologías a lo largo del tiempo para referirse al diagnóstico de niños con TDAH, un ejemplo es a finales del siglo XIX donde se utilizó el término “imbecilidad”, a principios del siglo XX “estupidez” y desde 1920 a la actualidad “encefalitis letárgica, daño cerebral mínimo, hiperkinesia, desarrollo atípico del ego (...)” hasta llegar a la actual categoría diagnóstica: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (APA, 2013). Resta mencionar que la recapitulación anterior permite explicar algunas de las razones por las cuales el trastorno ha cambiado de nombre en diversas ocasiones a lo largo de aproximadamente dos siglos, entre antecedentes más o menos significativos y un sinnúmero de autores que directa o indirectamente han intervenido en este proceso, y como cada uno de ellos participaron desde el punto histórico en el que se encontraban y a lo que se entendía del comportamiento humano. Con todo lo anterior, damos paso al siguiente apartado, donde será importante describir con mayor detalle la definición del trastorno que se utiliza actualmente.

1.2 ¿Qué es el TDAH?

En el actual DSM 5, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se define como un “patrón persistente en la dificultad para mantener la atención y/o hiperactividad-impulsividad que interfieren con el desarrollo y funcionamiento” (APA, 2013, p.33) del individuo que lo padece. Usualmente se presenta en conjunto con otros trastornos (comorbilidad). Se caracteriza por tres componentes sintomáticos:

- *Inatención*: se trata de la dificultad para focalizar y mantener la atención.
- *Hiperactividad*: se trata de un movimiento excesivo y desorganizado que es difícil de controlar.
- *Impulsividad*: se trata de la dificultad en el control de los impulsos, es decir, de acciones precipitadas.

Los síntomas suelen aparecer antes de los 12 años de edad, se presentan en dos o más ambientes (escolar, familiar, social etc.) y causan un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral del individuo (Rivera, 2013).

Debe resaltarse que el trastorno, de acuerdo con la clasificación diagnóstica de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2013), puede presentar los siguientes subtipos:

- Combinado (inatención e hiperactividad/impulsividad), siendo éste el más frecuente.
- Con predominio inatento.
- Con predominio hiperactivo/impulsivo.

Por su grado de severidad se cataloga en:

- Leve, cuando los síntomas afectan el funcionamiento de forma somera.
- Moderada, cuando el deterioro en la vida del niño/a es considerable, sin llegar a ser grave.
- Severo o grave, cuando la afectación en el funcionamiento del niño/a se encuentra comprometido, porque todas las áreas de vida se han visto afectadas.

Tanto la clasificación del subtipo como el grado de severidad de los síntomas revisten especial importancia, ya que, dependiendo de éstos, serán las medidas que se implementarán en su tratamiento, resaltando que los grados moderados y severos requieren de una atención integral, donde participe un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de la medicina, psicología y pedagogía (Esparza, 2015).

Es fundamental comprender que el trastorno no desaparece ni se cura, y que el niño con TDAH no se comporta voluntariamente de forma inadecuada, pero tanto la familia como la escuela pueden hacer mucho para mitigar el impacto de los síntomas, sin empeñarse en que éstos desaparezcan sino en lograr que, a pesar de ello, el niño consiga un desarrollo adecuado y evitar que los efectos negativos sean menos perjudiciales.

Hoy en día, el TDAH es un problema de salud pública ya que, como lo plantean Joffre, García y Martínez (2007), este trastorno tiene un gran impacto en importantes áreas de la vida del niño y en el que se requiere de programas institucionales de atención. Sin embargo, para llevar a cabo alguna intervención en la salud, se ha considerado importante conocer la parte epidemiológica y sobre cada escenario clínico donde se atiende a esta población. Por tal razón, en el siguiente apartado hablaremos sobre lo que las investigaciones en general han hablado al respecto, debido a que existen gran cantidad de estudios epidemiológicos; de hecho, es uno de los trastornos que más investigaciones ha generado y sobre el que más publicaciones aparecen cada año, tan solo en los Estados Unidos de Norteamérica se registran más de 1000 publicaciones científicas al año (Reiff, 2011).

1.3 Epidemiología

La epidemiología es un término que se refiere al estudio de la presentación de enfermedades en la población humana (OMS, s/f); en estos estudios las prevalencias se refieren a la frecuencia con que el padecimiento se presenta entre la población.

Timimi & Taylor (2003) mencionan que, entre la población infantil, las principales visitas con neurólogos, pediatras, psiquiatras infantiles y psicólogos clínicos suele ser por este trastorno, esto ha originado que haya una diferencia de las cifras en los estudios de prevalencia. Estos autores señalan que la cultura influye en esa diferencia de cifras, por la forma de emplear los métodos para realizar el diagnóstico de TDAH y sobre el manejo de las clasificaciones internacionales como el DSM-V (APA, 2013) y la CIE-10 (OMS, 2000).

De acuerdo con lo anterior, en las versiones actualizadas de ambos (CIE 10 y DSM-V) se recoge un listado similar de 18 síntomas. El DSM-V (APA, 2013) requiere la presencia de seis síntomas de inatención o seis síntomas de hiperactividad-impulsividad o de ambos. En cambio, el CIE-10 (OMS, 2000) establece que deben existir como mínimo seis síntomas de falta de atención, tres de hiperactividad y uno más de impulsividad. Esto afecta en que se tengan más o menos casos con el diagnóstico de TDAH ya que, con el primero se permite la

posibilidad de comorbilidad con otros padecimientos, en cuanto al segundo, sus criterios hacen restrictiva la presencia del trastorno al excluir la presencia de otros padecimientos.

Esparza (2015) señala que es necesario proceder con cautela, ya que el excesivo incremento que este diagnóstico ha tenido durante los últimos años, podría indicar que estamos frente a lo que Bleichmar et al. (2007) consideran como patologización del comportamiento.

Conocer estos datos nos permitirá ubicar algunas características de la población para dar cuenta de que algunas de ellas indican que hay riesgo de que se presente este padecimiento. Se describirá la epidemiología del TDAH considerando la edad de inicio, curso, prevalencia, prevalencia en género y pronóstico, con base en la información recabada.

1.3.1 Edad de inicio

La quinta edición del DSM (APA, 2013), señala que los síntomas pueden haber aparecido antes de los 12 años, lo que significa que el comienzo del trastorno tiene lugar durante la infancia; aunque cabe agregar que hay que ser muy precavidos en cuanto a la sintomatología de la etapa preescolar, ya que ésta se “caracteriza por la importancia que la motricidad juega como organizador del desarrollo del niño” (Esparza, 2015, pp. 37).

1.3.2 Curso

Las características en los primeros años de vida de los niños con este trastorno halladas en la investigación son un nivel de actividad por encima de lo normal promedio, inquietud para dormir y bastante insistentes para pedir algo. De forma consistente, Martínez (2006) se refiere a la actividad motora excesiva y Barkley y Murphy (2005 citado en Rivera, 2013) al movimiento físico durante el sueño de los niños con TDAH. Al respecto, Parker (1996 citado en Rivera, 2013) sostiene que los niños con TDAH realizan las mismas conductas que los niños sin el trastorno, pero las conductas de los primeros presentan mayor intensidad. Rivera (2013) menciona que el exceso de actividad alerta a los padres para solicitar una evaluación psicológica a fin de identificar temprano la presencia de este trastorno.

A pesar de que suele diagnosticarse por primera vez durante los años de enseñanza primaria (Esparza, 2015), el trastorno avanza de la infancia a la adolescencia, y diversos estudios mencionan que también se presentan severas afectaciones en la etapa adulta (Quiroga et al. 2006; Aragonés et al. 2010), donde en esta última etapa la sintomatología no se presenta claramente debido a que se encuentran formas de compensar sus déficits a lo largo del tiempo.

Por ello es que las primeras consideraciones sobre un posible TDAH deben ser tomadas con precaución, ya que la evolución de este padecimiento podría presentarse en las siguientes etapas de crecimiento, teniendo repercusiones potenciales sobre el desarrollo personal y familiar del niño.

1.3.4 Prevalencia

Como se mencionaba al inicio de este apartado, la frecuencia del diagnóstico en la población dará la prevalencia, de acuerdo con esto, las estimaciones de la prevalencia del TDAH son muy diversas, En la clasificación diagnóstica DSM-V (APA, 2013) se refiere que el 5% de la población infantil presenta este trastorno; en tanto que si se utiliza la clasificación CIE-10 (OMS, 2000), se reduce a tan solo 1.5%. Por otro lado, en la revisión de estudios de prevalencia mundial realizada por Polanczyk, Lima, Horta, Biederman y Rohde (2007), el TDAH se sitúa en torno al 5.29%.

En nuestro país, no existen datos actualizados sobre la prevalencia total en todo el país, sin embargo, se ha encontrado con regularidad el desarrollo de estudios locales intentado estimar la prevalencia del TDAH, aunque difieren en su prevalencia, consideramos mencionar solo algunos de ellos. Por ejemplo, en el estudio realizado en San Luis Potosí en niños en edad preescolar, la muestra total conformada por 180 niños tenía un rango de edad de 3 a 7 años. Se presentó a los padres y maestros un cuestionario basado en los criterios del DSM-IV para TDAH; quienes cumplían con los criterios, se diagnosticaban con TDAH; la prevalencia encontrada fue de 23.5% (Rivera et al., 2004).

En el 2007, el Servicio de Estadística y Epidemiología del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, refiere que 1,139 de 3,813 de los pacientes que

solicitaron atención en el servicio de admisión y urgencias por primera vez, presentaron diagnóstico de TDAH; es decir, 29.87% (Poza, Valenzuela y Becerra, 2010). En otro estudio de prevalencia, realizado en escolares de la zona noreste de Jalisco por Cornejo, Fajardo, López, Soto y Ceja (2015), de un total de 19,650 alumnos se extrajo una muestra de 8,630, que representa el 43.9%. En total se obtuvieron 786 casos positivos, lo que corresponde a una prevalencia calculada de 9.11%. Como se observó, los resultados de prevalencia en los estudios anteriores difieren de la establecida en el DSM-V (5%).

Por otro lado, en el primer consenso sobre TDAH en Latinoamérica en el año 2007, se concluye que éste es el trastorno neuropsiquiátrico más común a nivel mundial en la población pediátrica, entre 3 y 7% en Latinoamérica, considerándose un problema de salud pública, que afecta aproximadamente 36 millones de personas (Barragán, et al. 2007).

1.3.5 Prevalencia según el género

Se considera que el TDAH es más frecuente en varones que en niñas, según Zuluaga y Vasco (2009; citados en Esparza, 2015) la prevalencia de este padecimiento depende de la edad; por otro lado, para Seitler (2011), las diferencias de género varían de una cultura a otra, especialmente en la forma en que se permite expresar cierta clase de sentimientos y conductas a niños y niñas. Esparza (2015) como también Antshel, Macias & Barkley (2009) explican que la diferencia de género radica en “factores neurológicos y genéticos que colocan a los niños en mayor riesgo que a las niñas, también puede explicarse debido a que los niños presentan síntomas más llamativos como agresión y problemas de conducta” (Esparza, 2015, p. 44). Se puede decir que a menudo el TDAH pasa inadvertido en las niñas; principalmente porque los maestros, por ser la escuela el contexto con mayor afectación, lo detectan con menos frecuencia por la falta del reconocimiento de los síntomas en niñas, y puede dar como resultado que este grupo tenga un tratamiento insuficiente (Quinn & Wigal, 2004).

También se ha observado que los síntomas nucleares: inatención, hiperactividad e impulsividad, en niños y niñas se manifiestan de diferente manera; en general, las niñas tienden a presentar mayor inatención, en tanto que, en los niños, el principal

componente es el de hiperactividad-impulsividad (Fundació Sant Joan de Déu, 2010).

En otro estudio realizado por Quinn & Wigal (2004), se señala que estas disparidades encontradas en diversos estudios de género, pueden deberse al tipo de muestras clínicas que sólo captan los pacientes que han sido remitidos para tratamiento ya que se encuentran sesgados al ser los casos más fácilmente reconocibles y por lo tanto, graves (percibidos así por los padres y maestros), mientras que las muestras de población que son más representativas, captan mejor la prevalencia y características del TDAH porque incluyen una gama de niveles de gravedad y presentaciones clínicas. Los hallazgos de este estudio sugieren que el género tiene implicaciones importantes para el diagnóstico y tratamiento del TDAH.

1.3.6 Pronóstico

Cuando de pronóstico se trata, es importante situar el momento en que se detecta ya que, si se interviene tempranamente, las repercusiones que enfrentará el niño a lo largo de su vida serán menores.

El pronóstico depende de muchos factores; la guía NICE (2009/2016) señala que, entre los factores de pronóstico desfavorable se encuentran la falta de amigos, de trabajo y de actividades de ocio constructivas, y éstas afectan la calidad de vida; así como niveles de la hiperactividad e impulsividad que hacen que los niños desarrollen comportamientos antisociales y trastornos de la personalidad. Sin embargo, en los casos más graves, que además de presentar mayor comorbilidad, aumenta el riesgo de que el trastorno se agrave durante la adolescencia, especialmente en fracasar o abandonar la escuela, también es mayor el riesgo de involucrarse en delincuencia y abuso de sustancias (Esparza, 2015; NICE, 2009/2016).

Por ende, se considera necesario trabajar para mejorar el conocimiento que tienen los padres, los educadores, los profesionales de la salud acerca de esta psicopatología, con la finalidad de evitar que el TDAH se convierta en una sombra que pase inadvertida por la vida del que lo padece, causando un cúmulo de efectos negativos (Fernández, 2013).

Luego de conocer los datos históricos de la conceptualización de TDAH, las características en su definición actual, sus principales síntomas, así como exponer algunos datos significativos de su trayectoria, hay que detenernos a exponer las posibles causas (etiología) que pueden explicar la presencia de este trastorno.

1.4 Etiopatogenia del TDAH

No existe una etiopatogenia clara del TDAH, su origen es más bien heterogéneo y multicausal (Mabres, 2012), ya que no se puede afirmar que exista un único factor que identifique una etiología, esto significa que su aparición o presencia se debe a la interrelación de diversos factores: genéticos, ambientales y psicosociales.

Si bien la teoría más aceptada es la multicausalidad, algunos insisten en que el trastorno se debe a la disfunción de algunas partes del cerebro (Rubia, Alegría, Brinson, 2014). Estudios como el de Shaw et al. en el 2007 (citado en Fundació Sant Joan de Déu, 2010) han sugerido que el TDAH es un trastorno de la maduración cortical más que una desviación en el desarrollo. Esto apoya a la clasificación que hace el DSM-V (APA, 2013) acerca de que el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo, que se ve implicado en lo que posteriormente va a presentar el niño como síntomas.

1.4.1 Factores de componente genético

Existe evidencia de la importancia de los aspectos genéticos en el TDAH. Se puede mencionar que en 20 estudios independientes que realizaron Faraone et al. (2005), y Perlis et al. en el 2005 (citados en Fundació Sant Joan de Déu, 2010 y Parellada, 2009) en gemelos, se evidenció la heredabilidad del TDAH en un 70% y un 80%, sin embargo, no quiere decir que existe un determinismo genético como supone el porcentaje antes presentado.

Faraone et al. (2005) han identificado ocho genes que se investigaron en al menos tres trabajos más; sin embargo, hablar de predisposición implica una tendencia o inclinación para que el trastorno se desarrolle; lo que en otras palabras quiere decir que solamente bajo determinadas condiciones, los síntomas aparecerán.

Por otro lado, los estudios con familias como el realizado por Barkley & Murphy (2005; citado en Rivera, 2013), mencionan que los padres con antecedentes de TDAH tienen un riesgo de más del 57% de tener descendencia con TDAH.

A pesar de la clara influencia del componente genético, aún no existe suficiente claridad acerca de qué es lo que se hereda, de tal modo que surgen más preguntas y dudas que respuestas. Por otro lado, estos hallazgos han alimentado una controversia sobre si el TDAH debe considerarse como parte de la variación normal o como un trastorno médico categóricamente definido; tampoco se han definido la realización de pruebas de genes de susceptibilidad en la práctica clínica, dado el pequeño valor predictivo de los genes asociados.

1.4.2 Factores medio-ambientales

Existen factores de riesgo ambientales, entre éstos están los factores prenatales y natales, los familiares, económicos, culturales y educativos. En los factores prenatales, se ha encontrado asociación con las complicaciones durante el embarazo, especialmente el hábito de fumar (Biederman, 2004; Milberger, Biederman, Faraone & Chen, 1996; citados en Rivera, 2013; Zuluaga, 2009; citado en Sánchez, 2015), consumir alcohol, posibles niveles de fenilalanina en la madre y de forma cuestionable el estrés, la ansiedad (Barkley & Murphy, 2005; citados en Rivera, 2013), la preeclampsia y eclampsia, sufrimiento fetal crónico y el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos se relacionan con la existencia de TDAH (Esparza, 2015). Esparza (2015) refiere que la ausencia del deseo de hijo y/o el intenso rechazo del embarazo, lleva a vivirlo con sumo desagrado influyendo en la forma en la que se establecerá el vínculo temprano entre la madre y el niño, aspecto que aparece con mucha frecuencia en los niños que más tarde desarrollarán el trastorno.

Los factores de riesgo no actúan aisladamente, como se mencionó en un inicio, interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. Un ejemplo de esto es, el riesgo de TDAH asociado con el consumo materno de alcohol durante el embarazo que puede ser más fuerte en los niños con el gen de susceptibilidad DAT (transportador de dopamina) (Brookes et al., 2006 citado en NICE, 2009/2016). Se requiere más investigación para confirmar si éstos actúan como riesgos directos

para el TDAH. Otro factor que se ha vinculado al trastorno es la exposición al plomo, ya que puede favorecer la presentación de problemas de atención o de aprendizaje (Barkley, 2006).

Los resultados de investigaciones como las de Biederman et al. (1992, citados en NICE, 2009/2016, Fundació Sant Joan de Déu, 2010; Esparza, 2015), indican que las relaciones familiares discordantes son más comunes dentro de las familias donde hay un miembro que padece TDAH, en muchos casos, los niños nacen dentro del seno de familias con dinámicas sumamente nocivas que incluyen las dificultades familiares de tipo transgeneracional y prácticas de crianza desfavorables para un desarrollo psicológico sano (Esparza, 2015). Las relaciones familiares discordantes pueden ser una consecuencia tanto de vivir con un niño con TDAH como el riesgo de que un niño manifieste diversos problemas, entre los que puede encontrarse el trastorno en sí. Por lo tanto, la familia juega un papel bastante importante, ya que el trastorno se enlaza con la dinámica familiar (Janin, 2006).

En el TDAH diagnosticado, las relaciones discordantes con un estilo de crianza áspero son un factor de riesgo para desarrollar problemas de conducta y de oposición. De aquí la importancia de conocer y aprender sobre los factores que pueden influir en la presentación del trastorno, así como considerar el contexto familiar dentro de su tratamiento.

1.4.3 Factores psicosociales

Las condiciones sociales juegan también un papel importante como factores de riesgo en el TDAH, se ha asociado con adversidad psicosocial temprana severa, por ejemplo, en situaciones de pobreza, abandono, abuso o enfermedad mental de los padres (Figueroa y Campbell, 2014; Moraga, 2008; Secretaría de salud, 2002). Las situaciones de abandono, carencias afectivas, depresión materna y ausencia física o psíquica del padre se asocian al desarrollo de sintomatología en los niños (Esparza, 2015). Las adversidades psicosociales influirán en la gravedad de los síntomas, en el pronóstico y también favorecen la aparición de trastornos comórbidos del TDAH.

1.4.4 El papel de la alimentación

La influencia de la alimentación en el TDAH ha atraído mucha atención pública: los aditivos alimentarios, el azúcar y los edulcorantes (McArdle, Prosser y Kolvin, 2004). Las dietas de eliminación y suplementación, son muy utilizadas, a menudo sin que lleven un asesoramiento profesional (NICE, 2009/2016). Existe una tendencia especial con el consumo excesivo de azúcar relacionado con el aumento de actividad motora en niños, sin embargo, controlar su moderación en el consumo tiene sentido para cualquier niño con o sin TDAH.

En México, el 9% de la población infantil se encuentra en estado de pobreza, lo que implica que la alimentación de estos niños carece de los nutrientes esenciales para un buen desarrollo (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2016), impactando negativamente en su salud tanto física como mental (Norton, 2017).

Aunque no existen evidencia contundente sobre la influencia de la dieta en la aparición de síntomas del TDAH, se puede afirmar que la pobreza alimentaria provoca serios problemas en el desarrollo del sistema nervioso y por ende en la capacidad de aprendizaje de los niños; de tal modo que la falta de concentración de un niño mal alimentado, se puede confundir muy fácilmente con el síntoma de inatención del TDAH. Por tal razón, es recomendable que la dieta se tome en cuenta para mejorar los hábitos alimentarios del niño lo que favorecerá tanto su salud física como mental, sin olvidar que deberá llevar un asesoramiento profesional, para un adecuado manejo.

1.5 El TDAH y síntomas asociados

1.5.1 Síntomas asociados

Según Esparza (2015) es necesario considerar la diferencia entre los síntomas asociados y comorbilidad. Los síntomas asociados se refieren a los conflictos emocionales, así como de las relaciones e interacción que se observan en los niños que reciben el diagnóstico de TDAH, aunque poco se ha investigado al respecto. Por ejemplo, Young, Fitzgerald y Postma (2013), coinciden en que el TDAH afecta

seriamente aspectos emocionales del niño, según lo referido por sus padres y cuidadores. En este sentido, se les dice que los niños con el trastorno cambian rápidamente de emociones, suelen ser rebeldes, demandantes, hostiles y agresivos con los demás (Landau & Moore, 1991; citados en Rivera, 2013), presentan “conductas negativas” en la clase (Avila, Cabanyes, García, Orjales & Moreno, 1997; citados en Rivera, 2013), no siguen las reglas, discuten y tienen deficientes patrones de comunicación social (Nixon, 2001); lo anterior daría lugar a que sus relaciones sociales sean conflictivas y/o difíciles.

Por otro lado, Kean (2005; citado en Esparza, 2015) menciona que esos problemas emocionales y de interacción no son vistos como antecedentes al considerar la sospecha del diagnóstico, sino como producto del trastorno, es decir, el niño tiene problemas porque tiene TDAH. Por lo tanto, de acuerdo con lo anterior, los problemas emocionales asociados como negación, frustración y decremento en la autoestima parecen deberse a la desaprobación que se presenta en la escuela (Escardíbul, et al, 2012) por los compañeros y/o profesores, así como por la familia (Hoza, 2007). Se puede decir que muchos de los síntomas que se consideran asociados al trastorno posiblemente ya existían en el niño, en tanto que otros surgieron a partir del mismo (Esparza, 2015).

1.5.2 Comorbilidad

La comorbilidad, se refiere a la presentación en un mismo individuo de dos o más enfermedades o trastornos distintos, en este caso son los que frecuentemente se asocian con el TDAH. Entre ellos están los trastornos de aprendizaje, trastorno negativista desafiante, trastorno de ansiedad, trastorno por tics y depresión (Barkley, 2006; Reiff, 2011; Serrano et al. 2013).

En el estudio Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (1999), se encontró que el 70% de 579 niños de 7 a 9 años cumplían los criterios diagnósticos completos de al menos otro trastorno psiquiátrico. Siguiendo esta línea, Antshel et al. (2009) mencionan los siguientes porcentajes de las comorbilidades más frecuentes con el TDAH: trastorno específico del lenguaje (15-60%), trastorno desafiante opositor (45-65%), trastorno de la conducta (25-45%), distimia o

depresión mayor (20-30%), trastorno de ansiedad (10-30%), trastorno bipolar infantil (3-10%), pobres relaciones entre pares (50-70%), trastorno de la coordinación del desarrollo (50%+) y pobre rendimiento educativo (70-90%+), retención de grado (25-50%), o suspensión / expulsión (15-30%).

Por lo tanto, dentro de la evaluación del TDAH se debe realizar un diagnóstico diferencial para cada individuo, que investigue la presencia de comorbilidad. Ya que, según el estudio de Kadesjo y Gillberg (2001; citado en Serrano et al., 2013), hasta el 87% de los niños con TDAH cursan con al menos una comorbilidad, y han señalado que a mayor su presentación mayor afectación del funcionamiento social, emocional y psicológico del niño (Serrano et al., 2013). Esto es importante porque la presencia de comorbilidad influye enormemente no sólo en la calidad de vida del niño, sino también en la evaluación clínica, en la toma de decisiones del plan terapéutico y en la respuesta que se tenga al tratamiento (Fundació Sant Joan de Déu, 2010), ya que en algunos casos hay que actuar de manera prioritaria antes de centrarse en los síntomas propios del TDAH para mejorar la calidad de vida de los niños (Rief, 2008).

