



UNIVERSIDAD LATINA S.

Crítica al Enfoque Psiquiátrico del Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad (basado en el DSM-5) desde el punto de vista de la Psicología.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

Héctor Alonso Arroyo Trujillo

ASESOR:

Dra. Ana Marina Reyes Sandoval

Ciudad de México, 4 de Diciembre del 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción.....	1
Planteamiento el Problema.....	4
Justificación.....	6
Objetivos.....	7
Capítulo 1.VISIÓN PSIQUIÁTRICA DEL TDAH	
1.1 Antecedentes Históricos del TDAH.....	8
1.2 Definición.....	13
1.3 Características.....	13
1.4 Manuales de Clasificación Diagnostica.....	16
1.4.1 Criterios Diagnósticos DSM-5.....	16
1.4.2 Criterios Diagnósticos CIE-10.....	19
1.4.3 Diferencias e igualdades entre los sistemas de clasificación DSM-5 y CIE-10....	22
1.5 Epidemiología.....	24
1.5.1 Epidemiología en la etapa de la niñez.....	24
1.5.2 Epidemiología en la adolescencia.....	26
1.5.3 Epidemiología en la etapa adulta.....	27
1.6 Comorbilidad.....	29
1.7 Factores estudiados en la etiología del TDAH.....	31
1.7.1 Concepción actual del TDAH.....	31
1.7.2 Factores Neuroquímicos.....	31
1.7.3 Factores del Neurodesarrollo.....	32
1.7.4 Factores Genéticos.....	32
1.7.5 Factores Hereditarios.....	33

1.7.6 Complicaciones obstétricas.....	34
1.7.7 Factores Psicosociales.....	35
1.8 Diagnóstico Diferencial.....	38
1.9 Detección y evaluación.....	41
1.10 Tratamiento para el TDAH.....	47
1.10.1 Tratamiento Farmacológico.....	48
1.10.2 Tratamiento Psicopedagógico.....	52
1.10.3 Tratamiento Psicológico.....	53
1.10.3.1 Terapia cognitivo conductual.....	53
1.10.3.2 Terapia cognitiva.....	55
1.10.3.3 Terapia de conducta.....	56
1.10.3.4 Entrenamiento a Padres.....	56
 Capítulo 2. CRÍTICA AL ENFOQUE PSIQUIÁTRICO PLASMADO EN EL DSM-5 RESPECTO AL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PSICOLOGÍA	
2.1 La Psicología y el TDAH.....	58
2.2 Aproximación a los conceptos de Salud y enfermedad.....	60
2.3 ¿No es una enfermedad sino un trastorno?.....	66
2.4 La conducta no se enferma.....	69
2.5 El observador y la Gravedad de la Conducta.....	71
2.6 Cultura de la Frecuencia del TDAH.....	77
Conclusiones.....	83
Bibliografía.....	90

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los temas que causa una gran controversia entre los profesionales de la salud mental, debido principalmente a que existen diferentes posturas teóricas en cuanto a su concepción etiológica, formas de diagnóstico y tratamiento se refiere. Cabe resaltar que hoy en día una de las aproximaciones teóricas dominantes para explicar este tema es el abordaje realizado por la psiquiatría, mismo que manifiesta que el TDAH es considerado como un trastorno que tiene una etiología de carácter orgánico, el cual es catalogado por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) como un trastorno del neurodesarrollo. Esta alteración orgánica se manifiesta fundamentalmente mediante tres características principales que lo hacen diferente de otros trastornos mentales, estas peculiaridades son: mostrar deficiencias al mantener la atención (Inatención), presentar un exceso en la actividad motora (Hiperactividad) y manifestar una deficiencia en la inhibición de la conducta y la cognición (impulsividad). De forma que este comportamiento emitido por las personas que lo padecen es catalogado como enfermo o anormal, y se presenta principalmente en la niñez y logra mantenerse en etapas de desarrollo posteriores (adolescentes de 17 a más años de edad), afectando el funcionamiento y desarrollo de los niños o personas que lo padecen.

Este trastorno denominado por la psiquiatría como TDAH es descrito por el DSM- 5 con 18 criterios diagnósticos que pueden revelar cualquiera de los tres distintos subtipos del trastorno, los cuales son: de presentación combinado, predominante con falta de atención y manifestación preponderante de comportamiento hiperactivo/impulsivo. Por lo tanto, la

manera de sustentar un problema del neurodesarrollo por parte del enfoque psiquiátrico plasmado en el DSM-5 se realiza ineludiblemente mediante la manifestación del síntoma del trastorno, su frecuencia y el grado de disfuncionalidad causada en el sujeto en su vida cotidiana.

Por lo tanto, es importante mencionar la relevancia y el rol que ha jugado el DSM-5 en la concepción de este trastorno en el ámbito científico, académico, en el quehacer laboral de médicos, psiquiatras y psicólogos en el área de la salud mental y en la misma sociedad, ya que desde su primera aparición en el año de 1968 hasta el día de hoy es considerado como una de las escasas formas validadas y certificadas para confirmar la existencia de TDAH en una persona.

Si bien, tanto el DSM-5 como la explicación psiquiátrica plasmada en él, han logrado colocarse como una réplica predominante en el plano explicativo del TDAH, existen diversas posturas acerca de este tema, una de ellas es la realizada por el enfoque psicológico, el cual sostiene que el TDAH en sí no existe, ya que desde esta óptica la conducta no puede enfermarse o ser catalogada como anormal, ya que está no se encuentra situada en el interior del sujeto, debido a que la conducta es considerada como relacional, es decir, que se necesita del sujeto con todas sus capacidades físicas, orgánicas y psicológicas, y el medio en el que se desenvuelve, para que la conducta pueda generarse, de igual manera tampoco puede ser considerada como anormal, deficitaria o excesiva, ya que estos adjetivos asignados a la conducta emitida por el sujeto son valoraciones designadas por una persona o grupo de individuos que se encuentren examinando su conducta, de modo que cada uno de ellos tenderá a evaluar de distinta manera un determinado comportamiento, la gravedad de una conducta y la frecuencia con la que ellos consideran

catalogar como enfermo, anormal, deficitario o excesivo un comportamiento. Asimismo, la influencia de los elementos socioculturales y la época histórica marcan diferentes pautas conductuales en las personas que conforma una sociedad o pertenecen a una determinada cultura, por consiguiente, serán factores a tomar en cuenta en la emisión de la conducta, así como en su aceptación o rechazo dentro de ellas. De ahí que su existencia radicará esencialmente en la comprensión que se tenga del comportamiento humano.

Una vez tomando en cuenta lo anterior, el objetivo principal del presente trabajo se centró en la realización de una crítica desde el punto de vista psicológico al enfoque psiquiátrico plasmado en el DSM-5, el cual pretende exponer las debilidades que surgen en torno al sustento teórico del denominado TDAH por parte de la psiquiatría. Por tanto, la presente investigación tiene por objetivo fundamentar esta crítica en las evidencias científicas y teóricas