1.6 Impacto familiar, socio-emocional y económico del TDAH

1.6.1 Impacto familiar

El TDAH y la forma en la que se manifiesta en la vida del niño tiene un efecto negativo en su contexto inmediato, impacta en la vida social de la familia, en los pensamientos y en creencias de los padres y los hermanos, en la escuela y en el costo del tratamiento (Bauermeister, 2014). Por un lado, los padres experimentan más estrés, que los lleva a adoptar un estilo de afrontamiento menos adaptativo y tienen una respuesta negativa hacia sus niños (Rivera, 2013); también se ha observado disfunción familiar en relación con la comunicación, la resolución de problemas y las relaciones entre los miembros de la familia con niños que tienen un diagnóstico de TDAH (Cunningham & Boyle, 2002, citados en Foley, 2011).

Johnston y Mash (2001) mencionan que, como resultado del estrés asociado al comportamiento de los niños con TDAH, muchas veces los padres se sienten

insatisfechos, frustrados, con baja autoestima y tienen serias dudas de su capacidad para ejercer su función parental. Por lo anterior, la relación entre los padres puede deteriorarse, observándose un número de separaciones y divorcios superior al que ocurre en familias con niños/as sin TDAH.

Sin embargo, se ha concluido que los problemas de funcionamiento de pacientes con TDAH se presentan en diversas etapas de la vida, afectando principalmente la dinámica familiar, que puede disminuirse dichos problemas si se proporciona orientación a los padres y profesores, para ayudar a los niños con TDAH a compensar sus dificultades (Barragán, et al., 2007), como también orientarlos a comprender mejor cómo afecta el TDAH y aprender a manejar el impacto en el hogar, ayudará a crear un ambiente de convivencia más sano y armonioso para todos los integrantes de la familia.

1.6.2 Impacto socio-emocional

El TDAH afecta el funcionamiento de los niños en todas las áreas de su entorno debido a las dificultades con la inatención, el control del comportamiento y las interacciones sociales con la familia, los docentes y los compañeros (Antshel, et al., 2009), especialmente si se ha diagnosticado como moderado o severo (APA, 2013).

Según algunos autores (Hoza, 2007; Esparza y González, 2018) la baja aceptación o rechazo de los pares es un factor de riesgo que conlleva resultados negativos en el desarrollo social y emocional del niño, una vez rechazado, le resulta extremadamente difícil enfrentarse a esas situaciones, por lo que, al ser nombrado con un diagnóstico psiquiátrico como el TDAH, empieza a ser peor tratado por sus pares. En el colegio, las exigencias académicas y de comportamiento son mayores, así como la inatención influyen negativamente en el desempeño académico (Parker, 1996 citado en Salend & Rohena, 2003). De lo anterior surge un impacto emocional importante en el niño con TDAH; entre esos efectos existen dificultades de aprendizaje, empieza a generar frustración y disgusto por el colegio, problemas de conducta, baja autoestima y baja autoeficacia, enfrentar rechazo y acoso por parte de sus compañeros, tener pocos amigos (Young et al., 2013; NICE, 2009/2016; Molina y Maglio, 2013; Antshel et al., 2009; Salend & Rohena, 2003; Janin, 2006).

Así mismo, cuando intentan relacionarse con otros niños a menudo muestran escasas habilidades sociales y de comunicación, emplean soluciones agresivas para resolver problemas interpersonales, tienden a perder el control cuando se producen conflictos o se sienten frustrados, y no suelen pedir permiso antes de unirse en un juego y si lo consiguen, tienden a no seguir las reglas establecidas (Casas, 2001; citado en Ramírez, 2009).

Frecuentemente, la autoestima de los niños con TDAH resulta afectada, especialmente por recibir constantes comentarios negativos tanto por parte de la familia, como de profesores, compañeros y amigos (Esparza, y González, 2018). Como consecuencia, el niño tiene la sensación de ser diferente y de ser aislado de las situaciones sociales como asistir a fiestas o eventos infantiles, participar en juegos, etc. Así, el niño entra a formar parte del grupo a los que se les conoce como *especiales, problemáticos, difíciles, diferentes*; si a esto le sumamos el efecto de la medicación y desinformación, la estigmatización incrementará la sensación de ser diferente.

Considerando lo anterior, es importante cuidar la forma en que se explica el diagnóstico y la función de la medicación, para evitar que el niño comience a desarrollar una identidad relacionado sólo sobre su padecimiento. Todos los mensajes que se den con respecto a el trastorno influirán directamente en la seguridad, autoestima y definición del propio niño (NICE, 2009/2016).

1.6.3 Impacto económico

Young et al. (2013) concluyen en un estudio realizado en Europa, que el TDAH puede tener repercusiones negativas en diversos aspectos de la vida de los niños, como ya se ha mencionado, aunque la escuela es el área más afectada, no hay que dejar de lado las implicaciones sociales y económicas del trastorno relacionadas a la atención médica y educación, ya que los niños y adolescentes con TDAH requieren 2.5 veces más de gastos médicos, que los niños y adolescentes que no lo padecen. Estos autores mencionan que los costos del TDAH en los países europeos, son muy similares a los reportados en los Estados Unidos de

Norteamérica, en donde se estima un costo anual por paciente de entre 621 dólares a 4,690.

En Latinoamérica no contamos con información suficiente acerca de la forma en que este padecimiento afecta la vida de dicha población; en el primer Consenso Latinoamericano de TDAH (2007), se habló sobre el impacto psicosocial del trastorno, más no del costo. Aunque, sin duda, el TDAH tiene distintas implicaciones que pueden llegar a ser el punto importante para decidir, por ejemplo, recibir alguno de los tratamientos o no; hay que tomar en cuenta que el diagnóstico y tratamiento oportunos pueden reducir los costos a largo plazo (Barragán, et al., 2007) que impacta, principalmente al niño, a su familia y, a la larga, a la sociedad en su conjunto.

Capítulo 2

De la sospecha al diagnóstico del TDAH

No todo niño inquieto y despistado tiene TDAH. En algunos casos, puede resultar difícil diagnosticar el TDAH en un niño, debido a que los síntomas pueden parecerse a otros problemas ocasionados por factores sociales, familiares, de salud, entre otros. Estas otras condiciones pueden producir comportamientos similares a los de TDAH (diagnósticos diferenciales) y/o trastornos comórbidos, que son necesarios que se reconozcan (NICE, 2009/2016) por el profesional de la salud (psicólogo, psiquiatra, pediatra, neurólogo) capacitado para diagnosticar y tratar el trastorno. Por otra parte, las manifestaciones clínicas suelen cambiar a lo largo del ciclo vital lo que hace necesario contar con una visión longitudinal y no transversal de las manifestaciones, para entender la evolución del TDAH en cada persona (Barragán, et al., 2007) y así intervenir adecuadamente.

La única manera en la que se puede dar respuesta a la sospecha de que un niño padece TDAH, será a través de un minucioso diagnóstico que debe ser realizado por un profesional especializado en el trastorno (psicólogo, psiquiatra, pediatra, neurólogo) quien, basándose en el resultado de la evaluación, buscará la planeación del tratamiento que más se adecúe a las necesidades del paciente (Peña, Palacio y Barragán, 2010; Reiff, 2011).

2.1 Criterios diagnósticos

Actualmente en México, los profesionales de la salud como son los psicólogos, pediatras, psiquiatras, entre otros, se basan en las clasificaciones internacionales que contienen los criterios diagnósticos que sirven únicamente de apoyo en el proceso de identificación del TDAH tanto de niños, adolescentes y adultos; estas clasificaciones son el DSM-V (APA, 2013) y la CIE-10 (OMS, 2000). Expliquemos rápidamente cada una de ellas:

En el DSM-V (APA, 2013) se menciona que los síntomas del TDAH en su definición se encuentran dentro de dos áreas principales, inatención e hiperactividad/impulsividad, donde resultan tres subtipos: predominantemente de

falta de atención, predominantemente de hiperactividad/impulsividad, y combinado; se entiende que habitualmente esos síntomas se presentan en grados de mayor o menor intensidad, y hay casos en los que predomina uno de ellos. Dichos síntomas deben estar presentes por lo menos durante seis meses y haberse iniciado antes de los 7 años de edad, así como presentarse en dos o más contextos en los que el niño se desarrolla.

Por otro lado, la CIE-10 (OMS, 2000) denomina al TDAH como “Trastorno de la Actividad y de la Atención”, ubicado dentro de los Trastornos Hiperkinéticos donde dice que estos son “trastornos caracterizados por comienzo a temprana edad, generalmente en los cinco primeros años de vida, falta de persistencia en actividades y tendencia a cambiarlas, suelen ser actividades desorganizadas, irregulares y excesivas” (p. 204). En esta clasificación también se menciona que en los niños deben persistir en los criterios ubicados en déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad, por lo que su combinación referiría un posible caso de TDAH.

La actual clasificación del TDAH tanto del DSM como de la CIE son similares (ver Tabla 1), sin embargo, es necesario que unan más sus criterios para fines de homogenización.

Tabla 1. Criterios diagnósticos del TDAH

Desatención o déficit de atención	
DSM-V	CIE-10
1a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.	G1.1 Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
1b. Con frecuencia tiene dificultades para	G1.2 Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o

<p>mantener la atención en tareas o actividades recreativas.</p> <p>1c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.</p> <p>1d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.</p> <p>1e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.</p> <p>1f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.</p> <p>1g. Con frecuencia extravía cosas necesarias para tareas o actividades.</p> <p>1h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.</p> <p>1i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.</p>	<p>en el juego.</p> <p>G1.3 A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.</p> <p>G1.4 Frecuente incapacidad para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo.</p> <p>G1.5 Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades.</p> <p>G1.6 A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como las domésticas, que requieran un esfuerzo mental mantenido.</p> <p>G1.7 A menudo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.</p> <p>G1.8 Fácilmente distraible por estímulos externos.</p> <p>G1.9 Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diaria.</p>
Hiperactividad	
DSM-V	CIE-10
2a. Con frecuencia juguetea con o golpea	G2.1 Con frecuencia muestra inquietud

<p>las manos o los pies o se retuerce en el asiento.</p> <p>2b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.</p> <p>2c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.</p> <p>2d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.</p> <p>2e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor”.</p> <p>2f. Con frecuencia habla excesivamente.</p>	<p>con movimientos de manos o pies, o removiéndose en el asiento.</p> <p>G2.2 Abandona el asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.</p> <p>G2.3 A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.</p> <p>G2.4 Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.</p> <p>G2.5 Exhibe permanentemente un patrón de actividad motora excesiva, que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.</p>
--	---

Impulsividad

DSM-V	CIE-10
<p>2g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.</p> <p>2h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno.</p> <p>2i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.</p>	<p>G3.1 Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.</p> <p>G3.2 A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo.</p> <p>G3.3 A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás</p>

	G3.4 Con frecuencia habla en exceso, sin una respuesta adecuada a las limitaciones sociales.
--	--

Nota: Adaptado de APA (2013) y OMS (2010).

Si bien la distinción clínica de los síntomas para el diagnóstico del TDAH, corresponde al especialista, los padres pueden considerar los siguientes criterios cuando sospechan la existencia de TDAH en un niño:

- Sus dificultades en relación a la atención, hiperactividad e impulsividad son marcadamente diferentes al desarrollo comparado con los niños de su misma edad.
- Los síntomas deben presentarse casi diariamente o varias veces durante el día.
- Los síntomas deben presentarse en diversos ambientes, por ejemplo, en casa, en las convivencias familiares y sociales, en la escuela, entre otros.
- No se deben a cambios en la vida del niño, como enfermedades, cambios de domicilio, trabajo, separaciones o muertes.
- Tampoco se deben a la presencia de algún otro trastorno como podría ser ansiedad, depresión, problemas intelectuales, etc.
- Aparecen tempranamente y han persistido durante por lo menos 6 meses.
- Interfieren directa y significativamente en la vida familiar, social, académica y emocional del niño (APA, 2013).

Al existir la sospecha del TDAH (identificada en casa, escuela o ambos), se debe acudir primordialmente con un profesional de la salud calificado y especializado en el padecimiento (psicólogo, psiquiatra, pediatra, neurólogo), que evaluará para confirmar o rechazar el diagnóstico y excluirá otros trastornos o problemas que puedan justificar la sintomatología observada (SIGN, 2005, citado en Fundació Sant Joan de Déu, 2010; Academia Americana de Pediatría [AAP], 2005; NICE, 2009/2016; American Academy of Child & Adolescent Psychiatry [AACAP], 2007). Una adecuada identificación de conductas y una intervención oportuna, son

clave para determinar cuál ha sido la evolución del TDAH en el niño a lo largo de su desarrollo (Cubero, 2007).

2.2 Proceso diagnóstico

Dado que cada caso es distinto y particular, el diagnóstico implica un proceso meticuloso, que involucra a un equipo de trabajo interdisciplinario (integrado por profesionales de la medicina, psicología y pedagogía) (Esparza, 2015).

Hasta ahora no existen marcadores biológicos, ni estudios neurológicos para el diagnóstico del TDAH, por lo que su proceso sigue siendo de tipo clínico, en el cual tanto la entrevista como la observación en distintos contextos y la aplicación de diversos instrumentos o escalas de medición serán utilizados para llevarlo a cabo. Por lo tanto, en primera instancia, el profesional de la salud debe conocer los motivos y quejas por los que surge la sospecha del TDAH. Se debe tener claro que lo reportado por los padres y el niño de manera verbal es muy importante y relevante para la evaluación clínica, así como las valoraciones, significaciones, y la manera con la que afrontan esas situaciones en las que los síntomas afectan en la vida diaria (Vásquez et al., 2010; Escardíbul et al, 2012; Mas, 2009; Soutullo, 2003).

Con la información suficiente recabada, el profesional de la salud (psicólogo, psiquiatra, neurólogo, pediatra) se encargará de corroborar o rechazar el diagnóstico de TDAH. Si el diagnóstico se confirma, deberá especificarse el subtipo (predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo o mixto); el grado de severidad (mínimo, medio, severo), así como la comorbilidad que se presente. El diagnóstico que se identifique Para poder iniciar con el tratamiento, se deberá comunicar a los padres del niño en cuestión y a la institución escolar a la que asiste el trastorno que padece; así mismo, se decidirá el tipo de tratamiento más conveniente y se ofrecerán las recomendaciones necesarias para favorecer tanto la disminución de los síntomas, la dinámica familiar como el ajuste y rendimiento escolar (NICE, 2009/2016).

Es por eso que el diagnóstico del TDAH incluye varias entrevistas clínicas a los padres y al paciente, así como el conocer información del ámbito educativo, revisión de antecedentes familiares y personales, exploración física y psicopatológica del

paciente; también se emplean los cuestionarios de síntomas y la administración de diversas pruebas psicológicas. De esta forma, la evaluación contempla tanto el estado de salud, como los aspectos emocionales, la interacción social, la dinámica familiar, la valoración de las funciones cognitivas donde es importante explorar las dificultades en la concentración, en el rendimiento escolar y la coordinación psicomotriz (Escardíbul, et al., 2012; Mas, 2009; Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder [CHADD], 2015).

2.3 Instrumentos de evaluación

No existe alguna prueba específica que identifique plenamente el diagnóstico de TDAH, pero hay instrumentos o escalas que apoyan en la obtención de información sobre los síntomas y conductas asociadas al TDAH en el niño. Existe, por ejemplo, las Escalas de Conners (Conners, 1989) que son, posiblemente, los instrumentos más utilizados en la evaluación del TDAH (Amador, Idiázabal, Sangorrín, Espadaler, y Forn, 2002; Furman, 2005; Seitler, 2011), o la escala de evaluación Vanderbilt NICHQ (National Initiative for Children's Healthcare Quality) (AAP, 2005), traducido al español; ambas ayudan a identificar e incluso a cuantificar, las manifestaciones más destacadas del TDAH; cualquiera de éstas escalas son contestadas por los padres y por los profesores del niño. Hay que considerar que los resultados varían de acuerdo con la persona que contesta la escala, la edad del niño evaluado y el tipo de problema remitido a la consulta.

Se utiliza la entrevista clínica como técnica de apoyo para obtener información con respecto a los problemas actuales del niño, de la presentación de los síntomas (su frecuencia, duración, la forma en la que se presentan en diferentes contextos), la edad de inicio y el grado de efectos en los distintos contextos de la vida del niño. La entrevista es tanto con los padres (o cuidadores del niño) y con el propio niño; con este último, principalmente, se buscará explorar el conocimiento que tiene en relación con el motivo de consulta, también acerca de los síntomas reportados por sus papás y/o maestros, y otros aspectos que sean necesarios conocer desde su punto de vista.

También se evalúa la historia clínica del niño con datos como antecedentes familiares, funcionamiento familiar y los antecedentes personales (embarazo, parto

y período perinatal, desarrollo psicomotor, antecedentes patológicos e historia de salud mental del niño) (Fundació Sant Joan de Déu, 2010).

En general, la necesidad de realizar un diagnóstico oportuno, adecuado, riguroso, exhaustivo, para determinar si se padece TDAH o no, que conlleve un tratamiento también adecuado, influirá de forma determinante en lo que se refiere en la evolución del TDAH en el niño (Amador, Forn y Martorell, 2001; Antshel et al., 2009; Barrios, 2006; Bleichmar, et al, 2007; Figueroa y Campbell, 2014; Escardíbul, et al, 2012; Janin, 2006; Reiff, 2011; Soutullo, 2003; Young, Fitzgerald and Postma, 2013), así como también influirá la conducta que los padres adopten frente al trastorno (García, et al., 2008). Es por eso que el diagnóstico, según Esparza (2015), implicará que el profesional de la salud especialista en TDAH, escuche, observe y analice toda la información disponible, buscando conocerla por el niño directamente, su familia, sus profesores y otros adultos que conviven más tiempo con él, lo que permitirá diferenciar si padece otros problemas y, al mismo tiempo identificará hacia dónde se enfocará el tratamiento.

Para finalizar, se considera que la intervención se llevará a cabo de acuerdo a la gravedad de los síntomas y de los problemas y/o trastornos que puedan estar presentes con el TDAH (Fundació Sant Joan de Déu, 2010).

Capítulo 3

Tratamiento del TDAH

El tratamiento del TDAH debe responder a las necesidades y síntomas particulares de cada niño, y se modificará según su etapa de desarrollo (Serrano et al., 2013), es por eso que se considera indispensable que sea un trabajo multidisciplinario, ya que involucra a diversos profesionales de la salud (psicólogo, psiquiatra, neurólogo, pediatra); y, por otro lado, debe ser integral debido al trabajo que se hace en los ámbitos donde los síntomas impactan negativamente en la vida del niño.

De acuerdo con Antshel, et al. (2009), para realizar un plan de tratamiento se debe considerar el grado de afectación que ha generado el trastorno, así como la presencia de comorbilidad (especialmente con otros trastornos de conducta y problemas de aprendizaje); se enfocará principalmente en el apoyo y tratamiento para padres y niños, apoyo psicopedagógico (en el entorno escolar) y la administración de medicamentos (sólo en casos extremadamente necesarios), teniendo en cuenta que cada intervención favorecerá del progreso del niño (Escardíbul, et al., 2012) en todos los ámbitos en los que se desarrolla.

Sin embargo, en nuestro país, a pesar de que se apoya la idea del tratamiento multimodal a largo plazo, existe gran inclinación por llevar como primera opción el tratamiento farmacológico, a cualquier edad y en cualquier nivel de gravedad del trastorno, sin siquiera informar adecuadamente a los padres acerca de los tratamientos psicológicos y psicoeducativos que existen. Esto ha provocado la creencia de que sólo con ese tratamiento es suficiente para ver una mejoría de los síntomas, aunque este trastorno es una prioridad en el ámbito de la salud, existe carencia en la disponibilidad de tratamientos de tipo psicosocial (Peña, Palacio y Barragán, 2010; Sotelo, 2009; Vásquez, et al., 2010).

Dado que entre un 25 y un 30% de los niños afectados no responden a la medicación o bien no la toleran, aunado a que los efectos del fármaco se reducen a medida que transcurre el tiempo (Antshel, et al. 2009), se coincide con la guía NICE (2008/2016, 2009/2016) en que la primera opción de tratamiento para niños con TDAH especialmente en el grado leve y moderado, deberá ser un tratamiento

integral (Barragán, et al., 2007; Eisenberg, 1972; Palacio, et al., 2009) que comprenda el entrenamiento a padres y profesores, así como el tratamiento psicológico para el niño en el que se incluye la psicoterapia, el entrenamiento en habilidades sociales y el tratamiento psicopedagógico; lo que implica que tanto la familia, como los profesores y el propio niño deben tener la disposición de colaborar y aprender acerca de vivir con este trastorno. El tratamiento farmacológico se reserva para los casos más severos o aquellos con un nivel moderado, presencia de gran comorbilidad con otros trastornos, o bien que no han respondido satisfactoriamente al tratamiento psicológico y al entrenamiento de padres y docentes. Sin embargo, para este apartado es importante mencionar el tratamiento pionero de la integración de disciplinas para el apoyo en el tratamiento al niño con TDAH.

3.1 Tratamiento multimodal

La combinación de distintas intervenciones da lugar a lo que se conoce como enfoque multimodal. Como bien lo menciona Esparza (2005), el modelo de atención que actualmente se sugiere para el tratamiento del TDAH y que ha resultado eficaz es el *tratamiento multimodal*; éste surgió a partir de los resultados del MTA Study (The Multimodal Treatment Study, 1999), una investigación a gran escala conducida durante 14 meses, diseñada para evaluar el efecto de la medicación, la terapia conductual y la combinación de los dos; contó con la participación de 579 niños con TDAH tipo combinado, asignados al azar a una de cuatro condiciones: medicación intensiva solamente, terapia conductual intensiva sola, una combinación de ambas y un grupo control con solo cuidado comunitario. Los resultados indicaron que los grupos de medicación solamente y tratamiento combinado obtuvieron una mejoría significativa en los síntomas.

Siguiendo esta línea, So, Leung y Hung (2008; citados en Montañez, 2008) realizaron una investigación para comparar la eficacia de un tratamiento de metilfenidato frente a un tratamiento conductual combinado en la práctica clínica. Esto se realizó durante seis meses de administrar estos tratamientos a grupos de 90 niños con una media de edad de 8, diagnosticados con TDAH y asignados al azar a cada grupo experimental. Los resultados de este estudio señalan que el

tratamiento combinado en dosis bajas fue significativamente más eficaz que el metilfenidato administrado de forma aislada sobre los síntomas nucleares del TDAH y la conducta de los niños. Este estudio apoya la evidencia empírica de que el tratamiento combinado puede ofrecer beneficios para el tratamiento de TDAH.

Debido a que el TDAH es un trastorno crónico, es fundamental que tanto los padres como los profesores tengan presente que se requiere un tratamiento a largo plazo, cuyo objetivo es disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas, facilitar estrategias para su control, que se planifica en función de los resultados de la evaluación y comprende distintas intervenciones. El que conozca esta información aunada a la orientación del profesional de la salud que evaluará la gravedad e impacto del trastorno, ayudará a los padres y los niños a tomar la decisión acerca del tratamiento que les sea más conveniente seguir, ya que es una elección que les corresponde a ambos (Barragán, et al., 2007; NICE, 2008/2016; Peña, Palacio y Barragán, 2010; Young, et al, 2013, Barrios, et al., 2016). A continuación, se presenta una breve reseña de los diferentes tratamientos existentes para el TDAH.

3.2 Tratamientos psicológicos

En el tratamiento psicológico, el objetivo no es la cura del trastorno, más bien las intervenciones buscan modificar o disminuir los síntomas de un individuo; así como aliviar el sufrimiento psíquico y promover el desarrollo personal. Este tipo de tratamientos solamente pueden ser llevados a cabo por un profesional de la psicología experto en el área (Feixas y Miró, 1993).

La intervención psicológica es la primera línea de intervención cuando el diagnóstico es leve o moderado (NICE, 2008/2016); es necesario considerar que es un tratamiento que requiere tiempo y que implica diversos tipos de atención psicológica para el niño, así como psicoeducación, orientación y apoyo a maestros y a los padres de familia.

La guía NICE (2009/2016) menciona que los enfoques que se utilicen en una intervención psicológica sean ligeramente diferentes para niños de edad preescolar y niños mayores, debido al momento del desarrollo en el que se encuentran.

3.2.1 Intervención psicoterapéutica

Como se ha mencionado al inicio de este apartado, se recomienda que dentro de los tratamientos se incluya la psicoterapia; no obstante, acudir a psicoterapia tiene su parte difícil, como la guía NICE (2009/2016) menciona, el hecho de que los padres busquen ayuda psicológica depende en gran medida del estigma social asociado a los servicios de salud mental.

El profesional que lleve a cabo esta intervención, deberá conceptualizar el trastorno más allá de un mero conjunto de síntomas, de tal manera que le permita entender que el niño es un individuo que merece ser escuchado (Janin, 2006). En este sentido, el abordaje tendrá que adecuarse a las necesidades del niño, de tal modo que, dependiendo del caso se podrá ofrecer psicoterapia individual, psicoterapia de grupo y la inclusión de los padres o la familia y la escuela.

Como ya se mencionó en el capítulo anterior, entre los impactos que tiene el trastorno en la vida del niño, se encuentran los socio-emocionales por lo que, durante este proceso psicoterapéutico puede que se trabaje con los aspectos emocionales, por ejemplo, en la obtención de una mejor imagen de sí mismo, en la que el terapeuta ayudará al niño a identificar sus fortalezas y construir sobre ellas (AACAP, 2007); Lasa y Moya (2012) señalan que el tratamiento de los problemas emocionales y afectivos produce cambios significativos en la autoestima del niño con TDAH.

Se debe tener en cuenta que dentro de la intervención psicoterapéutica existen diversos enfoques, entre los que se pueden mencionar el cognitivo-conductual, el familiar sistémico, el psicoanalítico, el humanista, etc. Independientemente del modelo, la intervención pretende disminuir el impacto del trastorno y mejorar las condiciones del niño en los diferentes ámbitos de su vida. Sin embargo, haremos mención de algunos de ellos y la manera en la que intervendrían en el tratamiento del TDAH.

3.2.2 Psicoterapia de orientación psicoanalítica

El TDAH en el niño está lleno de significado urgido por ser comprendido, ante lo cual el psicoanálisis puede aportar respuestas importantes para acercarse un poco

más a dicha comprensión (Zuluaga, 2012). Por lo que, la psicoterapia de orientación psicoanalítica proporciona una valiosa ayuda al niño que tenga problemas que son causados directamente por el TDAH o que están relacionados y afectan en la sintomatología presentada en él. A través de esta psicoterapia, el niño podrá establecer conexiones entre sus emociones, pensamientos y síntomas (Esparza, 2015; Salomonsson, 2011), y, por lo tanto, buscará la moderación del sufrimiento a través de la transmisión de una actitud de escucha, análisis y respuesta (Lopera, 2017).

Esta psicoterapia pone su interés en conocer y comprender el sufrimiento del niño para atender algún síntoma o síntomas, encontrar el significado o sentido de éstos e intervenir, junto con la tarea de reparación de su autoestima (Gratch, 2000); también considera necesario entender y atender la preocupación de los padres (Esparza, 2015), ya que, con la información que les permita comprender el trastorno y la posibilidad de tener un espacio en el que puedan tratar el conflicto, favorecerá que controlen su propia angustia y no la depositen en su hijo (Tripp, Shaughency, Langlands, Mouat, 2007). Esparza (2015) menciona que este enfoque “más que intervenir en el síntoma, se trata al sujeto en sí mismo, por lo que es necesario adecuarlo a las necesidades particulares de cada caso” (p. 81).

La psicoterapia psicoanalítica se vale de diversas técnicas para trabajar con el niño, una de las principales es la terapia de juego, la finalidad es incrementar o desarrollar la capacidad del niño para que regule sus emociones, trabajar su ansiedad, mejorar su tolerancia a la frustración, disminuir la agresividad y la impulsividad; así como mejorar las relaciones interpersonales dentro de un encuadre de comprensión, empatía, contención y sostén afectivo (Salomonsson, 2011) que son algunos de los síntomas que se han identificado en estos niños con el trastorno.

3.2.3 Tratamiento cognitivo-conductual

El tratamiento cognitivo-conductual es uno de los enfoques más empleados en el tratamiento del TDAH. Se ha utilizado ampliamente para brindar estrategias que permitan intervenir en varios problemas que el niño presenta por el trastorno como es el control de su comportamiento, la falta de atención, la impulsividad, la

ansiedad, depresión, problemas en sus relaciones interpersonales, entre otros (Young & Smith, 2017). La terapia tiene como objetivo entender la relación entre el comportamiento, el pensamiento y sus consecuencias, para que a su vez el niño aprenda a cambiarlos y obtenga resultados que ayuden a reducir la angustia psicológica y a cambiar el comportamiento desadaptativo al modificar los procesos cognitivos. La suposición subyacente es que las intervenciones cognitivas y conductuales pueden provocar cambios en el pensamiento, los sentimientos y el comportamiento, ya que el afecto y la conducta son, en gran medida, un producto de las cogniciones. Algunos de las acciones de la intervención cognitivo conductual son establecer hábitos de organización y planificación escolar, rutinas y normas en casa, mejorar su comportamiento, potenciar autonomía y mejorar habilidades en resolución de problemas y toma de decisiones. Un ejemplo de un programa en intervención de terapia cognitivo-conductual es el de Young-Smith que se centra en la relación entre las cogniciones, afecto (cómo nos sentimos), respuesta del cuerpo (cómo afecta esto a nuestro cuerpo y comportamiento (lo que hacemos). Esta terapia a menudo combina aspectos conductuales y cognitivos, pero para el trabajo con los niños con TDAH se hace énfasis en alguno de los dos (NICE, 2009/2016):

Terapia conductual: Es un tratamiento que consiste en evaluar las conductas problema del niño, determina lo que lo motiva (estimula) a cambiar y a decidir qué cambios podrían ser más útiles realizar (García et al., 2010). Se hace uso de recompensas y reforzamientos positivos para impulsar al niño a poner en práctica los cambios determinados de su conducta y mejorar el control sobre ellas (NICE, 2009/2016). Para Mas (2009) la finalidad del tratamiento conductual es que el niño desarrolle la capacidad para demorar la satisfacción, lo que influye en que puedan activarse funciones ejecutivas que posibiliten comportamientos más funcionales.

Terapia cognitiva: ésta tiene como finalidad ayudar al niño a desarrollar formas de pensar y comportarse más planificadas y reflexivas. Aprende a buscar opciones para la resolución de problemas que puedan presentarse ante él y manejar autoregulación emocional, mediante la enseñanza de diversas técnicas que utiliza este enfoque (Serrano et al., 2013).

3.2.4. Entrenamiento a padres

Dentro de la intervención, se debe considerar incluir a los padres. Ellos tienen derecho a aprender y recibir información precisa y confiable sobre el TDAH con el fin de comprender el impacto y el curso evolutivo del trastorno, las opciones de tratamiento y los recursos disponibles, se debe informar los diversos factores que influyen en el comportamiento del niño, se les ayuda a identificar los recursos con los que cuenta su hijo y la familia (Korzeniowski y Ison, 2008), se emplean técnicas basadas en evidencia (manejo de contingencias, tiempo fuera, comunicación efectiva, economía de fichas, reforzamiento social, modelamiento, solución de problemas, técnicas de relajación) mediante las cuales se les enseña a manejar la conducta de su hijo, así como a desarrollar prácticas de crianza más eficaces y satisfactorias, lo que contribuye a reducir los conflictos entre los padres y el niño, así como estructurar el ambiente hogareño y otros aspectos de la vida de su hijo (Rief, 2008; Reiff, 2011) todo esto se da en programas estructurados, desarrollados con un número específico de sesiones y se realizan habitualmente en grupo (Serrano et al., 2013).

Como se identificó en el estudio de Roselló et al. (2003), la intervención con los padres de niños con TDAH mejoró las atribuciones y expectativas con relación a la problemática de su hijo con TDAH, así como los conocimientos sobre la naturaleza del trastorno. En definitiva, la información adquirida sobre los conocimientos generales del TDAH le permitió tomar conciencia del curso y evolución del trastorno de sus hijos y comprender qué es lo que realmente pasa. Aunque, a pesar de que los padres adquieran ese conocimiento, se debe tener en cuenta que es fundamental la participación de los familiares de estos niños ya que, los factores familiares pueden amplificar y mantener el trastorno. Por ello, los terapeutas necesitan asumir un papel psicoeducativo dirigido al entrenamiento sistemático en familias, ya que constituye un factor esencial en el éxito de las intervenciones terapéuticas.

3.2.5 *Terapia familiar*

Como ya se mencionó anteriormente, y retomando la importancia del papel de la familia en la intervención y evolución del trastorno, hablaremos del tratamiento familiar. La terapia familiar ayudará a la familia a desarrollar estrategias efectivas para enfrentar y manejar las dificultades derivadas de la presencia de TDAH. El objetivo principal es generar cambios en el funcionamiento familiar; de tal modo que permita entender y aceptar el TDAH con sus implicaciones (NICE, 2009/2016). Desde sus diferentes modelos (sistémico, estratégico, estructural, narrativa, entre otros) se puede obtener una nueva organización familiar, mejorar la comunicación entre los miembros, y la búsqueda de soluciones ante los problemas que no son tan evidentes pero que sí existen dentro de casa (NICE, 2009/2016). Se ha identificado que cuando los padres no comparten el mismo estilo educativo pueden caer fácilmente en una relación conflictiva dentro de la pareja acerca de las creencias y la forma de llevar a cabo la práctica educativa con sus hijos. Y este conflicto conduce a más desacuerdos sobre cómo manejar el comportamiento de su hijo con TDAH (Sánchez, 2015). Por lo que la terapia familiar puede ayudarles a que lleven un funcionamiento familiar adaptativo, el cual se ha definido como la adaptación de forma adecuada a los desafíos cotidianos, junto con el apoyo entre los padres (Minuchin, 1974; citado en Sánchez, 2015).

Dentro de la intervención, el terapeuta debe prestar atención a la dinámica familiar para que obtenga comprensión de cómo funcionan las relaciones dentro de la familia, puesto que el comportamiento de uno puede influir en el cambio del comportamiento del otro. Siguiendo esta perspectiva familiar, también es importante considerar a los hermanos de estos niños. En este caso, lo que está presentándose en el día a día con las necesidades del niño con TDAH influye notablemente, puesto que pareciera exigir más atención comparada con la solicitada por los hermanos sin TDAH. Mientras que los hermanos pueden brindar cariño y apoyo (Kendall, 1999; citado en Young & Smith, 2017) también pueden sentirse minimizados o que los pasan por alto y envidian la atención recibida a su hermano. Aquí, el papel de los padres es importante, porque deben mantener relaciones familiares positivas al asegurar que se satisfagan las necesidades de todos los

hermanos, y que las recompensas y las sanciones sean justas. Por lo tanto, el terapeuta no solo debe enfocarse en las necesidades de el niño, sino también sobre las necesidades de otros miembros de la familia y considerar si éstas se están cumpliendo (Young & Smith, 2017).

Así es que, entre los recursos familiares de que se vale la terapia familiar se encuentran la integración, cooperación, consideración positiva de la situación, incrementar las redes de apoyo social. Debido a que algunas situaciones disruptivas pueden variar con la edad y con el estado de desarrollo del niño, los padres describen que la vida en una familia con TDAH es caótica, conflictiva y agotadora, acompañada continuamente de conflictos familiares, con consecuencias individuales, de pareja, o donde se involucraban los demás miembros de la familia (Kendall, 1998; citado en Roselló et al., 2003). Por lo que, el trabajo con la familia permite cambiar la concepción en torno a la problemática, de tal forma que se libere al niño de ser el responsable directo de los problemas familiares y conyugales (Pedraza, Perdomo y Hernández, 2009).

Por otro lado, al igual que los niños, los padres y profesores deben poder expresarse y requieren que se les escuche; proporcionar soporte a las familias, a los niños y los docentes ayuda también en la prevención, e influye en la disminución de los costos que el trastorno implica (Lasa y Moya, 2012), esto podría darse acudiendo y/o formando *grupos de padres de familia* que viven situaciones similares, donde se les brinda un espacio para que puedan compartir sus experiencias, despejar sus inquietudes, trabajar con sus emociones y al mismo tiempo retroalimentarse de otras experiencias compartidas (Ramírez, 2009).

3.3 Tratamiento psicopedagógico

Muchas veces, para el tratamiento, lo que se considera es más bien “la perturbación que la conducta del niño causa en el medio ambiente, por lo cual la medicación funciona como un intento de aplacar a un niño que se *porta mal*” (Levin, 2003; Keirse, 1998; citados en Bleichmar et al., 2007), lo cual deja aún lado el sufrimiento que el niño está pasando, en donde se presentan varias dificultades, y entre ellas están las que pueden obstaculizar su aprendizaje en el ámbito educativo.

El tratamiento psicopedagógico comprende un conjunto de prácticas para contrarrestar el impacto que el trastorno tiene dentro del ámbito escolar. Como ya se mencionó, el niño con TDAH puede tener dificultades para adquirir conocimientos que le permiten ser práctico en distintos ámbitos de su vida, uno de ellos es en el ámbito escolar. Esta intervención puede realizarse tanto dentro del horario escolar como extraescolar e involucra la participación de los profesionales de la educación: profesores y psicopedagogos. Se ayudará al niño a que compense su dificultad cognitiva a través del aprendizaje de diversas habilidades, así como favorecer las competencias académicas y potenciar el uso de los recursos educativos con los que cuenta (Montañez, 2014). Algunas de las formas en las que lo logrará son la planeación de tareas, rutinas, organización de actividades, modificación de las evaluaciones, técnicas de estudio, apoyo educativo, normas en el aula, entre otros.

Es fundamental que los docentes, además de contar con información y formación sobre el trastorno para identificar posibles señales que puedan estar presentes en los niños, también tengan conocimiento y entrenamiento tanto en el manejo de técnicas para promover conductas adecuadas, realicen modificaciones académicas como la aplicación de normas y límites recordándolas de forma activa en clase, adaptaciones en el aula (lugares tranquilos con suficiente espacio, sin muchas distracciones), presentar las tareas en segmentos cortos, utilizar descansos cuando se realizan tareas y actividades tediosas o de larga duración pues han mostrado su eficacia para potenciar su motivación y para desarrollar la atención y autorregulación ante las diferentes tareas escolares; también implementar sistemas de evaluación específicos del alumno con TDAH, dar órdenes e instrucciones de manera efectiva, hasta hacer modificaciones tanto metodológicas como curriculares, lo cual permitirá una intervención psicopedagógica exitosa (Alcaraz et al., 2012, citado en Saavedra, 2018; Sánchez, 2015; Miranda y Soriano, 2010).

Es importante resaltar que este tratamiento no solamente involucra al profesor, sino que todo el personal escolar debe contar con la preparación necesaria para favorecer comportamientos apropiados tanto dentro como fuera del salón de clase (Barrón, 2010; Fundació Sant Joan de Déu, 2010; NICE, 2009/2016). De acuerdo con esto, antes de solicitar que la escuela aplique programas de apoyo para niños

diagnosticados con TDAH, es necesario identificar si el personal educativo cuenta con el entrenamiento sobre este padecimiento; dicho entrenamiento comúnmente comprende información suficiente sobre el trastorno y los problemas de comportamiento que pueden presentar los niños con el diagnóstico, sugerencias para manejar estos problemas dentro de la escuela, sugerencias para estimular y motivar al niño, información de lugares donde pueda solicitar orientación y finalmente, trabajar en coordinación con los profesionales que atienden al niño y con los padres. Por otra parte, la intervención escolar también debe incluir adaptaciones y modificaciones curriculares adecuadas, con la finalidad de realizar las acomodaciones precisas para paliar los problemas de aprendizaje, las relaciones con los compañeros y la adquisición de habilidades en diferentes áreas (Antshel et al., 2009; Miranda y Soriano, 2010; Montañez, 2014).

Entre los factores que determinarán el éxito de un estudiante, están los padres y su colaboración con el personal escolar. El involucramiento de los padres durante todo el proceso es muy importante, ya que se trata de un tratamiento multidisciplinario, y muchas de las estrategias, además de servir en el ámbito escolar, ayudarán a dar estructura en la vida cotidiana del niño con TDAH. Ellos deben estar involucrados, estableciendo una relación de mutua cooperación. Los padres deben recibir información y orientación por parte de la escuela sobre las alternativas de atención y tratamiento, sin que se condicione la permanencia de su hijo en la escuela. También es necesario establecer acuerdos y canales de comunicación entre los profesionales de salud (psicólogo, psiquiatra, pediatra, neurólogo), centro escolar y padres para trabajar de manera conjunta dando reportes de la sintomatología del TDAH, con el objetivo buscar siempre una mejor calidad de vida para el niño.

3.4 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico debe ser manejado por un profesional de la salud (psiquiatra, pediatra, neurólogo), experto en TDAH y autorizado para la administración de éstos, después de realizar una evaluación completa y exhaustiva, en donde los resultados muestren una sintomatología muy grave o cuando otras intervenciones han fracasado (NICE, 2009/2016); y quien en conjunto con los

padres decidirá el medicamento más adecuado, dependiendo de la edad, gravedad del trastorno y condiciones comórbidas que presente; el profesional de la salud (psiquiatra, pediatra) también advertirá a la familia sobre el plan médico a seguir (NICE, 2009/2016), así como los efectos secundarios o adversos que puedan presentarse y el potencial de abuso del medicamento (NICE, 2008/2016), ya que a pesar de tener un resultado sobre los síntomas del TDAH, los efectos secundarios pueden ser poco tolerables tanto para el niño como para su cuidador, cuando éstos se desconocen. Sin embargo, se debe recordar que es recomendable que el tratamiento farmacológico deba conducirse conjuntamente con los tratamientos psicológicos y psicopedagógicos (Bauermeister, 2014) con la finalidad de lograr mejores resultados, ya que no existe evidencia de que los medicamentos promuevan el desarrollo social, emocional y psicológico en los pacientes (MTA Cooperative Group, 1999; Steer, 2005, citado en Furman, 2005), los cuales son necesarios para el tratamiento del TDAH.

A partir de las consideraciones, el profesional de salud (psiquiatra, pediatra) podrá decidir entre los distintos fármacos disponibles en el mercado; para el TDAH está la medicación estimulante aprobada por las instituciones competentes de cada país (NICE 2009/2016). En México el medicamento estimulante que más se prescribe es el metilfenidato, en tanto que el fármaco no estimulante más usual es la atomoxetina. Ambos medicamentos tienen efectos secundarios de tipo orgánico que se presentan durante su administración. A continuación, mencionaremos sobre los que son más comunes en nuestro país:

Metilfenidato: Mejor conocido como Ritalin, es el fármaco más utilizado en el ámbito clínico para este trastorno. Existen dos presentaciones de este fármaco, en una de ellas sus efectos se presentan de forma más prolongada y la otra es de corta duración, esto ha ayudado para optimizar el tratamiento del TDAH ya que, su posología va desde 0.3 mg/kg/día hasta 1 mg/kg/día (Teicher & Polcari, 2006, citados en Barragán et al, 2007); sin embargo, la dosis recomendada está en función del peso corporal del paciente, y se va disminuyendo de acuerdo a cambios favorables. Debe administrarse a niños mayores de 6 años (NICE 2009/2016). Se habla que, en caso de niños con tics (Síndrome de Gilles de la Tourette), la epilepsia, y el antecedente del abuso de sustancias no son contraindicaciones para

el uso de estimulantes, aunque deberán ser utilizadas con precaución (Pelham et al., 1987; Efron, Jarman & Barker, 1997, citados en Barragán et al., 2007). Por otro lado, es riesgoso en caso de niños psicóticos, porque incrementa la sintomatología (Benasayag, L, 2002; Goodman y Gilman's, 1995; Baughman, 2001; Carey, 2001; Efron et al, 1998; Vademécum,1999; citados en Bleichmar et al. 2007). Entre los efectos secundarios adversos de este medicamento se encuentra la dificultad para dormir y poco apetito, así como la presentación de dolor abdominal, vómitos, náuseas, cambios en la presión arterial, palpitaciones, irritabilidad, la tasa de crecimiento puede verse afectada (NICE 2009/2016; Vásquez, et al., 2010; Bleichmar et al. 2007).

Según la perspectiva médica, este medicamento es eficaz para ayudar a controlar la hiperactividad y los problemas de atención al actuar sobre el sistema nervioso y permitir un mejor funcionamiento del sujeto (Aguilar, 2015).

Atomoxetina: Su eficacia sobre la sintomatología es similar a la del metilfenidato (Moya, 2007; citado en Escardíbul, et al., 2012). Se recomienda especialmente en niños cuyo trastorno es de predominio inatento y con síntomas asociados de ansiedad y alteraciones del sueño (Vásquez, et al., 2010). Debe utilizarse con precaución en casos de hipertensión, taquicardia e hipotensión postural (Escardíbul, et al., 2012); también tiene efectos secundarios similares a los del metilfenidato como lo son dolor abdominal, cefalea, disminución del apetito, vómitos, mareos y pérdida de peso (Díaz, 2006, NICE, 2008/2016). La Guía NICE (2008/2016) resalta que todo niño medicado debe ser monitoreado con regularidad por el médico, especialmente aquellos que se les administra atomoxetina, ya que este medicamento puede generar reacciones adversas como agitación, irritabilidad, ideas suicidas, comportamientos auto-agresivos, entre otros. Las dosis recomendadas en escolares para la atomoxetina son de 1.2 mg/kg/día (Barragán, et al., 2007).

En caso de ser necesario, cuando existen trastornos relacionados con el TDAH, se prescriben varios medicamentos para el tratamiento de esas afecciones, por ejemplo, los antidepresivos tricíclicos, los alfa adrenérgicos pueden utilizarse para

los síntomas del TDAH como para insomnio (clonidina) y el valproato de sodio (Barragán, et al., 2007; Vásquez, et al., 2010; NICE 2009/2016).

Según lo recomendado por el *Algoritmo latinoamericano de TDAH* (Barragán, et al., 2007), se debe verificar que la medicación haya sido administrada a dosis y por tiempo adecuado antes de decidir modificarla, en el caso de metilfenidato un mes y en el caso de atomoxetina dos meses (seis semanas). La medicación requiere de un riguroso criterio y habrá que considerar como sugiere Esparza (2015), lo que la legislación impone al respecto, ya que en 2008 apareció una ley en México, para regular ciertos aspectos relacionados con la medicación del TDAH (Cámara de diputados), en ella se establece que los medicamentos solo pueden prescribirse por un profesional autorizado; se debe tener el consentimiento de los padres o tutores para su administración; también establece la ilegalidad de que los maestros diagnostiquen y mediquen a los niños o condicionen su estancia en la escuela.

Al utilizar la medicación en el tratamiento del niño, el clínico debe dar a los padres las indicaciones precisas como son las dosis exactas, debe explicarle los beneficios y costos, hará reevaluaciones periódicas y buscar un adecuado compromiso terapéutico (Franco, 2012) con el paciente para que el medicamento se administre y actúe adecuadamente durante su liberación dentro del organismo. Así mismo, se debe comunicar a los profesores que el alumno está bajo tratamiento farmacológico, con la finalidad de que apoyen a tomar las dosis correspondientes, así como realizar registros de las mejoras en cuanto al rendimiento académico, relaciones con sus compañeros y su comportamiento en ese contexto, ya que esa información puede ser de gran utilidad en las reevaluaciones que se harán con el profesional de la salud (psiquiatra, pediatra, entre otros). Aunque vale la pena mencionar que en caso de ser necesaria la prescripción de medicamentos, son preferibles las fórmulas de liberación prolongada para evitar que el niño tome el medicamento en la escuela, ya que esto incrementa el riesgo de estigmatización (NICE, 2008/2016).

3.6 Consideraciones finales para el tratamiento

Según la guía NICE (2009/2016), después de confirmar el diagnóstico de TDAH, los profesionales de la salud (psiquiatra, psicólogo, pediatra, neurólogo) deben

considerar proporcionar a todos los padres o cuidadores de todos los niños y jóvenes con TDAH manuales de autoinstrucción de este padecimiento y otros materiales como videos, folletos, y técnicas de comportamiento para brindarles herramientas para lo que implicará vivir con este padecimiento.

En el caso de prescribir un fármaco, se debe resaltar que los prescriptores (psiquiatra, pediatra, neurólogo) deben estar familiarizados con los perfiles farmacocinéticos de todas las preparaciones de liberación prolongada y de liberación inmediata disponibles para el TDAH en su país, para garantizar que el tratamiento se adapte de manera efectiva a las necesidades individuales del niño, joven o adulto (NICE 2009/2016).

Cuando se tome la decisión del tratamiento a seguir, se debe considerar que un adecuado plan de tratamiento debe proporcionar una revisión periódica y sistematizada, es decir, se establece cierto periodo de tiempo para consultar con el profesional de la salud acerca de los resultados con base en los objetivos que se están siguiendo conjuntamente con el profesor, el niño y con el padre. En el caso del tratamiento farmacológico, la guía NICE (2009/2017) sugiere que la dosis debe valorarse durante 4-6 semanas; y así evaluar el máximo beneficio clínico sobre el mínimo de efectos colaterales y ajustar la dosis (Ruíz, Gutiérrez, Garza y De la Peña, 2005).

Reiff (2011) menciona que las aportaciones que se den en cada revisión permitirán al equipo de trabajo adaptar aún más el plan de tratamiento de manera que pueda tener más efectos, si es que no se están cumpliendo los objetivos propuestos para disminución de los síntomas del TDAH; esto se haría mediante la reevaluación del diagnóstico original, los tratamientos utilizados, y se distingue la presencia de cualquier otra condición.

Capítulo 4

Intervención con padres de niños con TDAH

Sin duda, la percepción que tiene la propia familia, en este caso los padres ante lo que implica tener en casa a un hijo con TDAH, propiciará la búsqueda de ayuda sobre el tratamiento para quien lo padece. Brown y Pacini (1989; citados en Montañez, 2014) en un estudio acerca de las percepciones de los padres de niños con TDAH con respecto a su entorno familiar, encontraron que los padres de niños con TDAH percibieron un entorno familiar con menos apoyo, más estresante, menos cohesionado, altamente conflictivo y con baja autonomía y expresividad, en comparación con los padres de los otros dos grupos control en los que no se encontraba el TDAH en algún miembro de su familia. Los padres de niños con TDAH vieron sus familias con poco nivel de relaciones interpersonales. Como bien lo mencionan González, Bakker y Rubiales (2014), la crianza de un niño con TDAH ofrece numerosos retos y los padres usualmente reportan altos niveles de frustración en sus intentos de manejar y controlar su conducta; lo que vendría de la mano con la dificultad que notan al no contar con información pertinente acerca de la intervención que pueden hacer con sus hijos, para afrontar las dificultades que conlleva el trastorno.

Así mismo, el estudio desarrollado por Alizadeh, Applequist y Coolidge (2007; citados en Montañez, 2014), evidenció que los padres que tienen menos interacción afectuosa con sus hijos con TDAH, tienen también una comunicación menos eficaz y comprometida en su relación familiar. Para Presentación, Pintó, Meliá y Miranda (2009), es importante considerar la relación que existe entre el estrés que produce la crianza de los hijos con TDAH y el uso de técnicas de disciplina inadecuadas por parte de la familia, ya que esto potencializa la gravedad de los síntomas de TDAH.

Se observa que la manera en que los padres responden a las necesidades que presenta un niño con TDAH, influye notablemente en el desarrollo y/o mantenimiento de los síntomas; por lo que es importante no dejar de lado la orientación que deben tener los padres de familia, para que puedan manejar adecuadamente las situaciones de conflicto que usualmente se presentan dentro

de casa; aunado a eso, es importante tener en cuenta que la crianza del niño con TDAH no es materia fácil, razón por la que también los padres requieren apoyo terapéutico, especialmente cuando se sienten cansados, fatigados y emocionalmente agotados (Young & Smith, 2017).

En este sentido, Janin (2006) explica que la relación entre padres y niños con TDAH es especialmente difícil porque éste suele ser un niño que no corresponde al deseo de los padres; pero la situación se complica por el hecho de que la capacidad para tolerar al niño depende del estado emocional en que se encuentren los adultos, cuando éstos están angustiados, cansados, enojados o deprimidos, la dificultad para atender a un niño excesivamente demandante se incrementa. De ahí la importancia de incluir en la psicoterapia a los padres, no solamente para escuchar y contener su padecer, sino también para que tomen consciencia del papel trascendental que tienen en la vida del niño.

Existen antecedentes de que el trabajo adecuado con padres de niños con TDAH, produce efectos positivos. Por ejemplo, el estudio de Van Den Hoofdakker, et al. (2007; citados en Sánchez, 2015) evidenció que el trabajo con padres, redujo comportamientos disruptivos del niño y permitió la disminución de la medicación; esto evidentemente dependió en gran medida, de la expertez del equipo que llevó a cabo la intervención con los padres (Miranda, Amado y Jarque, 2001; Sánchez, 2015) para que se tuviera una orientación de calidad y efectiva.

Así mismo, en el estudio de Piedrahita, Henao y Burgos (2011) ante la evidencia previa del desconocimiento de los padres acerca del trastorno, se realizó una intervención promoviendo el conocimiento del TDAH. Los resultados de éste y del estudio anterior, coinciden en que llevar a cabo una orientación, y aportar mayor información a los padres, posibilita un diagnóstico y tratamiento oportuno, lo cual conlleva la disminución del deterioro tanto escolar como psicosocial en los niños, disminuyendo la posibilidad de otras alteraciones en la salud mental (Piedrahita, Henao y Burgos, 2011).

Por otro lado, Miranda, Presentación, García y Siegenthaler (2009; citados en Miranda y Soriano, 2010) implementaron un programa de intervención

multicomponente en los que los profesores y los padres recibieron entrenamiento paralelo y en los que se incluyó también una intervención especializada directamente con los niños. La base fundamental del programa fue la comunicación entre todos los participantes, de manera que tanto padres como profesores conocían en cada momento las técnicas que se estaban trabajando con los niños, a fin de facilitar la generalización de los aprendizajes. La intervención desarrollada integró un paquete de intervención con 3 programas diferenciados a lo largo de 10 semanas. El programa de intervención para los padres es destacada entre los otros dos ya que, fue adaptado del elaborado por Barkley (1987, 1997, 2013; citado en Miranda y Soriano, 2010; Sánchez, 2015), comprendiendo 10 sesiones de 2 horas, en las que, además de orientar a los padres sobre cómo apoyar el aprendizaje escolar de sus hijos, se dedicaron sesiones exclusivas para mejorar su salud emocional y brindar apoyo para conocer cómo afrontar las situaciones complejas que les plantea la crianza de sus hijos con TDAH; algo que, como ya mencionamos, es común que se presente en las familias, y es importante intervenir para un mejor bienestar familiar.

4. 1 Explicando el TDAH a los padres

Muchas veces como profesionales de la salud mental (psicólogo) nos encontraremos con padres de niños con TDAH, cansados, confundidos, desbordados, deprimidos y que, además, reciben constantes quejas por parte de la escuela a la que asiste su hijo (Janin, 2006); padres que han pasado por distintos problemas que no han sido fáciles de manejar, y en la mayoría de los casos, también buscan ser escuchados por el profesional. Estas circunstancias producen un estado de vulnerabilidad en los padres, que los vuelve proclives a aceptar tratamientos erróneos de cualquier persona y/o institución, buscando algún método que les ofrezca una solución rápida, fácil y, en muchos casos, la curación del trastorno.

Más que culpar a los padres, es importante tener una actitud empática, receptiva, responsable y ética para proporcionar información precisa sobre el TDAH y no restar importancia a las quejas que comuniquen tanto los padres como los mismos

niños, esto implicará que se deba cuestionar mitos e integrar distintos puntos de vista a través del diálogo. Dado que los padres son las personas más importantes en el entorno inmediato del niño, se sugiere que trabajen sus propias emociones a través ya sea de la psicoterapia o de grupos de apoyo a padres, donde también podrán despejar sus dudas, compartir experiencias e incluso retroalimentarse de las vivencias compartidas; todo esto a la vez, esto posibilitará a que ellos realicen una interpretación y comprensión más adecuada de su hijo y del trastorno en general (Korzeniowsk y Ison, 2008; Ramírez, 2009).

Así mismo, se debe promover empáticamente un cambio de actitud frente a las dificultades que el trastorno ocasiona, y las posibles causas con las que se pueden trabajar, lo que permitirá prevenir o disminuir la presencia de otras afectaciones en la vida diaria de su hijo. En el trabajo con padres se enfatiza que el TDAH se puede manejar, pero que la información no es suficiente, ya que se requiere de que se comprometan y sean responsables en su papel, y que al mismo tiempo ayuden a su hijo a compensar las dificultades y fomentar los talentos que posean como apoyo para su mejor desarrollo (Korzeniowsk y Ison, 2008).

Se debe facilitar la atención y apoyo familiar a quien lo requiera, o en aquellos casos en los que se detecten problemas en el funcionamiento familiar (Poza, et al., 2010). Por ejemplo, cuando se detecta que los padres suelen culparse por los problemas del niño o ser muy críticos el uno del otro en su papel de crianza; ya que esta discrepancia causa una gran cantidad de estrés marital y una mayor tasa de divorcio, la cual impacta directamente en la dinámica familiar en donde el niño con TDAH se desarrolla (NICE, 2009/2016; Sánchez, 2015).

Así mismo, como parte de las consideraciones éticas en la relación con el paciente en el campo de la salud, se dice que además de obtener la autorización del padre, madre o tutor, se debe buscar la cooperación voluntaria del menor. Por lo que, es primordial que lo anterior se realice una vez que se le ha informado en términos comprensibles para su desarrollo cognitivo, lo que es conveniente para su atención (Vásquez, et al., 2010).

Se debe desmitificar el TDAH apoyándose de diferentes metáforas y ejemplos que les sean útiles; por lo cual es importante permitirle que ellos mismos den su testimonio acerca de lo que sepan del trastorno, de lo que conozcan sobre lo que les está pasando desde sus síntomas hasta lo que van a trabajar en la intervención. Se incluirá la explicación de dificultades, así como las fortalezas y atributos con los que cuentan (Sotelo, 2009), así que, primeramente, se deben explorar esas características de cada niño con el que se trabaje. También es importante que los padres sepan que su hijo cuenta con sus propios talentos y habilidades, y que pueden diferir de las que ellos mismos tienen (Young & Smith, 2017).

Al involucrar tanto al niño como a la familia se debe mantener su participación en el tratamiento, y la asistencia de los padres a los grupos de apoyo cuando sea necesario, recordándoles que una parte del tratamiento implicará llevar una planeación de las actividades diarias del niño, fomentar la relación positiva entre los miembros de la familia, monitorear el manejo de reglas claras y apropiadas para reducir los síntomas presentados en su comportamiento, así como explicar que la orientación y apoyo que se da a los padres tiene como objetivo enriquecer sus habilidades parentales para compensar necesidades que se presenten con sus hijos; por tal razón, hay que asegurarse que los padres tengan expectativas realistas del niño al establecer objetivos en casa, ya que esto también influirá en que se lleven a cabo las actividades con el niño (Young & Smith, 2017). Dichas estrategias se describen con mayor detalle en la propuesta de guía para padres (ver Anexo 1).

Como hemos visto a lo largo de cada capítulo, la familia tiene un papel importante en el TDAH, pues será a partir del conocimiento que tengan acerca del trastorno que se pueda intervenir para disminuir o controlar las consecuencias que éste ocasione en la vida del niño que lo padece. Más allá de brindar herramientas para compensar las dificultades en casa, es pertinente facilitar información y asesoramiento a los padres y familiares de estos pacientes, acerca de las alternativas y tratamientos que se sabe pueden ayudar a llevar un tratamiento particular para su hijo (Barragán, et al., 2007).

Que como profesionales de la salud podamos contar con información suficiente sobre el trastorno y lo que implica, ayudará a responder dudas e inquietudes de los padres y los niños; por lo que, esta investigación sirve de apoyo para dicho requisito, como también lo hace la propuesta de guía para padres de niños con TDAH que a continuación se presentará.

Referencias del estado del arte

- Academia Americana de Pediatría [AAP] (2005). *Escala de Evaluación NICHQ Vanderbilt*. Estados Unidos: Academia Americana de Pediatría e Iniciativa Nacional en favor de la Calidad del Cuidado de Salud Infantil
- Aguilar, D. I. (2015). *El niño referido con TDAH: La perspectiva de sus madres* (Tesis de licenciatura). UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México.
- Amador, J.A.; Idiázabal, M. A.; Sangorrín, J.; Espadaler, J.M. y Forns, M. (2002). Utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema* 14(2), 350-356.
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry [AACAP]. (2007). *Getting Treatment*. EE. UU: AACAP. Recuperado de http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Resource_Centers/ADHD_Resource_Center/ADHD_A_Guide_for_Families/Getting_Treatment.aspx
- Antshel, K. M., Macias, M. M. & Barkley, R. A. (2009). The child with attention deficit hyperactivity disorder. En D. B. Ronald (Ed.). *Clinical Pediatric Neurology* (p.p. 525-539). New York: Demos Medical Pu.
- Aragónés, E., Piñol, J.L., Ramos, J. A., López, G., Caballero, A. y Bosch, R. (2010). Prevalencia del déficit de atención e hiperactividad en personas adultas según el registro de las historias clínicas informatizadas de atención primaria. *Revista Española de Salud Pública*, 84, 415-420.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Ed*. Arlington, V. A: American Psychiatric Association.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2002). López-Ibor, A. J. J. y Valdés, M. M. (trad.). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IVTR*. Barcelona: Elsevier Masson.

- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactive disorder: A hand book for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press. ISBN: 1-59385-210-X
- Barragán, E. et al (2007). Primer Consenso Latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Latino América. *Medigraphic*, 326-343.
- Barrios, O., Matute, E., Ramírez, M.L., Chamorro, Y., Trejo, S. y Bolaños, L. (2016). Características del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares mexicanos. *Suma psicológica*, 23, 101-108.
- Barrón, J. (2010). *Intervención psicoeducativa para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* (Tesina de licenciatura). Universidad Pedagógica Nacional, México.
- Bauermeister, J. J. (2014). *Hiperactivo, impulsivo, distraído: ¿me conoces?: guía acerca del déficit atencional (TDAH) para padres, maestros y profesionales*. New York: Guilford.
- Bleichmar, S. et al. (18/10/2007). *Consenso de expertos del área de la salud sobre el llamado "Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad". Simposio ADD–Niños desatentos e hiperactivos*. Argentina. Recuperado de: <http://www.forumadd.com.ar/consenso.html>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (28 de mayo de 2008). *Proyecto de decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Educación. Dictamen LX/III/1/065*. Recuperado de www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/.../file/TDAH.pdf
- Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD). (2015). *For Parents & Caregiver*. Recuperado de <http://www.chadd.org/Understanding-ADHD/For-Parents-Caregivers.aspx>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], (2016). *Medición de la pobreza*. México: CONEVAL. Recuperado de http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Pobreza_16/Pobreza_2016_CONEVAL.pdf

- Cornejo J.W., Osío O., Sánchez, y., Carrizosa J, et al. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *REV NEUROL*, 40(12), 716-722.
- Cornejo, E., Fajardo, B.F., López, V.M., Soto, J. & Ceja, M. (2015). Prevalencia de déficit de atención en escolares de la zona noreste de Jalisco, México. *Revista médica MID* 6(13), 190-195.
- Cubero, C.M. (2007). Escuela y docencia: Esenciales para el éxito académico y personal de personas con trastornos de déficit de atención. *Actualidades Investigativas en Educación*, 7(3), 1-28. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/447/44770313/>
- Douglas, V. (1972). Stop, Look and Listen: the problem of sustained attention and impulsive control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 4(4), 259-282.
- Eisenberg, L. (1972). Symposium: Behavior modification by drugs. III. *The clinical use of stimulant drugs in children. Pediatrics*, 49(5), 709 – 715.
- Escardíbul, M., Mabres, M., Martínez, B., Montaner, A., y Segú, S. (2012). Guía práctica clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH). En M. Mabres (coord.). (2012). *Hiperactividades y déficit de Atención. Comprendiendo el TDAH* (pp.18-49). Barcelona: Octaedro.
- Esparza, E. M. (2015). *Los síntomas del TDAH, sólo la punta del iceberg. Clínica de lo negativo* (Tesis doctoral). Colegio Internacional de Educación Superior, México. doi: 10.13140/RG.2.1.4827.7360.
- Esparza, E. M. y González, D. R. (2018). Conflictos emocionales de los niños con trastorno con déficit de atención e hiperactividad. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 21 (1), 82-99.
- Facultad de Psicología, UNAM (2008). *Opción de Titulación: Tesis*. Recuperado de <http://www.psicol.unam.mx/Principal/Titulacion/Pdfs/Tesis.pdf>

- Faraone S.V., Perlis, R.H., Doyle, A.E., Smoller, J.W., Goralnick, J.J., Holmgren M.A., et al. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 57(11), 1313-23.
- Feixas, G. y Miró, T. M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Fernández, M A. (2013). El TDAH debe ser una realidad para todos. *Revista Médico-Científica "Luz y Vida"*, 4(1) 65-66. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=325029251014>
- Figuroa, A. S. y Campbell, O. A. (2014). Determinantes Sociales de la Salud; su Relevancia en el Abordaje de los Problemas de Salud Mental Infantil. El Caso del TDAH. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*, 31(2), 66-76.
- Foley, M. (2011). A Comparison of Family Adversity and Family Dysfunction in Families of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Families of Children without ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16, 39-49. doi: 10.1111/j.1744-6155.2010.00269.x
- Franco, A. (2012). Temas controversiales en el TDAH. *Revista latinoamericana de bioética*, 12(2), 100-105.
- Fundació Sant Joan de Déu (coord.), (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Cataluña: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Furman, L. (2005). What is Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)? *J. Child Neurol*, 20, 994-1002. doi: 10.1177/08830738050200121301
- García, J., Santed, M. A., Cerdán, C. y Alda, M. (2010). Tratamiento del trastorno por déficit de atención. *Aten Primaria*, 39(12); 671-674.
- García, M.D., Prieto, L.M., Santos, J., Monzón, L., Hernández, A., San Feliciano, I. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema actual. *An Pediatr (Barc)* 69(8), 244-250.

- González, R., Bakker, L. & Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), pp. 141-158.
- Gratch, L. (2000). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD)*. México: Médica Panamericana.
- Hallowell, E. y Ratey, J. (1994). *The evolution of a disorder*. Recuperado de: <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/medicating/adhd/evolution.html>
- Hoffmann, H. (1871). *Der Struwwelpeter. [Pedro Melenas]*. Alemania: Null Papier Verlag. Recuperado de www.null-papier.de/struwwelper.
- Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Ambulatory pediatrics*, 7 (suple1), 101-106. doi: 10.1016/j.ambp.2006.04.011
- Janin, B. (coord.) (2006). *Niños desatentos e hiperactivos (ADD/ADHD). Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Buenos Aires: Noveduc.
- Johnston, C. & Mash, E.J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 4(3):183-207.
- Korzeniowsk, C., y Ison, M. S. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 12(1), 65-71.
- Lasa, Z. A. y Moya, J. (2012). Discusión a partir de la Guía de práctica clínica sobre el TDAH y de los casos clínicos presentados. En M. Mabres (Coord.). *Hiperactividades y déficit de atención. Comprendiendo el TDAH* (pp. 101-117). Barcelona: Octaedro.
- Lopera, J. (2017). Psicoterapia psicoanalítica. *Rev. CES Psicol.*, 10(1), 83-98.

- López, G., De Foronda, P. y Lozano, S. (2012). *Evolución histórica del concepto TDAH*. Ministerio de Educación Cultura y Deporte: INTEF. Recuperado de: http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/m1/evolucin_historica_del_concepto_tdah.html
- Mabres, M. (coord.). (2012). *Hiperactividades y déficit de Atención*. Comprendiendo el TDAH. Barcelona: Octaedro.
- Martínez, N. C. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *International journal of clinical and health psychology*, 6 (2), 379-399. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760210>
- Mas, C. (2009). El TDAH en la Práctica Clínica Psicológica. *Clínica y Salud*, 20(3), 249-259.
- McArdle, P., Prosser, J., Kolvin, I. (2004). Prevalence of psychiatric disorder: with and without psychosocial impairment. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 347-353.
- Miranda, A. y Soriano, M. (2010). Tratamientos psicosociales eficaces para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Información psicológica*, 100, 100-2014.
- Miranda, A., Amado, L. y Jarque, S. (2001). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una guía práctica*. Malaga: Aljibe.
- Molina, M. F. y Maglio, A. L. (2013). Características del autoconcepto y el ajuste en las autopercepciones de los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de Buenos Aires. *Cuadernos de Neuropsicología Panamerican Journal of Neurophychology*, 7(2), 50-71. doi: 10.7714/cnps/7.2.203
- Montañez, M. I. (2014). *Programa de intervención en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y familia* (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura, Badajoz.

- Moraga R.B. (2008). *Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Madrid: Draff Editores.
- MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention–déficit/hyperactivity disorder. *Archgen Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE), (2008/2016). *Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, Young people and adults*. Gran Bretaña: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE), (2009/2016). *Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, Young people and adults*. Gran Bretaña: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Nixon, E. (2001). The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: a review of the literature. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 6 (4), 172-180. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1475-3588.00342>
- Norton, A. (9 de enero de 2017). ¿Es el ejercicio un antídoto para los problemas conductuales en los estudiantes? *HealthDay News*. Recuperado de <https://consumer.healthday.com/espanol/kids-health-information-23/attention-deficit-disorder-adhd-news-50/iquest-es-el-ejercicio-un-ant-iacute-doto-para-los-problemas-conductuales-en-los-estudiantes-718547.html>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios diagnósticos de Investigación. CIE-10*. Madrid: Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (s/f). *Temas de salud*. Epidemiología. Recuperado de <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>

- Palacios, C. L., Peña de la, F., Valderrama, A., Patiño, R., Calle, P. S. P. y Ulloa, R. E. (2011). Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicano acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental, 34* (2), 149 -155.
- Palmer, E. y Finger, S. (2001). An early description of ADHD (Inattention Subtype): Dr. Alexander Crichton and the “Mental Restlessness” (1798). *Child Psychology and Psychiatry Reviews, 6* (2), 66-73.
- Parellada, M. (2009). TDAH. *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta*. Madrid: Alianza editorial.
- Pedraza, V. S. F., Perdomo, C. M. F. y Hernández, M. N. J. (2009). Terapia Narrativa en la coconstrucción de la experiencia y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica de TDAH. *Universitas Psychologica 8*(1), 199-214.
- Peña de la, F., Palacio, J. D. y Barragán, E. (2010). Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. *Rev. Cienc. Salud 2010, 8*(1), 95-100.
- Piedrahita S., L. E., Henao, A., y Burgos, P.A. (2011). Intervención educativa para promover el conocimiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) con padres de familia de una institución educativa. *Enfermería Global, 10*(23),140-146. doi: 0.4321/S169561412011000300009
- Polanczyk, G., Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J. & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry 164*, 942–948. doi: 10.1176/appi.ajp.164.6.942
- Poza, M., Valenzuela, M.V. y Becerra, D. (2010) Guía 1. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (3-25). En *Guías clínicas hospital psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro*. México: Secretaría de salud.
- Presentación, M.J., Pinto, V., Meliá, A. y Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de Psicología, 2*(3), 18-26.

- Quinn P, & Wigal S. (2004). Perceptions of Girls and ADHD: Results From a National Survey. *MedGenMed* 6(2), 2. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1395774/#R5>
- Quiroga, R. J. A., Munsó, B. R., Cervelló, C. X., Morais, N. M., Giménez, G.E. & M. Brugué, C. M. (2006). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. Revista de Neurología* 41 (10), 600-606
- Rafalovich, A. (2001). The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877–1929. *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 22, 93-115.
- Ramírez, E. (2009). *El TDAH en preescolar*. (Tesis de licenciatura). UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México.
- Reiff, M. I. (Ed.). (2011). *ADHD. What every parent needs to know*. Illinois, USA: American Academy of Pediatrics.
- Rey, C. (2012). Pedro Melenas, el terror de las neuronas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 32(116), 877-887. doi: 10.4321/S0211-57352012000400014
- Rief, F. S. (2008). *The ADD/ADHD. Checklist. A Practical Reference for Parents & Teachers* (2ª ed.). U.S.A.: Jossey-Bass.
- Rivera, G.W. (2013). Etiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Características Asociadas en la Infancia y Niñez. *Acta de investigación psicológica*, 3(2), 1079-1091.
- Rivera, L., Martínez, R., Ortíz, A., Ramírez, B., Puente, C., Ramírez, M., Rodríguez, I. (2004). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en niños de edad preescolar en San Luis Potosí. *Rev Mex Neuroci*, 5(5), 462-468.

- Roselló, B., García, R., Tárraga, R. y Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *REV NEUROL* 36 (Supl 1), 79-84.
- Rubia, K., Alegría, A. y Brinson, H. (2014). Anomalías cerebrales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: una revisión. *Rev Neurol* 58 (Supl1), S3-S18.
- Ruíz, M., Gutiérrez, J., Garza, S. y De la Peña, F. (2005). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Actualidades diagnósticas y terapéuticas. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 62(2), 145-152.
- Saavedra, P. M. (2018). *Comorbilidad del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños de 5 a 12 años*. (Tesis de licenciatura). UNAM, Facultad de psicología, México.
- Salend, S.J. & Rohena, E. (2003). Students with attention deficit disorders: an overview. *Intervention in school and clinic*, 38 (5), 259-266. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10534512030380050101>
- Salomonsson, B. (2011). Psychoanalytic conceptualizations of the internal object in an ADHD child. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10, 87-102.
- Sánchez, D. (2015). *Discrepancia educativa parental y TDAH: intervención psicoeducativa a través de un programa de entrenamiento a padres*. (Tesis doctoral). Facultad de educación. Universidad de Murcia, Murcia.
- Secretaría de salud (2002). *Programa específico de trastorno por déficit de atención 2001-2006*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de salud (2017). *Cinco por ciento de la población infantil y adolescente presenta TDA*. Recuperado de <http://www.gob.mx/salud/prensa/035-cinco-por-ciento-de-la-poblacion-infantil-y-adolescente-presenta-tda>.
- Seitler B. N. (2011). Is ADHD a Real Neurological Disorder or Collection of Psychosocial Symtomatic Behaviors? Implications for Treatment in the Case

of Randall E. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 10, 116-129.

Serrano, E.; Guidi, M., y Alda, J.A. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. *Actas Esp Psiquiatric*, 41(1), 44-51.

Sotelo, G. (Coord.) (2009). *Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada*. México: CENETEC.

Soutullo, E. (2004). *Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: Panamericana.

Soutullo, E. C. (2003). Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Med Clin (Barc)*, 120 (6), 222-226. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(03\)73657-4](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(03)73657-4)

Timimi S. & Taylor E. (2003). *ADHD is best understood as a cultural construct*. *The British Journal of Psychiatry*, 84(1) 8-9. DOI: 10.1192/bjp.184.1.8

Tripp, G., Shaughency, E., Langlands, R. & Mouat, K. (2007). Family interactions in children with and without ADHD. *Journal Child and Family studies*, 16, 385-400.

Vásquez, M.J., Cárdenas, E. M., Feria, M., Benjet, C., Palacios, L., Peña de la, O. F. (2010). *Guía clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Eds. Berenzon, S., Del Bosque, J., Alfaro, J., Medina-Mora, M. E. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

Young, S. & Smith, J. (2017). *Helping Children with ADHD: A CBT Guide for Practitioners, Parents and Teachers* (5ta ed.). USA: Wiley Blackwell.

Young, S., Fitzgerald, M., & J Postma, M. (2013). *ADHD: making the invisible visible. An Expert White Paper on attention-deficit hyperactivity disorder*

(ADHD): policy solutions to address the societal impact, costs and long-term outcomes, in support of affected individuals. Recuperado de http://www.europeanbraincouncil.org/pdfs/ADHD%20White%20Paper_15Apr13.pdf

Zuluaga, P. A. (2012). *Abordaje del TDAH desde el desarrollo psíquico temprano* (Tesis de maestría). Universidad de Manizales, Colombia.

Introducción a la guía

Hasta este punto se desarrolló el estado del arte de la cuestión, constituyendo el fundamento teórico bajo el cual se elaboró una propuesta de Guía para padres de niños con TDAH, que se presenta a continuación (ver Anexo 1).

Esta guía tiene como objetivo proporcionar a los padres información veraz y actualizada acerca del trastorno, la cual les permitirá tomar decisiones acerca del tratamiento adecuado para su hijo. Se espera que, además, puedan recurrir o emplear algunas de las sugerencias que se ofrecen, para disminuir o mejorar algunos de los síntomas que manifiestan los niños con el padecimiento.

Dicha guía está dirigida a cualquier padre que sepa leer, tenga un hijo que éste entre el rango de 6 a 12 años de edad y se sospeche o, haya recibido, el diagnóstico de TDAH. Consideramos que también puede ser útil para padres que estén interesados en el tema, o que incluso conozcan a otros padres a los que puedan sugerir su lectura.

Por otra parte, a corto plazo, esta guía se estará difundiendo en escuelas, hospitales y centros de salud tanto bajo la modalidad impresa como digital. Así mismo, el equipo que coordina la Dra. Eva María Esparza Meza, del cual formo parte, creará una página web cuya finalidad será proporcionar información y asesoría y la cual albergará la guía que aquí se pone a su consideración.

ANEXO I. GUÍA PARA PADRES DE NIÑOS CON TDAH

¿MI HIJO TIENE TDAH?

Autores: Ydalia Delgado Villegas.

Dra. Eva María Esparza Meza (coordinadora).

Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-DGAPA-PAPIME. PE 304917

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
--------------------	---

CAPÍTULO 1

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)	1
---	---

¿Desde cuándo existe el <i>TDAH</i> ?	1
---	---

¿Qué es el TDAH?	3
------------------------	---

El TDAH y otros síntomas	8
--------------------------------	---

¿Qué causa la presencia del TDAH?	10
---	----

Factor genético	10
------------------------------	----

Factores medio-ambientales	11
---	----

Factores psicosociales	12
-------------------------------------	----

Otros factores sospechosos de causar TDAH	12
--	----

CAPÍTULO 2

¿CÓMO SÉ SI MI HIJO TIENE TDAH?	14
---------------------------------------	----

¿Cómo se evalúa la presencia del TDAH?	23
--	----

CAPÍTULO 3

¿CÓMO SE TRATA EL TDAH?	27
-------------------------------	----

Tratamiento psicológico	31
-------------------------------	----

Psicoterapia	31
---------------------------	----

Psicoterapia de orientación psicoanalítica	32
--	----

Tratamiento cognitivo-conductual	32
--	----

Terapia familiar	33
------------------------	----

Tratamiento psicopedagógico	35
Tratamiento farmacológico	37
Consideraciones finales para el tratamiento	41
CAPÍTULO 4	
COMO PADRE ¿QUÉ PUEDO HACER PARA AYUDAR A MI HIJO CON TDAH?	
.....	42
¿Cómo trabajo el TDAH en casa?	43
Sugerencias para ajustar el entorno físico en casa	45
Reduzca distracciones:.....	45
Organice el espacio en casa:	46
Organicen juntos:	47
Sugerencias para promover comportamientos adecuados	48
Sugerencias para mejorar la atención	53
Sugerencias para fomentar su desarrollo	59
Sugerencias para promover una adecuada relación con su hijo	62
Sugerencias para apoyar el bienestar de su hijo	64
¿Cómo trabajo con la escuela?.....	68
Sugerencias para una adecuada relación familia- escuela	69
Sugerencias para apoyar su rendimiento escolar	71
BIBLIOGRAFÍA REVISADA:.....	75
BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA	80

INTRODUCCIÓN

En estos tiempos se entiende por inquietud a la actividad constante, desorganizada e impulsiva de una persona; el trastorno caracterizado por el exceso de movimiento y el déficit de atención es conocido como TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad), es un problema que afecta negativamente distintas áreas de la vida del niño que lo padece, y esto también suele afectar a toda la familia.

La mayoría de los padres observan por primera vez que sus hijos tienen una excesiva actividad; pero esto no se convierte en problema, sino hasta que se dan cuenta que este movimiento sin control se extiende a otros ambientes en el que el niño se desenvuelve, surgiendo complicaciones en la adaptación a los mismos. Ustedes como padres pueden aprender a usar técnicas que les ayudarán a manejar situaciones difíciles que comúnmente se presentan cuando un niño tiene TDAH; así mismo, esto ayudará a superar algunos problemas en su hijo como son la frustración de que no le salgan las cosas, mejorar su autoestima y rendimiento escolar, dificultades en sus relaciones sociales, y otros riesgos que conlleva este trastorno.

Sabemos que, para tomar decisiones bien informadas sobre la mejor forma de ayudar a su hijo, los padres deben aprender tanto como puedan sobre el trastorno y los tratamientos que pueden ser conveniente para cada niño, así como estar equipados con habilidades y estrategias que les ayuden en el manejo de los síntomas del TDAH.

Así pues, la guía que aquí se presenta pretende ser un apoyo y orientación para los padres, proporcionándoles amplia información sobre el TDAH; para ello, se emplea un lenguaje sencillo que le permita tener la mejor comprensión de lo que conlleva el padecimiento en los niños. Aunque esta guía está escrita principalmente para padres de niños con TDAH, muchos otros interesados en este tema (maestros, profesionales de la salud, familiares, amigos, entre otros) seguramente encontrarán información útil.

La información que se brinda, se seleccionó detenidamente con el fin de mostrar lo que las investigaciones han aportado acerca del conocimiento de este trastorno, lo mismo podemos decir acerca de las estrategias que se sugieren para realizar en casa y en conjunto con la escuela, que son dos de los ambientes que se trabajan de manera constante.

Ser padre es una experiencia única, también es una tarea extraordinaria, en donde siempre se querrá hacer lo mejor que se pueda para ayudar a nuestros hijos a buscar su propio bienestar. A menudo no es fácil vivir con un niño con TDAH, si de por sí criar a un hijo implica una gran responsabilidad, la crianza de un niño con este trastorno es también un gran reto; sin embargo, al leer este manual verá que cuanto más conozca sobre lo que implica el trastorno, desarrollará más fortalezas para ser más tolerante y empático con la situación de su hijo; también podrá identificar cómo ayudar y/o pedir ayuda, no solamente para su hijo, sino también para ustedes mismos, lo que redundará en que se sientan menos estresado en relación a la crianza.

Antes de comenzar:

A lo largo de la guía nos referiremos a su hijo (sea niño o niña) de diferentes formas como niño, paciente, hijo, entre otros, sin que estos denoten distinción por su género; se emplean con la finalidad de ser simples y claros, y de permitir fluidez en la lectura de la información.

OBJETIVOS

Para ustedes papás de niños con el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), esta guía tiene dos finalidades:

- En **primer lugar**, proporcionar información veraz y actualizada sobre el trastorno que, le permita conocerlo mejor y tomar decisiones acerca del tratamiento.

- El **segundo objetivo** es ofrecerle una serie de estrategias para manejar las situaciones que se presentan con su hijo.

Para presentar toda la información que se obtuvo de la revisión, esta guía se divide en cuatro capítulos; su contenido se explica a continuación:

Capítulo 1

- En este capítulo hablaremos de **generalidades del TDAH**, desde la historia de su término hasta las causas de su presencia en los niños, para apoyar una mejor comprensión.

Capítulo 2

- Aquí explicaremos cómo puede usted mismo **identificar la presencia del TDAH** en su hijo. Se orienta en el qué hacer y con quién acudir cuando existe la sospecha de TDAH.

Capítulo 3

- Explicaremos los **distintos tratamientos** que han sido eficientes en el trabajo con el TDAH, con la intención de que le sirva de apoyo para que decida con respecto a su hijo.

Capítulo 4

- Presentamos diversas **sugerencias para el trabajo** que puede realizar **en casa y con la escuela** de su hijo, en especial para trabajar con los síntomas principales del TDAH.

CAPÍTULO 1

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

En este capítulo haremos un breve recorrido por la historia de lo que hoy conocemos como Trastorno por déficit de atención con hiperactividad o TDAH. Del cual, en 2007, Barragán y sus colaboradores¹ nos dijeron que existen al menos 36 millones de personas en Latinoamérica con este padecimiento, aunque únicamente cerca del 10% de ellas, lleva un tratamiento multidisciplinario, es decir, donde participan varios profesionales de la salud.

¿Desde cuándo existe el *TDAH*?

La historia del TDAH es bastante larga, de ahí que las aportaciones más importantes y significativas anteceden a la actual clasificación de este trastorno. En 1904 se dio a conocer por primera vez un caso de lo que hoy en día es el déficit de atención. Pero por esas épocas todavía no se llamaba trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), Rafalovich, en 2001, nos menciona que se le conocía con alguno de los siguientes nombres: *secuela de encefalitis letárgica*, *lesión cerebral mínima*, *retardo leve*, *disfunción cerebral mínima*, *síndrome hiperkinético*; estos nombres se debían a que por ese entonces se creía que el trastorno era causado por un daño en el cerebro.

¹ Para consultar más información acerca de lo que mencionan los autores que presentamos a lo largo de esta guía, diríjase al último apartado llamado: Bibliografía; dicho apartado se dividirá en dos partes, una es la *Bibliografía revisada* con la que se elaboró esta guía, y la otra es *Bibliografía sugerida* para información extra que puede consultar.

Tiempo después, los investigadores abandonaron la teoría del daño cerebral porque no encontraron pruebas suficientes sobre dicho daño, así que se enfocaron en explicar el comportamiento de los niños que presentaban esta problemática. Luego las investigaciones fueron apoyando la idea de que cuando un niño se mostraba distraído, impulsivo e hiperactivo, era más bien debido a factores biológicos y no a una crianza inadecuada de sus padres o a una enfermedad neurológica, y, como dice Reiff en el 2011, fue así que apareció el término Trastorno por Déficit de Atención.

Finalmente, los científicos acordaron en 1987, usar el término de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

La manera en la que se ha entendido este trastorno ha variado dependiendo del momento histórico y de lo que se comprendía en ese entonces como comportamiento humano; sin embargo, algo que es importante mencionar es que los síntomas descritos en los niños, parecen ser siempre los mismos a pesar de que el nombre de cómo lo conocemos haya sufrido tantas modificaciones.

¿Qué es el TDAH?

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA), en El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), publicado en 2013, señala que el TDAH es un esquema de comportamiento constante, que incluye la inatención y la hiperactividad-impulsividad, comienza antes de los 12 años y obstaculiza el funcionamiento o desarrollo de la persona que lo padece.



Existen **3 tipos de TDAH**, dependiendo de cómo se presenten los síntomas principales:

1. Inatento:

- Cuando predomina la dificultad para prestar y mantener la atención. En este caso se llama Déficit de atención (TDA).

2. Hiperactivo/
Impulsivo:

- Cuando predomina el problema para controlar el movimiento y la impulsividad

3. Combinado:

- Cuando existen juntas la dificultad para atender y la hiperactividad/impulsividad. Este es el tipo más frecuente.

El TDAH afecta negativamente la vida del niño y su familia, impacta en el aprendizaje y rendimiento escolar, en sus relaciones con otros compañeros, en la dinámica familiar, pero especialmente en su propio estado emocional. Dependiendo del **nivel de impacto** que tenga se clasifica de la siguiente manera:

TDAH Leve,

- cuando la afectación en el funcionamiento es mínima.

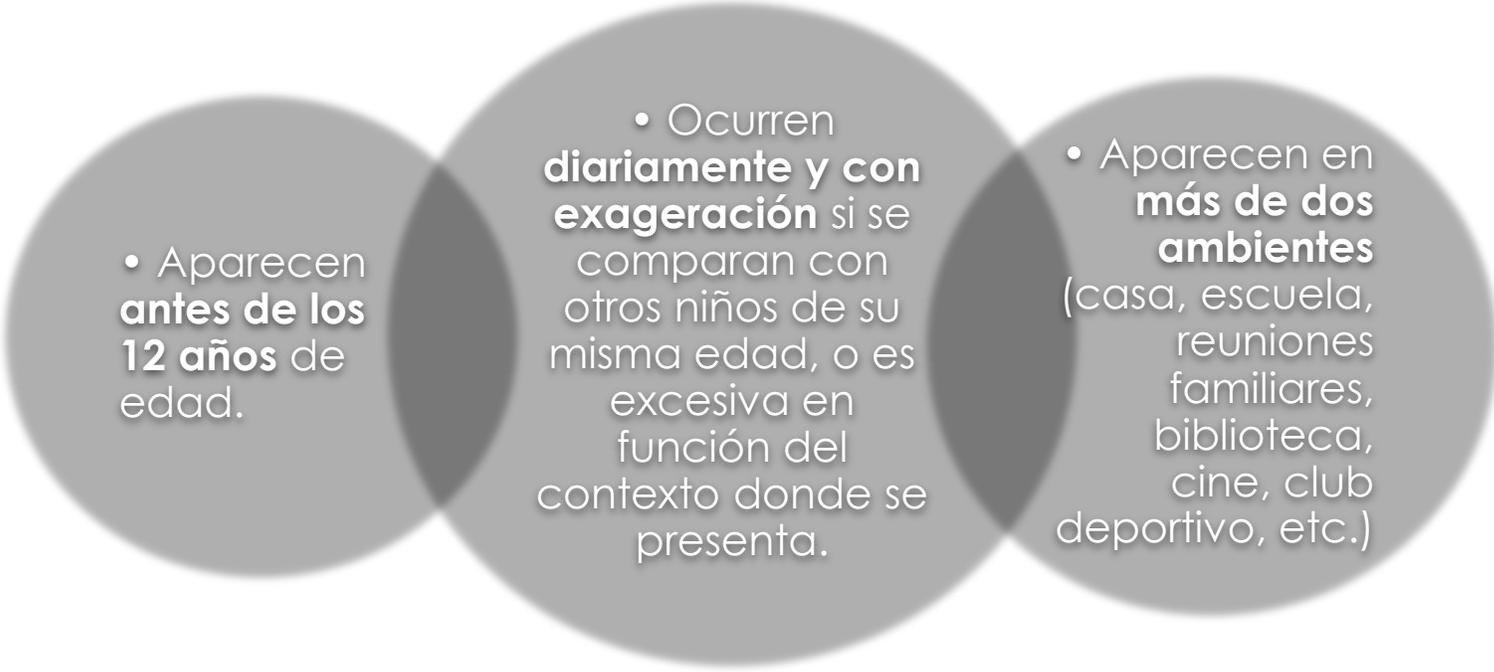
TDAH Moderado,

- cuando el deterioro en la vida del niño es considerable, sin llegar a ser grave.

TDAH Severo o grave,

- cuando el funcionamiento del niño se ha visto afectado en todas las áreas de su vida.

Los puntos anteriores nos dicen que existe una significativa dificultad en la capacidad del niño para controlarse a sí mismo; también deben considerarse los siguientes aspectos:



• Aparecen **antes de los 12 años** de edad.

• Ocurren **diariamente y con exageración** si se comparan con otros niños de su misma edad, o es excesiva en función del contexto donde se presenta.

• Aparecen en **más de dos ambientes** (casa, escuela, reuniones familiares, biblioteca, cine, club deportivo, etc.)

El trastorno no desaparece ni se cura.



El niño con TDAH no se comporta voluntariamente de forma inadecuada, pero tanto la familia como la escuela pueden hacer mucho para reducir el impacto de los síntomas, sin empeñarse en que éstos desaparezcan sino en lograr que, a pesar de ello, el niño consiga autorregular su comportamiento, para que los efectos negativos sean menos perjudiciales.

Sin embargo, tenga en cuenta que para saber si algún niño padece TDAH o no, sólo será mediante la realización de varias evaluaciones que llevará a cabo un profesional de la salud experto en TDAH, ya sea psicólogo, psiquiatra, pediatra, neurólogo; y que para su tratamiento se requerirá del trabajo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de la medicina, psicología y pedagogía; no obstante, hablaremos de estos temas en capítulos siguientes.

¿Qué tanto se presenta el TDAH en niños?

Entre la población infantil, las principales visitas con neurólogos, pediatras, psiquiatras infantiles y psicólogos clínicos suelen ser por este trastorno. En nuestro país, no existen datos actualizados sobre esto, aunque de acuerdo con Vásquez et al. en el 2010, se dice que es entre el 8 y el 12% de la población infantil y adolescente. Asimismo, por razones aún desconocidas, se considera que el TDAH es más frecuente en varones que en niñas.

El TDAH y otros síntomas

Serrano en el 2013 encontró que **el 87% de los niños con TDAH padecen al menos otro trastorno**. De igual forma como el TDAH puede presentar retos en la vida cotidiana, que existan otros trastornos que lo acompañen puede causar mayor daño en la parte social, emocional y psicológica del niño más aún cuando estos no se identifican con claridad ni se tratan como tal.

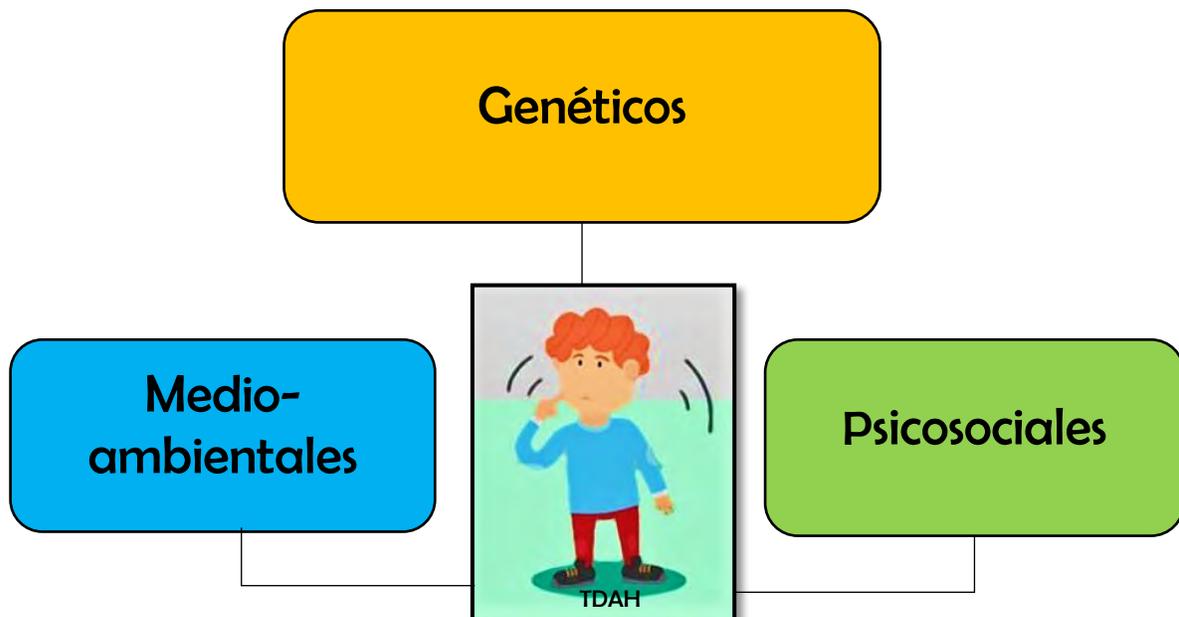
Cualquier trastorno puede relacionarse con el TDAH, pero los autores Barkley, Reiff y Serrano y colaboradores, han encontrado que los que comúnmente se presentan son:



Como bien menciona la Fundació Sant Joan de Déu, en la Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes, publicada en el 2010, la presencia de estas otras condiciones relacionadas con el TDAH va a influir en las decisiones sobre el plan de tratamiento y en los resultados que se obtenga al llevarlo a cabo, ya que **se necesitarán distintas intervenciones para el TDAH y sus trastornos asociados.**

¿Qué causa la presencia del TDAH?

No existe alguna causa definitiva que sea la responsable de la presencia del TDAH en el niño, lo que significa que tiene muchas causas que actúan juntas. Podemos decir que más que causas son factores relacionados entre sí, entre ellos se encuentran: **factores genéticos, ambientales y psicosociales**.



Factor genético

- Se ha encontrado que el TDAH puede heredarse en un 70% y 80% de los casos, esto nos dice que existe un importante porcentaje de padres de niños con TDAH que también han tenido el trastorno.
- Aunque se hable del factor genético, esto no quiere decir que sea la única causa del TDAH, más bien, se debe tener claro que solamente bajo determinadas condiciones, los síntomas aparecerán.

- A pesar de todo, aún debe investigarse más la importancia del factor genético.

Factores medio-ambientales

Existe una diversidad de factores de riesgo ambientales, entre éstos se pueden mencionar:

- *Prenatales y perinatales:* en la revisión que hace el autor Rivera en el 2013, encontró en diversos estudios que las madres de niños con el trastorno suelen presentar complicaciones *durante el embarazo*, especialmente el *hábito de fumar consumir alcohol*, posibles *niveles de fenilalanina en la madre*, de forma cuestionable *el estrés, la ansiedad, la preeclampsia y eclampsia, sufrimiento fetal crónico y el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos* durante el embarazo, todos ellos se relacionan con la existencia de TDAH.
- En el 2015, Esparza encontró que la falta de *deseo de tener un hijo y/o rechazarlo durante la gestación*, lleva a vivir el embarazo como algo sumamente desagradable, lo cual *influye en que* tempranamente aparezcan problemas en la relación vincular entre *la madre y el niño*.

A partir de los datos arrojados por diversos estudios, se concluye que cuando las madres tienen complicaciones durante el embarazo y parto, existe mayor probabilidad de que los niños desarrollen TDAH.

- *Familia:* En diversas guías de atención clínica del TDAH, como la de la Fundació Sant Joan de Déu de 2010 y la NICE (National Institute for

Health & Clinical Excellence) tanto del 2009 como del 2016 se destaca el dato de que las relaciones familiares discordantes, pueden ser una consecuencia tanto de vivir con un niño con TDAH, como un factor de riesgo donde existe mayor probabilidad de que un niño presente diversos problemas entre los que puede encontrarse el trastorno en sí.

Factores psicosociales

También son importantes las condiciones sociales en que nace y se desarrolla un niño, tanto en el origen como el que se agrave el TDAH en el niño. Por ejemplo, tanto la Secretaría de salud en el 2002, como diversos autores en años recientes, han señalado que el TDAH se ha asociado con:

- Situaciones de pobreza, abandono, abuso o enfermedad mental de los padres.
- Depresión materna y ausencia física o psíquica del padre.

Otros factores sospechosos de causar TDAH

- Existe la sospecha de que el consumo excesivo de azúcar, entre otros alimentos, tiende a aumentar la actividad motora en niños, sin embargo, que se controle su consumo tiene sentido para cualquier niño con o sin TDAH.
- Aunque no existe evidencia que considere que la influencia de la dieta favorezca la aparición de síntomas del TDAH, lo que sí podemos afirmar es que no alimentarse adecuadamente provoca serios problemas en el desarrollo del sistema nervioso y por ende en la capacidad de aprendizaje

de un niño, de tal modo que la falta de concentración de un niño mal alimentado, se puede confundir muy fácilmente con el síntoma de inatención del TDAH.

- Sin embargo, recomendamos tomar en cuenta llevar una **dieta para mejorar hábitos alimenticios** de su hijo y esto fomente una mejor salud tanto física como mental, sin olvidar que debe recurrir al asesoramiento profesional, como lo es un nutriólogo, para un adecuado manejo.

CAPÍTULO 2

¿Cómo sé si mi hijo tiene TDAH?



No todo niño inquieto y despistado tiene TDAH

Muchas veces, los padres se dan cuenta de que su hijo se comporta distinto de lo que hacen otros niños desde que es pequeño, sin embargo, ya sea por angustia, porque esperan que con el tiempo mejore, por ignorancia o incluso indiferencia, no buscan ayuda profesional. Sin embargo, cuando el niño ingresa a la escuela primaria y las exigencias aumentan, los síntomas comienzan a hacerse más visibles. Desafortunadamente es muy frecuente que lejos de atender y escuchar a un niño que presenta dificultades para mantener la atención y concentración en sus actividades o que se para constantemente, se le castiga, rechaza, o incluso se le suspende de la escuela.



Cuando el niño ingresa a la escuela primaria y las exigencias aumentan, los **síntomas** comienzan a hacerse **más visibles**. Desafortunadamente es muy frecuente que lejos de atender y escuchar a un niño que presenta dificultades para mantener la atención y concentración en sus actividades o que se para constantemente, se le castiga , rechaza, o incluso se le suspende de la escuela.

La falta de información tanto en el ámbito escolar como en la familia, provoca que no se atienda correctamente a un posible caso de TDAH e incluso que no se logren los resultados esperados. Dependerá en gran medida que, especialmente usted, tenga información y/o conocimiento adecuado para identificar si su hijo presenta dificultades en su aprendizaje, dificultades en el control de su comportamiento, o si presenta afectación en su autoestima debido a que frecuentemente recibe comentarios negativos, como niño *problemático*, *difícil*, *desobediente* por parte de la familia, profesores y/o compañeros; y como consecuencia de estos señalamientos el niño podría tener la sensación de ser

“diferente”, hasta llegar a ser aislado de las fiestas, de los juegos con sus compañeros, salidas familiares, u otras visitas a lugares públicos.

Para evitar que la situación se complique y prevenir los efectos que el TDAH tiene en el mundo emocional del niño, es importante que se realice una **detección** pronta de los posibles síntomas que dificulten el desarrollo de su hijo, y si existe la sospecha de la presencia del TDAH, usted acuda con un **profesional de la salud: médico, psicólogo, psiquiatra, pediatra, neurólogo**, especializado en TDAH, quien además de realizar el diagnóstico del problema, le apoyará para decidir las medidas necesarias y adecuadas para su manejo.

La ayuda suele buscarse cuando la situación ha rebasado la capacidad de resolución tanto de la familia como de la escuela, entonces comienza a presentarse una gran frustración y desesperación, no deje que esto le suceda:

Busque ayuda de manera oportuna.



Es importante mencionar que, en algunos casos, los síntomas principales del TDAH (inatención, hiperactividad e impulsividad) son parecidos a los comportamientos propios de la infancia. La forma de saber que son distintos es porque se presentan varias veces durante la semana o incluso en un mismo día; además, no solamente ocurren en casa sino también en otros lugares como la escuela, la iglesia, el club deportivo, las reuniones sociales; otra particularidad es su intensidad, así como los efectos que tiene en el aprendizaje, las relaciones familiares y sociales.

Si usted identifica algunas de estas características o la escuela le ha informado acerca del comportamiento del niño, quizá sea momento idóneo para solicitar que un profesional evalúe la situación. Para una mejor comprensión de esta cuestión, explicaremos de manera general cada uno de los síntomas distintivos del TDAH: Inatención, hiperactividad, impulsividad.

INATENCIÓN

Suele distraerse fácilmente con estímulos que están a su alrededor (imágenes, sonidos, movimientos en el entorno).

No presta atención a los detalles y comete muchos errores sus tareas escolares.

El niño **pareciera no escuchar** cuando se le habla directamente.

Evita, no le gusta participar, o es reuente en actividades que requieran sostener esfuerzo mental (como trabajos escolares o tareas en casa).

No cumple con las instrucciones hasta el final, por tal razón tiene problemas para terminar sus actividades de casa y tareas escolares (no se debe por comportamiento de oposición o por no entender las instrucciones).

Se le dificulta mantener la concentración mientras realiza sus tareas y/o actividades.

Olvida las actividades y/o tareas que debe realizar diariamente.

Pierde sus juguetes, libros, útiles escolares, entre otras cosas que le pertenecen y son necesarias para sus actividades.

HIPERACTIVIDAD

En cualquier contexto, muestra **incapacidad para controlar su inquietud.**

Puede **mostrarse inquieto** en su asiento, pararse de la mesa, saltar o correr por la casa sin razón alguna, o cuando en ese momento se espera que se mantenga en su lugar.

Puede **hablar en exceso** e interrumpir a las personas.

Se trepa a muebles y objetos en situaciones **inapropiadas y riesgosas.**

Se muestra **muy impaciente** cuando debe esperar su turno.

No puede **parar de moverse.**

La **actividad**, comparada con otros niños de la misma edad, es **desorganizada y excesiva**, no se ajusta a lo que se presenta en esa situación y cambia de una actividad a otra sin acabar alguna.

IMPULSIVIDAD

Interrumpe bruscamente su actividad o la de otros.

Se le dificulta esperar y posponer la satisfacción de sus necesidades. "Exige las cosas al momento".

Hace comentarios inadecuados en una charla.

Tiene dificultad para controlar sus emociones.

Se le dificulta pensar las cosas antes de actuarlas.

Se le dificulta pensar en las consecuencias de su comportamiento.

Comienza a hacer tareas sin esperar a que se acaben de dar las instrucciones.

Es impaciente y se aburre fácilmente.

Como ya se mencionó, la evaluación detallada de los síntomas corresponde al especialista de la salud (psicólogo, psiquiatra, pediatra, neurólogo); sin embargo, es necesario tomar en cuenta que, ante la sospecha de TDAH, la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) en el 2013 especificó los puntos que deben considerarse y que se muestran a continuación:



Muchos de esos comportamientos son comunes en la infancia, por lo que no significa que sólo con ellos se afirme que se tiene el trastorno. Pero cuando su hijo muestra un número significativo de esos síntomas o comportamientos, mucho más que otros niños de esa edad, y estos le causan problemas en su desempeño en la escuela, en el hogar y en otros entornos, usted debe acudir a que le realicen una evaluación exhaustiva. Para esto, así como lo hacen la Academia Americana de Pediatría [AAP], la Fundació Sant Joan de Déu, la NICE, y la American Academy of Child & Adolescent Psychiatry [AACAP], le sugerimos **acudir con un profesional de la salud (médico, psicólogo, psiquiatra, neurólogo)** calificado y especializado en TDAH, mencionándole lo que ha observado de su hijo considerando los puntos que anteriormente le presentamos, y los cuales le hacen sospechar que padezca dicho trastorno. El especialista se encargará de evaluar minuciosamente la situación, **para confirmar o rechazar el diagnóstico** y excluirá otros trastornos o problemas que puedan explicar lo que se está observando de su sintomatología.

En el siguiente apartado de esta guía le mencionaremos lo que se realizaría en la evaluación de un posible caso de TDAH.

¿Cómo se evalúa la presencia del TDAH?

Evaluar y diagnosticar si un niño tiene trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un proceso de varios pasos bastante detallados. Como bien lo menciona la asociación Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, (CHADD por sus siglas) (2015), esos procedimientos permitirán asegurar que todas las posibles causas de lo que se presenta en el niño, sean consideradas. La evaluación surgirá de un trabajo interdisciplinario, es decir, que esté integrado por profesionales de medicina, psiquiatría, neurología, psicología y pedagogía, pues como dice Esparza en el 2015, debe entenderse que cada niño se evalúa de manera distinta ya que cada caso es particular, por lo que se requerirá de bastante tiempo para realizar un diagnóstico correcto.

Ya que hasta ahora no existen marcadores biológicos, ni estudios neurológicos para el diagnóstico del TDAH, el proceso sigue siendo de tipo clínico, lo que quiere decir que cada profesional de la salud con el que acuda, utilizará diversas técnicas que complementarán la información para el diagnóstico que se está realizando. Toda esa información a su vez, determinará lo que sea conveniente poner en práctica durante el tratamiento. Por tanto, según la guía de la Fundació Sant Joan de Déu y la asociación CHADD, durante la evaluación se debe incluir lo siguiente:

Con cualquier profesional de la salud con el que asista, primeramente, deberá realizar:



Una **historia clínica del niño**. Aquí se incluyen datos como la revisión de antecedentes familiares, funcionamiento familiar y antecedentes personales.

Cuando acuda con un psicólogo y/o psiquiatra, seguramente llevarán a cabo:

- **Entrevistas detalladas** con usted, con el niño, y con otros adultos relacionados con el cuidado de su hijo; en las se buscará conocer acerca de lo que observan en el niño en los diferentes contextos en los que se desarrolla (casa, escuela, con amigos, etc.).
- También es posible que le hagan **cuestionarios de síntomas principales**, que contestarán ustedes y los profesores, aunque también podrían aplicarle al niño.
- Podrían realizar individualmente con su hijo diversas **pruebas psicológicas** que se consideren convenientes.

Cuando acuda con el pedagogo, quizá realice lo siguiente:

- Aplicar a su hijo **pruebas de inteligencia, o de detección de problemas de aprendizaje**, si hay dificultades académicas.
- **Informes del ámbito educativo** de su hijo.

El médico y/o pediatra, posiblemente realizarán:

- **Exploración física y psicopatológica** de su hijo, para descartar cualquier condición médica inusual que pudieran causar los síntomas.
- También podrían hacer **evaluaciones adicionales** como de visión, audición y lenguaje.

Como bien lo mencionan Mas en el 2009, y Escardíbul y colaboradores en años posteriores, considerando que los problemas de los niños con TDAH a menudo van más allá de lo que se conoce de la inatención, hiperactividad e impulsividad, se debe tomar en cuenta otros aspectos importantes para evaluar como su estado de salud físico, los aspectos emocionales, la interacción social, la dinámica familiar, así

como la valoración de las dificultades en la concentración, en el rendimiento escolar y la coordinación psicomotriz para comprender cómo los síntomas problemáticos se están manifestando.

Una vez que se ha obtenido la información necesaria, el profesional de la salud capacitado en el diagnóstico y tratamiento del TDAH en niños, se encargará de corroborar o rechazar el diagnóstico de dicho padecimiento.

Si el diagnóstico se confirma, la guía que coordina la Fundació Sant Joan de Déu recalca que, las intervenciones que podrían ayudar a su hijo deberán establecerse de acuerdo a la gravedad de los síntomas y a las otras condiciones que su hijo presente junto con el TDAH (otros trastornos y/o problemas). De igual forma, la guía NICE en el 2009 y su actualización del 2016, considera importante que se le informe el resultado de la evaluación a ustedes y a la institución escolar a la que asiste el niño en cuestión; así mismo, que se decida el tipo de tratamiento más conveniente para su hijo, y que le ofrezcan las recomendaciones necesarias para favorecer tanto la disminución de los síntomas, la dinámica familiar como el ajuste y rendimiento escolar.

El **diagnóstico**, como bien lo explica Esparza, implicará que **el profesional** de la salud especialista en TDAH, **escuche, observe y analice TODA la información disponible**, lo que permitirá diferenciar si padece otros problemas y, al mismo tiempo identificará hacia dónde se enfocará el tratamiento.

Para concluir con este capítulo, a continuación, le indicamos los puntos importantes que pasará durante el proceso desde la sospecha del TDAH hasta su diagnóstico confirmado, indicando como punto final el **tratamiento**, tema que se expondrá con mayor detalle en el siguiente capítulo.



CAPÍTULO 3

¿Cómo se trata el TDAH?

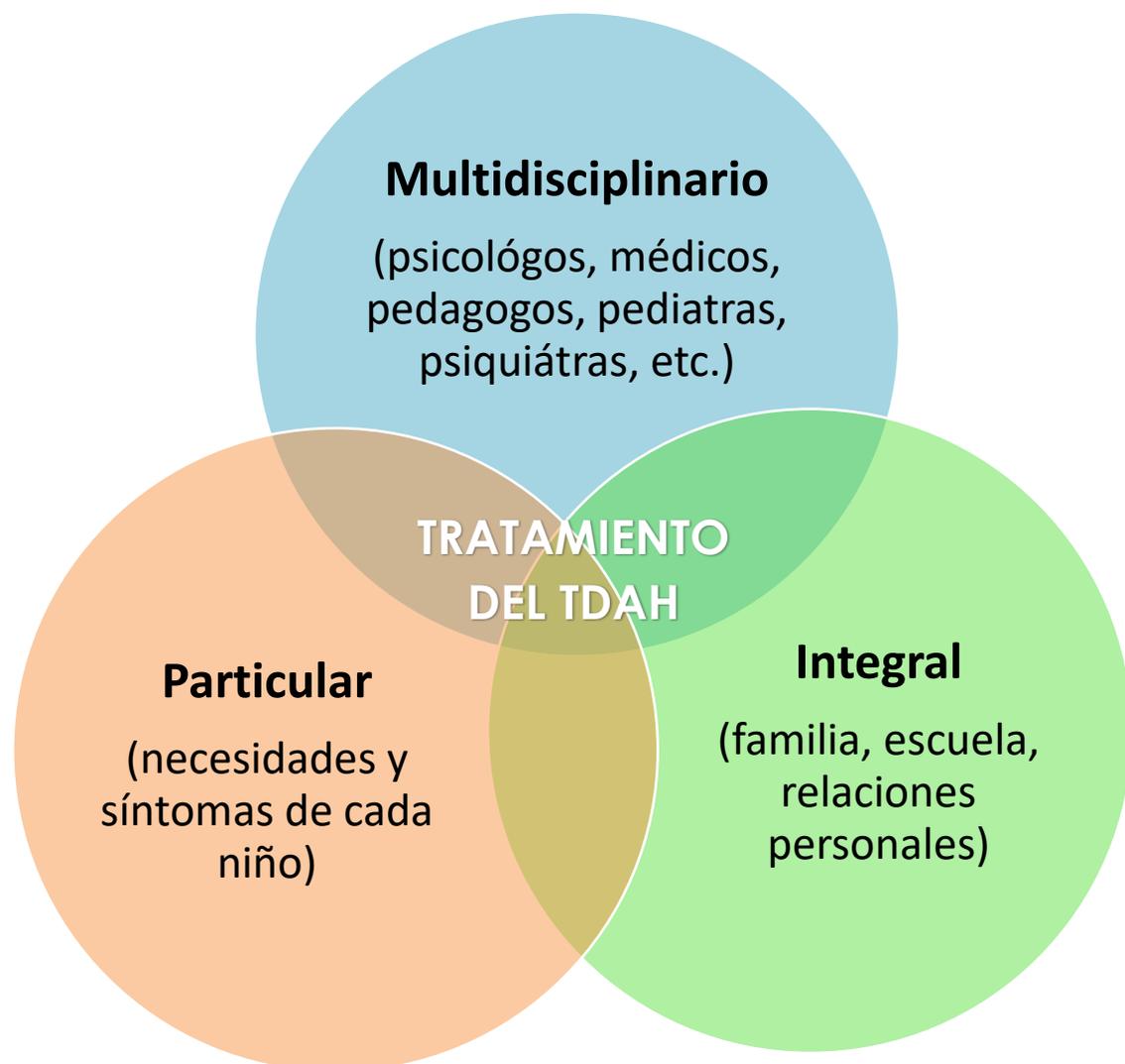
La confirmación del diagnóstico a veces puede ser un descanso para los padres, porque finalmente les han dicho lo que su hijo tiene y cuáles son las maneras de tratarlo; sin embargo, en otros casos puede ser una noticia difícil de asimilar, ya que a partir de ese momento comienza un largo y agotador proceso que implica muchas emociones y una mayor dosis de estrés para los padres.

Ante el diagnóstico algunos padres pueden sentir enojo, rechazo, aflicción, culpa y finalmente aceptación; por esto, cuanto más preparados estén, mejor podrán manejar la situación, porque al ayudarse a ustedes mismos están dando el primer paso para ayudar a su hijo a superar sus dificultades.

Al confirmar el diagnóstico de su hijo implica a partir de ese momento muchas emociones, podría sentir enojo, rechazo, aflicción, culpa y finalmente aceptación; por esto,

cuanto más preparados estén, mejor podrán manejar la situación, porque al ayudarse así mismos están dando el primer paso para ayudar a su hijo a superar sus dificultades.

Tratar el TDAH en niños con frecuencia incluye intervenciones psicológicas, médicas y educativas principalmente. La severidad y el tipo de TDAH pueden ser factores al momento de decidir cuáles componentes son necesarios. En el 2013, Serrano y colaboradores nos indicaron que el tratamiento se debe adaptar a las necesidades únicas de cada niño y su familia, y se modificará según su etapa de desarrollo, es por eso que se considera indispensable que sea un trabajo **multidisciplinario**, ya que involucra a diversos profesionales de la salud; y, por otro lado, debe ser **integral** debido al trabajo que se hace en los ámbitos donde los síntomas impactan negativamente en la vida del niño.



Que usted conozca los diferentes tratamientos que pueden utilizarse para el TDAH ayudará a que **tome la decisión**, junto con su hijo, acerca del tratamiento que les sea más conveniente seguir, ya que, como lo mencionan diversos autores esa elección les corresponde a ambos. Este padecimiento se puede tratar con éxito, más aún si usted trabaja en conjunto con las personas involucradas en el cuidado del niño y con los profesionales de la salud (psicólogo, psiquiatra, pediatra, neurólogo).

A continuación, le dejamos los puntos que tanto Antshel, Escardíbul y sus respectivos colaboradores, nos dicen que deben considerarse para realizar el plan de tratamiento para su hijo:



¿Cuál es el mejor tratamiento para el TDAH?

Un **tratamiento integral más recomendable** para su hijo con TDAH especialmente en el grado leve y moderado, incluye el entrenamiento a padres y profesores, así como el tratamiento psicológico para el niño que comprende la psicoterapia, el entrenamiento en habilidades sociales y el tratamiento psicopedagógico; lo que implica que tanto la familia, como los profesores y el propio niño deben tener la disposición de colaborar y aprender acerca de vivir con este trastorno. Las investigaciones como las mencionadas por Rief en el 2008 y en la guía NICE, han demostrado que los mejores resultados se obtienen cuando los padres, los maestros, los mismos niños y los profesionales participantes trabajan de manera colaborativa y en estrecha comunicación.

Es fundamental que tanto ustedes como los profesores tengan presente que se requiere un **tratamiento a largo plazo** donde se buscará es **disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas**, facilitar estrategias para su control, que se planea en función de los resultados de la evaluación y comprende distintas intervenciones.

A continuación, se presenta una breve reseña de los diferentes tratamientos.

Tratamiento psicológico

Coincidiendo con lo que nos indica la guía NICE, en sus continuas actualizaciones, la intervención psicológica es la **primera línea de intervención** cuando el diagnóstico es leve o moderado; es necesario considerar que el tratamiento requiere tiempo dentro del cual le deberán brindar información y orientación sobre lo que implicará, tanto a usted como a los maestros; así como que acudan a diversos tipos de atención psicológica para su hijo, pero que también requerirán de su participación.

Psicoterapia

La psicoterapia es una intervención donde una persona puede mostrarse más allá de los síntomas que presenta, mediante una escucha empática por el psicoterapeuta, la intervención pretende que los efectos del trastorno en la vida del niño vayan disminuyendo a medida que logre dotarse de herramientas para enfrentar las distintas dificultades que pueden presentarse por el trastorno, entre otros aspectos que ayudará a mejorar condiciones en los ámbitos de su vida.

Dentro de esta intervención existen diversos enfoques con los que se puede trabajar, entre los que se pueden mencionar el cognitivo-conductual, el familiar sistémico, el psicoanalítico, el humanista, etc. En este sentido, el abordaje se adecua a las necesidades del niño, de tal modo que, **dependiendo del caso** se podrá ofrecer **psicoterapia individual, psicoterapia de grupo**, y la participación de los padres o la familia y la escuela.

Psicoterapia de orientación psicoanalítica

En el 2000, el autor Gratch nos habla de que esta psicoterapia pone su **interés en conocer y comprender el sufrimiento de su hijo** para atender algún síntoma o síntomas, encontrar el significado o sentido de éstos e intervenir, junto con la tarea de reparación de su autoestima; otros autores indican que también es necesario **entender y atender su preocupación** como padres por lo que les brinda un espacio en el que puedan tratar y encontrar la manera de controlar su propia angustia.

Este tratamiento emplea la **terapia de juego**, que tiene la finalidad de que su hijo desarrolle o incremente su capacidad para regular sus emociones, trabajar su ansiedad, mejorar su tolerancia a la frustración, disminuir la agresividad y la impulsividad; así como mejorar sus relaciones interpersonales.

Tratamiento cognitivo-conductual

El tratamiento cognitivo-conductual es **uno de los enfoques más empleados en el tratamiento del TDAH**. Se ha utilizado mucho para brindar estrategias que les permita mejorar el comportamiento adecuado, la falta de atención y la impulsividad en su hijo. La terapia busca entender la relación que se presenta entre el comportamiento, el pensamiento y sus consecuencias, para que a su vez el niño aprenda a cambiarlos y logre manejarlas a resultados más deseables. Los objetivos de la intervención cognitivo-conductual son el **establecer hábitos de organización y planificación escolar; rutinas y normas en casa; mejorar su comportamiento, fomentar su independencia y mejorar habilidades en**

resolución de problemas, y toma de decisiones. Esta terapia a menudo combina aspectos conductuales y cognitivos, pero para el trabajo con los niños con TDAH se hace énfasis en alguno de los dos, así lo indica la guía NICE.

Este tratamiento también lo incluye a usted pues le enseñan técnicas que le ayudarán a manejar algunas conductas de su hijo (manejo de conductas, tiempo fuera, reforzamiento con elogios, modelamiento, solución de problemas), y como bien lo dice el autor Reiff en su guía sobre el TDAH publicada en el 2011 , también le brindarán orientación para que desarrolle otras estrategias que lo apoyarán en la crianza de su hijo de manera más eficaz y satisfactoria, y esto a su vez favorecerá a reducir las situaciones que le sean complicadas manejar dentro del hogar y demás ambientes.

Terapia familiar

El **objetivo principal** de la terapia familiar es que **dentro de su familia se les permita entender y aceptar el TDAH con sus implicaciones.** Desde sus diferentes trabajos terapéuticos se puede obtener una nueva organización familiar, mejorar la comunicación entre los miembros, y la búsqueda de soluciones ante los problemas que, aunque no sean tan evidentes seguramente están pasando dentro del hogar.

Grupos de apoyo: Como ya mencionamos al principio de este capítulo, quizá, luego de recibir el diagnóstico de TDAH en su hijo, usted podría sentirse confundido, desorientado, angustiado, por no conocer completamente de lo que implicará su papel para el manejo de ciertas situaciones, esto podría ocasionarle

ciertas emociones que sería conveniente pueda trabajarlas con apoyo psicológico, o también podría requerir un espacio para resolver sus inquietudes, donde se le brinde información veraz sobre el trastorno y sus implicaciones; de acuerdo con lo anterior, una **alternativa** válida es formar parte de los **grupos de apoyo familiar** donde además de **obtener información**, usted podrá **intercambiar experiencias** con otros padres de familia que viven situaciones similares, trabajar con sus propias emociones, así como el **compartir** sus **estrategias** para afrontar la crianza de un niño que ha recibido el diagnóstico de TDAH.

El siguiente recuadro resume el proceso del tratamiento psicológico:

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Psicoterapia:

Psicoterapia de orientación psicoanalítica

Tratamiento cognitivo-conductual

Terapia familiar

Grupos de apoyo

Es la primera línea de intervención cuando el diagnóstico del TDAH es leve o moderado.

Busca modificar o disminuir los síntomas del TDAH

Se considera necesario diversos tipos de atención psicológica.

Implica la psicoeducación, la orientación y apoyo a papás y maestros

Tratamiento psicopedagógico

Esta intervención puede realizarse tanto dentro del horario escolar como **extraescolar**, e involucra la participación de los profesionales de la educación: profesores y psicopedagogos. El investigador Montañez, en el 2014, reconoce que el apoyo psicopedagógico ayudará al niño a que compense su dificultad cognitiva a través del aprendizaje de diversas habilidades, así como favorecer sus competencias académicas y potenciar el uso de los recursos educativos con los que cuenta la escuela. Algunas de las acciones que se podrían implementar son: la planeación de tareas, rutinas, organización de actividades, adecuación de los mecanismos de evaluaciones, técnicas y hábitos de estudio, apoyo educativo, normas en el aula, entre otros.

Es fundamental que los docentes, además de contar con información y formación sobre el trastorno que les permita identificar posibles señales de TDAH, también tengan conocimiento y entrenamiento tanto en el manejo de técnicas para promover conductas adecuadas, como estrategias de enseñanza para niños con necesidades especiales, éstas incluyen desde ajustes a la organización del salón de clase, hasta modificaciones curriculares, lo cual posibilitará una intervención psicoeducativa exitosa.

Así como lo dice Barrón, las guías de la Fundació Sant Joan de Déu y de la NICE, es importante resaltar que este tratamiento no solamente involucra al profesor, sino que **todo el personal escolar debe contar con la preparación necesaria** para favorecer comportamientos apropiados tanto dentro como fuera del salón de clase. Por otra parte, Antshel y sus colaboradores en el 2009, nos

menciona que la intervención escolar también debe incluir adaptaciones y modificaciones curriculares adecuadas, con la finalidad de mejorar los síntomas de inatención y reducir los problemas de aprendizaje.



Entre los factores que determinarán el éxito de un estudiante en su desarrollo escolar se encuentra la participación constante de los padres y su colaboración con el personal escolar, ya que se debe recordar que fungen como aliados en el equipo de trabajo que lleva a cabo el tratamiento de su hijo.

Su involucramiento durante todo el proceso es muy importante, no se puede delegar la responsabilidad sólo a la escuela, ya que se trata de un tratamiento multidisciplinario, y muchas de las estrategias, además de servir en el ámbito escolar, ayudarán a dar estructura a la vida cotidiana del niño con TDAH. Es muy conveniente que se involucren desde el momento en que se les informa acerca de la sospecha de que su hijo tenga TDAH, estableciendo una relación de mutua cooperación. Tienen derecho a recibir información y orientación por parte de la escuela sobre las alternativas de atención y tratamiento, sin que se condicione la permanencia de su hijo en la escuela. También es necesario **establecer acuerdos y canales de comunicación entre ustedes, los profesionales y el centro**

escolar para trabajar de manera conjunta buscando siempre una mejor calidad de vida.

Tratamiento farmacológico

Es importante recordar que **el medicamento no cura el TDAH**. El medicamento solamente disminuye los síntomas básicos del trastorno durante el tiempo en el que éste actúa sobre el organismo; por consiguiente, vale la pena mencionar que en caso de ser necesaria la prescripción de medicamentos, son preferibles las fórmulas de liberación prolongada, es decir, que su efecto se dé poco a poco durante el día, y así evitar que el niño tome el medicamento en la escuela, ya que esto podría hacer que se le señale negativamente entre sus compañeros de clase.

Sin embargo, depender únicamente del tratamiento con medicamentos puede ser

...es recomendable que el tratamiento farmacológico se administre conjuntamente con los tratamientos psicológicos y psicopedagógicos con la finalidad de lograr mejores resultados.

poco aconsejable, a pesar de que se eliminen los problemas de una manera relativamente rápida.

Los beneficios del medicamento son de corta duración, lo que significa que se observan mientras se toman, pero tienden a disminuir con el tiempo. También es necesario considerar que todos tienen efectos adversos.

Siguiendo lo publicado en cada actualización de la guía NICE, el tratamiento farmacológico debe ser manejado por un **profesional de la salud (médico, psiquiatra o neurólogo) especialista en el TDAH**, después de realizar una evaluación completa y exhaustiva, en donde los resultados muestren una

sintomatología muy grave o cuando otras intervenciones han fracasado, el medicamento que elijan junto con el profesional de la salud, dependerá de la edad, la gravedad del trastorno y otras condiciones que presente su hijo. A partir de estas consideraciones, sólo se podrá decidir entre los distintos fármacos disponibles en nuestro país, por ejemplo, el medicamento estimulante que más se prescribe es el metilfenidato, en tanto que el fármaco no estimulante más usual es la atomoxetina. Barragán, Vásquez y sus respectivos colaboradores identifican que **en caso de ser necesario se prescriben otros medicamentos.**

Se debe recordar que es recomendable que el tratamiento farmacológico deba conducirse conjuntamente con los tratamientos psicológicos y psicopedagógicos con la finalidad de lograr mejores resultados, como recientemente nos dice Bauermeister en su guía.

Es importante mencionar que el medicamento puede tener efectos secundarios, y debe estar alerta a ellos. A continuación, le mencionaremos algunos de los efectos secundarios e información acerca de los dos fármacos más comunes en nuestro país que, de acuerdo a las recientes modificaciones de la guía NICE, lo que menciona el autor Aguilar, Vásquez y colaboradores, y Escardíbul y colaboradores, han coincidido con esos datos. Sin embargo, usted debe consultar con su médico u otros profesionales médicos sobre cualquier problema, pregunta o inquietud sobre estos medicamentos, y esta lista sólo debe entenderse como una referencia general de esa información:

EFFECTOS SECUNDARIOS

Metilfenidato (Ritalin)	Atomoxetina (Concerta)
<ul style="list-style-type: none"> Dificultad para dormir y poco apetito, puede presentarse dolor abdominal, vómitos, náuseas, cambios en la presión arterial, palpitaciones, irritabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Similares al Metilfenidato, así como agitación, irritabilidad, ideas suicidas, comportamientos auto-agresivos, entre otros, por lo que debe monitorearse con regularidad por un médico.

MEDICAMENTOS

Metilfenidato (Ritalin)	Atomoxetina (Concerta)
<ul style="list-style-type: none"> Es el fármaco más utilizado en el ámbito clínico para este trastorno. Este medicamento es eficaz para ayudar a controlar la hiperactividad y los problemas de atención, al actuar sobre el sistema nervioso y permitir un mejor funcionamiento del sujeto. Existen dos presentaciones, en una sus efectos se presentan de forma más prolongada y la otra es de corta duración. Debe administrarse a niños mayores de 6 años 	<ul style="list-style-type: none"> Es el segundo fármaco más utilizado en el ámbito clínico para este trastorno. Su eficacia sobre la sintomatología es similar a la del metilfenidato. Se recomienda especialmente en niños cuyo trastorno es de predominio inatento y con síntomas asociados de ansiedad y alteraciones del sueño. Debe utilizarse con precaución en casos de hipertensión o hipotensión postural*, y taquicardia. <p><small>*Hipotensión postural: Aumento de la frecuencia cardíaca, al ponerse de pie, después de estar mucho tiempo sentado o acostado.</small></p>

Al utilizar la medicación en el tratamiento de su hijo, ustedes tienen derecho a que el profesional de la salud (médico, psiquiatra, pediatra) les dé indicaciones precisas como de dosis exactas, beneficios y costos. En la investigación realizada por Franco en el 2012, se identificó que también se deberá hacer una vigilancia constante y reevaluaciones periódicas y buscar un adecuado compromiso terapéutico con el paciente para que el medicamento se administre y actúe adecuadamente durante su liberación dentro del organismo.

Ley sobre la medicación del TDAH

- En México en el 2008, se promulgó la Ley sobre la medicación del TDAH (Cámara de diputados), en ella se establece que:

- **1.** El medicamento sólo se puede **prescribir** por un profesional.

- **2.** Se debe tener el **consentimiento** de los padres para su administración.

- **3.** Se establece la **ilegalidad** de que los maestros diagnostiquen y mediquen a los niños o condicionen su estancia en la escuela.

Consideraciones finales para el tratamiento

Cuando se tome la decisión del tratamiento a seguir, considere lo siguiente:

Revisión periódica de los resultados:

Debe saber que llevarán consultas de forma periódica con el profesional de la salud para comentar acerca de cómo les está resultando el tratamiento.



Ajustes al plan de tratamiento: dependiendo de los resultados de las intervenciones de manera que haya más efectos positivos. Durante esos cambios, asegúrese que todos y cada uno de los tratamientos estén dirigidos a fomentar el óptimo desarrollo de su hijo y el bienestar familiar.



RECUERDE: el **tratamiento para el TDAH** tiene como objetivo **prevenir o reducir** experiencias que puedan surgir y afectar al niño en su autoestima, en su adecuado desarrollo, y de las dificultades en diferentes contextos o en otras situaciones que se puedan presentar.



Probablemente puede tomar más de un intento establecer un plan de tratamiento que se ajuste a cada caso, esto implicará su **constancia y paciencia** en cada modificación. No olvide que los beneficios serán para usted y para su niño, y que valdrá la pena el esfuerzo.

CAPÍTULO 4

Como padre ¿qué puedo hacer para ayudar a mi hijo con TDAH?



Aunque la tarea de vivir y enfrentar las dificultades que trae consigo el TDAH en su hijo puede parecer difícil, como padre puede ayudar a crear ambientes que mejoren sus posibilidades de éxito, así como aprender e implementar estrategias que lo apoyen en la regulación de su comportamiento. En este capítulo se les proporcionarán diversas sugerencias que puede llevar a cabo para ayudar a su hijo a concentrarse en sus fortalezas, en lugar de dirigir la atención a sus discapacidades. Simplificar, organizar y estructurar su hogar, ayudarlo a tener éxito en la escuela, mejorar su atención, promover comportamientos adecuados, promover una adecuada relación con usted, y al mismo tiempo identificar el papel irremplazable que tiene con el grupo docente con el que trabajará.

¿Cómo trabajo el TDAH en casa?

Las acciones que ustedes llevar a cabo en casa para apoyar a su hijo diagnosticado con TDAH, son muy valiosas para compensar muchas de las dificultades que puede tener en éste y en otros contextos en los que crece día a día. Probablemente, como padre pueda sentirse excesivamente cauteloso o restrictivo en algunas condiciones en el hogar, aunque algunas veces no sea el caso; lo que debe tener en cuenta es que todo lo que realice tenga la finalidad de fomentar un desarrollo saludable en el niño y mejorar las relaciones dentro de la familia.



De acuerdo con diversos estudiosos del TDAH, como Wiener y Barkley, los puntos fundamentales para seguir en casa son: dar instrucciones claras, presentar las actividades de forma interesante y motivante para el niño, dividir las actividades en pequeños pasos y con pausas frecuentes, reorganizar el entorno para que el niño tenga menos distractores, ayudar al niño a establecer metas hacia el futuro, proporcionar retroalimentación positiva y recompensas en cuanto el niño complete las actividades asignadas o cumpla reglas establecidas; evitar el uso de la disciplina coercitiva y del castigo; mantener la calma y ser paciente; todas estos puntos se desarrollarán más adelante.

Puntos fundamentales

Dar instrucciones claras.

Presentar las actividades de forma interesante y motivante para el niño.

Dividir las actividades en pequeños pasos y con pausas frecuentes.

Reorganizar el entorno para que el niño tenga menos distractores.

Ayudar al niño a establecer metas hacia el futuro.

Proporcionar retroalimentación positiva y recompensas en cuanto el niño complete las actividades asignadas o cumpla reglas establecidas.

Evitar el uso de la disciplina coercitiva y del castigo.

Mantener la calma y ser paciente.

Sugerencias para ajustar el entorno físico en casa

Un ambiente donde se pueda ubicar las cosas en un solo lugar, o que encuentre libre para realizar sus actividades, es muy significativo para un niño con TDAH, un espacio así podrá ayudarlo a cumplir con sus tareas y, por otro lado, disminuirán los posibles accidentes que puede tener cuando se encuentre distraído o presente ya sea un exceso de movimiento o bien una conducta exaltada. De ahí la importancia de tomarse el tiempo para identificar los posibles riesgos, despejar y proteger su hogar, su hijo podría beneficiarse mucho de un ambiente físicamente ordenado y organizado, como sugiere Reiff, esto a nivel que pueda manejarlo a su favor, y se sienta a gusto en casa, en su habitación y en su zona de estudio.

Reduzca distracciones:



-Identifique objetos que puedan distraer a su hijo al momento de relizar algunas de sus actividades (por ejemplo, durante la tarea escolar).

-Recuerde que las distracciones para cada persona son diferentes, así que debe identificar bien las de su niño. En general, dentro del hogar evite que el televisor, teléfonos móviles, y/o música estén encendidos cerca del espacio de trabajo.

Organice el espacio en casa:

-Junto con su hijo elija **un espacio** para sus tareas escolares; es mejor un sitio tranquilo, con pocas distracciones per no alejado de donde usted esté, para que pueda monitorearlo.

-Ubicado el lugar, **coloquen solo el material** que se requerirá, tratando de que se tome y se guarde conforme se utiliza, para eso es importante que ya se tenga designado y organizado el espacio para cada material.

-Es **importante** recordar que cuando el niño esté haciendo su tarea en el lugar ya asignado, asegúrese que solo haga esa actividad y no otra que no corresponde a ese momento, es decir, no puede hacer tarea y jugar, no puede hacer la tarea y comer, o hacer tarea y ver televisión, etc.

-Asegúrese de que otras personas y mascotas se mantengan alejadas; esto puede incluirlo, a menos que sea necesaria su orientación en las dudas que surjan. También podría colocar a fuera del cuarto un **letrero de No molestar**.

Organicen juntos:

No hay que olvidar que los niños son inquietos y la necesidad de ordenar no está tan presente en su día a día, por eso es importante que al mismo tiempo usted le enseñe a mantener ordenados sus útiles, libros, material de estudio, así como sus cosas personales.

Coloquen, por ejemplo, etiquetas, colores, calcomanías, etc. en los cajones o estantes en donde se guardará su material escolar, sus juguetes, entre otros.

Realicen esta tarea juntos con el fin de apoyar a que ambos puedan identificar dónde colocarán cada cosa y puedan apoyarse a recordar ese lugar para cuando las necesiten.

Sugerencias para promover comportamientos adecuados

La constancia será algo indispensable, ya que cualquier cambio requiere de tiempo, por eso es importante que no se den por vencidos, aun cuando estén fuera de casa su conducta debe ser la misma.

A veces se querrá evitar ir a lugares por el temor a no saber si se podrá controlar los comportamientos negativos de su hijo, sin embargo, eso no les ayudará a largo plazo pues su niño no aprenderá cuándo y cómo adaptar su comportamiento en otros entornos. Para esto, será útil encontrar formas para que su hijo se exponga y aprenda poco a poco; pueden intentar ir a lugares a horas donde se encontrará más tranquilo y/o donde haya posibilidad de que canalice su hiperactividad en algo que le hagan enfocarse en esa actividad. Luego que lo haya intentado exitosamente en varias ocasiones, pruebe ir donde haya más actividad en el lugar y continúen aprendiendo a enfrentarse a esas situaciones.

Los problemas de comportamiento fuera del hogar pueden ser enfrentados de diversas formas: ignorándolos cuando sea posible, permitirlos cuando no afectan a otros, dar contención física, abandonando el lugar hasta que modifique su comportamiento o regresar a casa. Es importante reflexionar con el niño para que reconozca el efecto negativo de su comportamiento.

Será importante que recuerden que esto es un aprendizaje continuo y que pueden realizar modificaciones cuando después de varias semanas no vean resultados favorables.

Establecimiento de reglas en casa

- Platiquen y acuerden las *reglas del hogar* junto con su hijo y la familia, con el objetivo de que éstas deban cumplirse por todos los miembros.

Establecer límites de tiempo:

- En el uso que su hijo tendrá para los dispositivos móviles, videojuegos, televisión, entre otros, ya que éstos pueden provocar estimulación innecesaria que dificultará sus otras actividades.
- Prohiba el uso de estos aparatos electrónicos antes de acostarse, pues podría atrasar su hora de dormir.

Monitoree diariamente y recompense

- Recompense de inmediato el cumplimiento de las reglas que se establezcan dentro del hogar.
- Se debe acordar las consecuencias que se tendrán cuando presente la conducta adecuada o inadecuada. Esto fomentará la comunicación y comprensión de su tratamiento.
- Es recomendable no utilizar el castigo como enseñanza de lo que no debe hacer.
- Se recomienda reconocer, elogiar y recompensar las conductas adecuadas, y hacerle saber de manera positiva cuando está realizando algo inadecuado.

La mejor recompensa es el elogio

- Recompensar no se refiere a hacerlo siempre con algo material, puede hacerlo con elogios positivos en donde se den comentarios específicos de lo que realizó (ej. Qué bien que has estado sentado; Estoy muy orgulloso de cómo tú...), para que le haga saber que cumple con algo acordado.

Sistema de recompensas

- Puede implementar un monitoreo continuo de su conducta apoyándose de un registro. Un ejemplo es utilizar es el *sistema de recompensas*, éste consiste en darle puntos, estrellas o fichas cuando realiza las actividades y/o conductas deseadas, y pierde estos puntos como resultado de conductas o actividades que no realizó o no son las deseadas, pero siempre se debe ganar más de lo que pierde.

- Esto se hace a partir del **registro** de las actividades a realizar; se van sumando o restando puntos, dependiendo del cumplimiento de cada tarea del día, para que al final el niño pueda canjear los puntos acumulados por algo agradable, como actividades favoritas, un ejemplo es ir a pasear al parque.

- Haga una lista de cómo se puede ganar los puntos y por qué se pueden cambiar.

- Puede asesorarse sobre esta técnica y pedir el apoyo de su psicólogo o psicopedagogo.**

Tiempo fuera* para situaciones límite

Evite los castigos, solo establezca consecuencias en situaciones límites. Para estas situaciones, se puede utilizar el *tiempo fuera*.

Como explica Soutullo, una forma de aplicar esta técnica es **contar hasta tres**, si no deja de hacer una conducta o no comienza a realizar algo que se pide. Cuando cuenta hasta 3, su hijo debe permanecer viviendo su tiempo fuera en un lugar diferente al que está en ese momento, muchas veces este lugar se establece previamente; para el tiempo que debe estar en ese lugar, éste se establecerá de acuerdo a los años que el niño tenga; cuando este tiempo termine, el niño puede salir y se puede hablar acerca de lo sucedido; si requiere mayor tiempo o él mismo se lo pide, puede dárselo.

Recuerde que cualquier modificación que se realice en casa debe explicarse al niño, para obtener los resultados deseados.

*Si requiere más información sobre la técnica *Tiempo fuera* puede pedir asesoría y apoyo a su psicólogo o pedagogo, y de igual forma pueden revisar el *Manual 1-2-3 Magia*, de Phelan y Lewis (2008), en este libro se explican distintas formas de establecer consecuencias tanto para conductas adecuadas como las que se intentan reducir.

Sugerencias para mejorar la atención

Todos hemos experimentado situaciones cuando no escuchamos lo que dice alguien porque estamos concentrados viendo algo más, o tenemos dificultades para asimilar algo que estamos leyendo porque hay mucho ruido y actividad a nuestro alrededor. Para nuestro hijo con TDAH puede ser aún más difícil dirigir su atención en las actividades que realiza mientras hay otras cosas que sean atractivas para él, por tal razón, le presentaremos algunas estrategias que puede aplicar para ayudar a su niño a mejorar el control de su atención. El crear con su hijo un plan de las tareas que tiene que realizar, permitirá que sepa cuál y cuándo hacerla, eso hará que sólo se concentre primeramente en una de ellas, luego en la siguiente, haciéndolas una a la vez. Veamos algunas de las cosas que usted puede hacer en casa:

Planee diferentes actividades durante el día:

- Puede utilizar un registro de las actividades diarias que su hijo tiene que hacer, y donde pueda asignarles un horario a cada una.
- Escriba actividades para periodos cortos de tiempo (dependerá de lo que su hijo tarda en realizar cada una de ellas).
- Agregar descansos: Si su hijo tiene problemas con sus tareas, sugiera que se tome un pequeño descanso y luego vuelva a la tarea. Sin embargo, también anime a su hijo a controlar eso preguntándose a sí mismo: '¿Cómo está tu concentración?', '¿Crees que necesitas un descanso rápido?'

Asegure la atención de su hijo antes de darle instrucciones:

- Puede pedirle a su hijo que lo mire a los ojos, para encontrarse frente a frente mientras le está hablando, y no hacerlo mientras esté de espaldas.
- También puede agregar el nombre del niño mientras hablan ya que esto dirige su atención al hecho de que se le está hablando y debe prestar atención: Ej. 'Pedro, quiero que recojas esa ropa'; 'Pedro, voy a mencionar algo importante, necesito que me prestes atención...'

Recordatorios:

- Utilice imágenes o calcomanías que hagan referencias a las tareas que están en la lista, notas adheribles de colores llamativos, programar alarmas, entre otras cosas que ayuden a crear recordatorios podrían ayudar a su hijo a saber qué actividades tiene por hacer.
- Decidan donde colocar esos recordatorios para que puedan observar lo que se ha realizado y el progreso que lleva de sus tareas.

Dé una instrucción a la vez:

- Hacerlo con un frases breves, claras y adecuadas a la edad del niño, para que pueda atenderlas fácilmente. En la siguiente página se explica con mayor detalle.

A continuación, se describen algunos puntos a considerar para dar instrucciones adecuadas a su hijo:

○Evite dar instrucciones que vayan cargadas de emoción o chantaje emocional, es más adecuado utilizar un tono de voz neutro.

Dividan las tareas: en varias ocasiones habrá que separar la instrucción de una tarea a algo más sencillo para que el niño pueda comprenderla mejor. Por lo tanto, es necesario que cada tarea se describa de forma ordenada; por ejemplo: "...limpia tu cuarto" puede ser una indicación no tan específica para el niño, así que podría intentar describiendo qué debe limpiar uno a uno:

"...tiende tu cama",

"...guarda tus juguetes en la caja de juguetes",

"...pon tu ropa sucia en el cesto de ropa",

"...guarda tus zapatos en el armario", etc.

Recuerde decir el nombre de su hijo antes de dar instrucciones. Ayudará a que sepa que está dirigiéndose a él y que debe estar atento.

Recomendaciones para Instrucciones:

Pídale a su hijo que repita las instrucciones y/o información que le ha dado, para asegurarse que, si existen dudas, se resuelvan.

Evite el uso de la palabra NO al darle instrucciones, se puede ser creativo para ofrecerle enunciados en positivo (ej. Si sigues haciendo...entonces, pasará...).

Hay que dar tareas acorde a sus capacidades: asigne tareas de casa apropiadas a su edad, fomente actividades en las que destaque. No emplear todo su tiempo en hacer las cosas que más dificultad le generan.

No olvide dar con frecuencia retroalimentación acerca de las actividades que hace adecuadamente, con comentarios positivos. Elogie de inmediato tanto los esfuerzos como los logros, dígalo cuando lo vea.

Sugerencias para fomentar su desarrollo

Al identificar las habilidades especiales y en los talentos de su hijo, usted podrá apoyar a fortalecer sus competencias y fomentar su confianza y autoestima (Reiff, 2011). La mejor forma de ayudar a su hijo será ubicando las cosas en las que sobresale positivamente, si esto no está claro, usted puede ayudarle a descubrir e impulsar algunas áreas en donde pueda destacar con éxito; hable con su hijo y apóyelo en lo que más le gusta. Recuerde que cada persona es distinta, por lo que es importante que no imponga talentos a su niño, más bien ayudemos a descubrir los suyos.

Fomente todo
talento
especial

- Fomente el talento que su hijo presente. Apoye a que forme parte de alguna actividad o algún deporte, actividad física, música y/o recreativa que le agrade, eso beneficiará su aprendizaje, el desarrollo de hábitos saludables, trabajo en equipo, mejorar su concentración, a dirigir su energía en algo que le guste, fomentará la regulación de su estado de ánimo y la conducta.



•Actividad física o ejercicio

•Agregue algún deporte, ejercicio, y actividad física a la ruta diaria. Para obtener los beneficios del ejercitarse, su hijo puede realizar desde salir a jugar al parque, sacar a pasear al perro, o que lo acompañe a andar en bicicleta, jugar con trampolín, entre otros.

Junto con la **actividad física o ejercicio regular**, es importante llevar una dieta equilibrada. La alimentación del niño es importante tanto si tiene TDAH como si no lo padece ya que, su desarrollo adecuado implicará el cuidado tanto de su salud física como psicológica.

• Jugar es primordial

• Nunca olvide que su hijo necesita lo que todos los niños tienen y es primordial en la infancia: jugar, explorar, probar, cometer errores, *buenos o malos* comportamientos, libertad de crecer y aprender, etc.

• Equivocars e también es aprender

• Apoyar a que cualquier niño, con o sin TDAH, tenga un desarrollo mental adecuado en los niños, es permitirles **participar en las actividades diarias sin que sea constantemente corregido**, que aprenda de hacer las cosas por si solo le ayudará a mejorar y fomentar su autoestima. Sin embargo, cuando sea necesario orientarlo, hágalo de manera positiva, con el fin de animarlo a seguir intentando; y si lo requiere, puede pedir apoyo profesional para llevar a cabo lo anterior.

Sugerencias para promover una adecuada relación con su hijo

Cada miembro de la familia tiene un papel indispensable en la relación que se tiene en el hogar, seguramente tienen algunas reglas en casa a seguir para ayudar a que las cosas funcionen sin problemas y que todos se sientan seguros en ese lugar. Junto con toda la familia pueden discutir acerca de las reglas que ya tienen en casa, así como las que se llevarán a cabo, para que todos las conozcan y las respeten. Algunas de ellas pueden ser desde el cumplimiento de actividades rutinarias hasta las consecuencias en caso de no realizarlas. Tanto los cuidadores y demás adultos involucrados con el niño, deben conocer los acuerdos acerca de las recompensas y consecuencias sobre realizar las actividades, así como que las instrucciones deben darse de forma clara, lo más sencillas posibles, con tono de voz neutro, con el objetivo de que las indicaciones se entiendan.

Recuerde que las reglas y estrategias que se hagan dentro de su hogar, se relaciona bastante con la calidad de la relación que tenga con su hijo. Pasar tiempo juntos, ayudará a fomentar su vínculo y favorecer la comunicación entre ambos.

Para compartir tiempo juntos pueden identificar algunas actividades que además de gustarles, puedan compartirlas. Existen muchos juegos, manualidades y/o actividades, que aparte de ayudar a estimular al niño a mantener la atención, elaborar planes, concentrarse, etc., favorecerá el tiempo que puedan compartir juntos, incluso con la familia. Algunas sugerencias que Cuello sugiere, en el 2016, son:

• **Leer cuentos o historias:** busque material que sea llamativo para su hijo, y haga volar su imaginación actuando como si estuviera dentro de la historia, que se imagine cada paisaje, lugar, olores, etc. Puede preguntarle qué cree que pasará en la siguiente página, imiten los sonidos de algunos animales o de cosas, o simulen algunas acciones que pasan en la historia. Esto ayudará a que su hijo logre atrapar la historia y que muestre interés en continuar hasta terminar todo el relato.

• **Armar rompecabezas:** Con este juego se trabaja la atención del niño, y aunque lo abandonen por un momento, pueden volver a la actividad cuando lo deseen. Pueden hacer uno juntos o acompañarlo cuando lo esté armando.

• **Memorama:** tiene como objetivo que el niño pueda recordar el lugar donde se encuentran las tarjetas a la vez que se van descubriendo otras. Lo mantendrá entretenido recibiendo como recompensa formar las parejas del juego. Es un juego que puede incluir a más miembros de la familia.

• **Actividades artísticas:** usen hojas blancas de papel, animense a dibujar, decorar, colorear, crear lo que quieran en ese espacio; luego pueden decorar su habitación con sus obras o regalarlas a sus familiares, amigos, etc. En el niño puede sentirse emocionado por regalar algo hecho por él.

Sugerencias para apoyar el bienestar de su hijo

Como ya lo hemos mencionado, ustedes tienen un papel irremplazable en el desarrollo de su hijo, y no sólo se trata de atender a la salud física, sino también a la salud mental. Debe saber que la **salud mental** promueve tener una calidad de vida positiva donde se podrá hacer frente a los desafíos de la vida, a tomar buenas decisiones, a tener relaciones agradables con los demás, a un mejor desempeño en la escuela, aprender cosas nuevas, entre otras cosas. Por el contrario, tener problemas de salud mental, afectará la manera en la que una persona se sienta consigo mismo y con los demás, en lo que piensa y cómo se comportará a partir de eso.

Muchas veces, su hijo podría sentirse angustiado, triste e inseguro de sí mismo, por lo que eso podría afectar su autoestima; sin embargo, entre muchas de las cosas que usted puede hacer en este aspecto es acompañarlo y apoyarlo en todo este proceso, y puede tomar en cuenta las siguientes sugerencias, como las que propone la página web Familydoctor.org:

Evite la comparación con otros niños

Su hijo es único e inigualable.

-Cada uno tiene características particulares, distintas dificultades, como también talentos diferentes.

-Así como esas distinciones son importantes, también debe saber que **lo importante no es que tan rápido aprende sino que usted lo acompañe mientras lo logra.**

Apóyelo a aprender de los errores que comete

-Busquen los **aspectos positivos** de la situación, si es posible.

-Ayúdelo a **manejar el estrés** enseñándole técnicas que le puedan servir, tales como respirar profundamente o ir a dar un paseo fuera de casa.

-Puede pedirle a un psicólogo, pediatra, o algún otro especialista de la salud que le enseñe otros técnicas de relajación para que los puedan hacer juntos.

Apóyelo emocionalmente

-**Escúchelo** cuando quiera expresar lo que siente, así él sabrá que puede confiar en usted.

-Anime a que su hijo hable sobre lo que está sintiendo; al mismo tiempo enséñele diferentes formas para expresarlo.

-Busque que esas **formas de expresión** no lo pongan en riesgo, algunas opciones pueden ser el dibujo, salir de paseo, escribir una historia, hablarlo, entre otros.

Proporciónele seguridad y protección

-**Mediante el ejemplo**, usted también exprese sus necesidades, pensamientos y emociones.

-**Muestre su apoyo**, amor incondicional y aceptación total.

-**Pida su opinión**, involúcrelo en la toma de decisiones.

-Destaque sus mejores esfuerzos.

Construya su confianza

Reconozca sus esfuerzos y no solo los logros, móvvelo a seguir intentando.

Pase tiempo con él, no sólo cuando se trate de monitorear sus tareas.

No culparlo ni etiquetarlo

Cualquier niño con TDAH a diferencia de otros sin el trastorno sólo tienen más dificultad en algunas cosas, y eso **no lo hace menos** que los demás.

Conocer y comprender las causas del trastorno contribuye a que su hijo no se sienta culpable de la dificultad que tiene para controlar algunos síntomas que llega a presentar.

Explicarle que lo que están llevando a cabo en su tratamiento, tiene el objetivo de que pueda llevar una vida con **mayor bienestar**.

Recuerden que él no es el problema; sino que **hay un problema con el que están lidiando**.

Cuidarnos para cuidar

Ser padre no es una tarea fácil de llevar, especialmente cuando se tiene un hijo con TDAH. Quizá pueda sentirse estresado, cansado, e incluso fatigado a partir del esfuerzo de hacer lo mejor en el cuidado de su hijo, habrá momentos difíciles que harán que quiera dejar de intentar todo lo esté llevando a cabo, y esto es muy normal, pues ser padre no es una tarea sencilla. Trate de acercarse con otros papás que estén pasando por una situación similar, para que así, además de platicar acerca de sus experiencias, puedan compartir estrategias que les ayude en el manejo de distintas situaciones con sus hijos. Podría formar o buscar un grupo de apoyo de padres de familia donde podrá compartir y manejar sus emociones con la ayuda de un terapeuta.

También trate de acercarse con los profesionales de la salud que estarán trabajando con usted, ellos podrían brindarle apoyo para manejar los malestares que pueda estar sintiendo. Recuerde que usted también es muy importante en todo este proceso, por eso es que consideramos que es primordial que proteja su salud física y mental, sobre todo si consideramos que es el mejor apoyo que puede tener su niño.

RECUERDE: Su salud mental y física es igual de importante como la de su hijo, por tal razón, le sugerimos considerar el **apoyo psicológico** y/o los **grupos de apoyo familiar**, donde además de obtener información, podrá intercambiar experiencias y estrategias para afrontar la crianza de un niño que ha recibido el diagnóstico de TDAH.

¿Cómo trabajo con la escuela?



A menudo, los niños con TDAH experimentan más dificultad para desempeñarse en el ámbito académico y relacionarse con los demás, especialmente en la escuela.

Algunas situaciones como son los problemas de conducta en el salón de clases, dificultades en su aprendizaje, entre otros, pueden hacer difíciles de manejar cuando en la escuela no logren intervenir adecuadamente. En este sentido, **padres y docentes deberán aprender de manera conjunta** nuevas estrategias y modos de abordaje para lograr un trabajo que complemente todo lo que realicen en cada contexto.

Por lo tanto, en primer lugar, al corroborar el diagnóstico de TDAH en su hijo, se debe transmitir esa información al personal educativo que trabaja con el niño, para que así puedan realizar un trabajo colaborativo pertinente.

Sugerencias para una adecuada relación familia-escuela

Es de suma importancia que haya una adecuada relación familia-escuela, pues como lo demostraron Power y colaboradores en su investigación en el 2012, se dan mejores resultados en el tratamiento del TDAH, ya que son dos de los contextos más significativos en el desarrollo de un niño. Algunos puntos sugeridos por la asociación CHADD que ayudarán a que su hijo tenga éxito en la escuela son;

UN EQUIPO DE TRABAJO QUE ENTIENDA EL TDAH

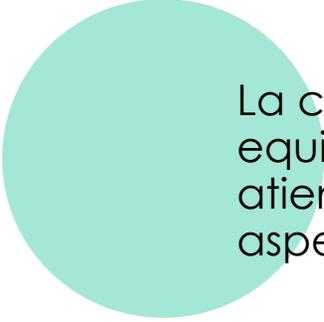
•Mantenga relación positiva con el profesor.

- Platique con el profesor acerca de lo que conoce del TDAH y sobre cómo pueden ayudar desde cada ambiente (escuela-hogar).
- Siempre trate de construir y mantener una relación positiva con los profesores y demás personal académico.

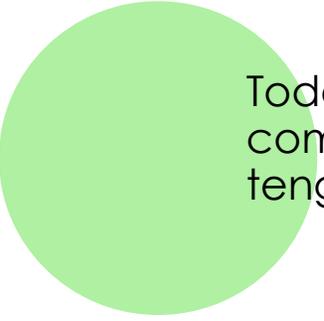
•Reuniones en la escuela.

- En las reuniones escolares que tendrá con el profesor y con el equipo docente de la escuela de su hijo.
- Usted tiene el derecho de pedir que un profesional de la salud que esté trabajando con su hijo asista a dichas reuniones a aportar más información que sea útil para las adaptaciones escolares que se necesiten realizar.

COMUNÍQUESE REGULARMENTE CON LA ESCUELA



La colaboración con el equipo de trabajo que atiende a su hijo es un aspecto primordial.



Todos los integrantes tienen como objetivo ver que su hijo tenga éxito.



Invite a los maestros a ponerse en contacto con usted cuando exista cualquier problema o preocupación acerca de su hijo, más aún en su comportamiento cuando sepa que están pasando cambios importantes en su vida o en la familia.

Los investigadores Piedrahita, Henao y Burgos en el 2011, destacan que también es necesaria la forma y los medios por los que se comunique con la escuela sean los más adecuados posible para ambas partes, de tal forma que permita la constante comunicación y se logre la continuidad en el salón de clases, de los procesos que se inician en el hogar, buscando siempre que, en este ámbito, se logre un mejor progreso académico y relaciones sociales del niño más agradables.

Sugerencias para apoyar su rendimiento escolar

Por otro lado, es recomendable que la escuela conozca y/o hagan acuerdos sobre lo que llevará a cabo en casa y en el aula. Hay algunas actividades que se hacen en casa pero que apoyan el rendimiento académico de su hijo, por ejemplo:

Preparando sus útiles escolares

- Proporcione al niño todos los útiles necesarios para la escuela.
- Haga junto con su hijo un inventario de útiles y revísenlo periódicamente para determinar los faltantes.
- Pida al maestro que le avise cuando haga falta reponer algunos materiales.
- Enseñe a su hijo a preparar sus útiles escolares un día antes de asistir a la escuela, no hay que dar por sentado que lo aprenderá solo.
- Junto con el niño quite de la mochila las cosas innecesarias y que podrían ser distractores.
- Reconzca al niño por mantener organizada su mochila y materiales escolares.
- Pídale que mantenga la mochila siempre en el mismo lugar.

La estructura y la rutina son elementos importantes

- Los alumnos con TDAH rinden más cuando se adaptan los materiales escolares y, en algunos casos, el ambiente físico en el que el niño trabaja en el aula, para evitar que tenga cerca objetos que puedan distraerlo cuando esté realizando alguna actividad escolar, o las que puedan ser peligrosas.
- Organizar horarios para adquirir fácilmente hábitos apoyará a crear un entorno estable donde los niños se sientan seguros; dentro de estos horarios se encuentra el tiempo estimado para recesos, actividades en clase y evaluaciones.

•Registrando el tiempo.

- Mantenga y monitoree el registro de tiempo que su hijo dedicará a hacer sus tareas y trabajos escolares en casa, al mismo tiempo comparta esta información con el profesor para tomar en cuenta el tiempo que necesita en cada tarea.

Supervise con atención sus tareas escolares

- Esto con el fin de apoyarlo cuando se tenga alguna dificultad que sus demás compañeros podrían no presentar igualmente. Lo importante es asegurar que lo saben hacer.

Manejo de una agenda

- Manejo de una agenda con las fechas de tareas diarias, evaluaciones u otras actividades a realizar en clase junto con su profesor, esto le permitirá tener acceso a eso, que las coloque en su registro de actividades, y a su vez, también su hijo las podrá manejar cada día.

Mantenga el registro de toda la información necesaria acerca de su hijo

- Incluya la información de sus evaluaciones, informes de conducta, documentos de reuniones relacionadas con su hijo, notas del profesor, entre otros.
- Incluya también información del TDAH, así como el registro de los tratamientos e información de contacto de los profesionales de salud que han trabajado con usted en el caso de su hijo.

•ENLAZANDO COMUNICACIÓN COLABORATIVA E INTERDISCIPLINARIA

- El profesional de salud que esté llevando el caso de su hijo debe estar en **estrecho contacto con su profesor**: llamarlo antes de cada visita de seguimiento o revisión, acerca de lo que envíe de forma escrita o de las escalas de calificación del docente sobre su desempeño académico, su conducta y la relación con sus compañeros en la escuela.

- También deberá tener conocimiento de lo que se espera, así como los efectos adversos del medicamento si éste fue prescrito por el médico o psiquiatra.

- Puede desempeñar la función de enlace de esta comunicación, entre el profesor de su hijo y los profesionales de la salud, para asegurarse de que **cada uno obtenga la información que necesita**.

Si la escuela no tiene la capacidad de adaptarse y aceptar las necesidades individuales de cada niño, podría considerar la opción de buscar otra institución que se adecue más a lo que se considera conveniente para su hijo.

Bibliografía revisada:

Academia Americana de Pediatría [AAP] (2005). *Escala de Evaluación NICHQ Vanderbilt*. Estados Unidos: Academia Americana de Pediatría e Iniciativa Nacional en favor de la Calidad del Cuidado de Salud Infantil

Aguilar, D. I. (2015). *El niño referido con TDAH: La perspectiva de sus madres* (Tesis de licenciatura). UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México.

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (AACAP). (2007). Getting Treatment. EE. UU: AACAP. Recuperado de http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Resource_Centers/ADHD_Resource_Center/ADHD_A_Guide_for_Families/Getting_Treatment.aspx

Antshel, K. M., Macias, M. M. & Barkley, R. A. (2009). The child with attention deficit hyperactivity disorder. En D. B. Ronald (Ed.). *Clinical Pediatric Neurology* (p.p. 525-539). New York: Demos Medical Pu.

Asociación Americana de Psiquiatría (APA), (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Ed.* Arlington, V. A: American Psychiatric Association.

Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactive disorder: A hand book for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press. ISBN: 1-59385-210-X

Barkley, R. A. (2013). *Taking charge of ADHD: the complete, authoritative guide for parents* (3ª ed.). New York: The Guilford Press.

Barragán, P. E. et al. (2007). Primer Consenso Latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Latino América. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 46, 326-343.

Barrón, J. (2010). *Intervención psicoeducativa para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* (Tesis de licenciatura). Universidad Pedagógica Nacional, México.

Bauermeister, J. J. (2014). *Hiperactivo, impulsivo, distraído: ¿me conoces?: guía acerca del déficit atencional (TDAH) para padres, maestros y profesionales*. New York: Guilford.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (28 de mayo de 2008). Proyecto de decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Educación. Dictamen LX/III/1/065. Recuperado de www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/.../file/TDAH.pdf

Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder [CHADD]. (2015). *For Parents & Caregiver*. Recuperado de <http://www.chadd.org/Understanding-ADHD/For-Parents-Caregivers.aspx>

Cuello, C. (10 de agosto de 2016). 4 ejercicios sencillos para trabajar la atención y la concentración. Recuperado de <http://blog.bosquedefantasias.com/noticias/tdah-ejercicios-problemas-atencion-concentracion>

Escardíbul, M., Mabres, M., Martínez, B., Montaner, A., y Segú, S. (2012). Guía práctica clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con o sin

- Hiperactividad (TDAH). En Mabres, M. (coord.). (2012). *Hiperactividades y déficit de Atención. Comprendiendo el TDAH* (pp.18-49). Barcelona: Octaedro.
- Esparza, E. M. (2015). *Los síntomas del TDAH, sólo la punta del iceberg. Clínica de lo negativo* (Tesis doctoral). Colegio Internacional de Educación Superior, México. doi: 10.13140/RG.2.1.4827.7360.
- Familydoctor.org (2007). *La salud mental de su hijo*. EE. UU: American Academy of Family Physicians [AAFP]. Recuperado de <https://es.familydoctor.org/la-salud-mental-de-su-hijo/>
- Fundació Sant Joan de Déu (coord.), (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Cataluña: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Montañez, M. I. (2014). *Programa de intervención en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y familia* (Tesis doctoral: Universidad de Extremadura, Badajoz).
- National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE), (2008/2016). *Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, Young people and adults*. Gran Bretaña: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE), (2009/2016). *Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, Young people and adults*. Gran Bretaña: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.

- Piedrahita S., L. E., Henao, A., y Burgos, P.A. (2011). Intervención educativa para promover el conocimiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) con padres de familia de una institución educativa. *Enfermería Global*, 10(23),140-146. doi: 0.4321/S169561412011000300009
- Power et al. (2012). A Family-School Intervention for Children With ADHD: Results of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 80 (4), 611-623. doi: 10.1037/a0028188
- Rafalovich, A. (2001). Psychodynamic and neurological perspectives on ADHD: Exploring strategies for defining a phenomenon. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 31(44), 397–418.
- Reiff, M. I. (Ed.). (2011). *ADHD. What every parent needs to know*. Illinois, USA: American Academy of Pediatrics.
- Rief, F. S. (2008). *The ADD/ADHD. Checklist. A Practical Reference for Parents & Teachers* (2ª ed.). U.S.A.: Jossey-Bass.
- Rivera, G.W. (2013). Etiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Características Asociadas en la Infancia y Niñez. *Acta de investigación psicológica*,3(2), 1079-1091.
- Secretaría de salud (2002). *Programa específico de trastorno por déficit de atención 2001-2006*. México: Secretaría de Salud.
- Serrano, E.; Guidi, M., y Alda, J.A. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. *Actas Esp Psiquiatric*, 41(1), 44-51.

Soutullo, E. (2004). *Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: Panamericana.

Vásquez, M.J., Cárdenas, E. M., Feria, M., Benjet, C., Palacios, L., Peña de la, O. F. (2010). *Guía clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Eds. Berenzon, S., Del Bosque, J., Alfaro, J., Medina-Mora, M. E. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

Wiener, C. (2012). *Parenting Your Child with ADHD*. CA, Oakland: New Harbinger Publication.

Bibliografía sugerida

Amador, J. A.; Forns, M. y Martorell, B. (2001). Características del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de psicología*, 32(4), 5-21.

Dallas, M. E. (11 de enero de 2017). El impacto de la pobreza en la salud mental de un niño. *HealthDay News*. Recuperado de <https://consumer.healthday.com/espanol/public-health-information-30/economic-status-health-news-224/el-impacto-de-la-pobreza-en-la-salud-mental-de-un-ni-ntilde-o-718601.html>

Gratch, L. (2000). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD)*. México: Médica Panamericana.

Moraga R.B. (2008). *Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Madrid: Draff Editores.

Norton, A. (9 de enero de 2017). ¿Es el ejercicio un antídoto para los problemas conductuales en los estudiantes? *HealthDay News*. Recuperado de <https://consumer.healthday.com/espanol/kids-health-information-23/attention-deficit-disorder-adhd-news-50/iquest-es-el-ejercicio-un-ant-iacute-doto-para-los-problemas-conductuales-en-los-estudiantes-718547.html>

Palacios, C. L., Peña de la, F., Valderrama, A., Patiño, R., Calle, P. S. P. y Ulloa, R.E. (2011). Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicano acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental*, 34 (2), 149 -155.

Peña de la, F., Palacio, J. D. y Barragán, E. (2010). Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. *Rev. Cienc. Salud*, 8 (1), 95-100.

Phelan, T. W. & Lewis, T.M. (2008). *1-2-3 magia para niño: ayudando a sus hijos a entender las nuevas reglas*. E.U: ParentMagic

Poza, M., Valenzuela, M.V. y Becerra, D. (2010). Guía 1. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (3-25). En *Guías clínicas hospital psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro*. México: Secretaría de salud.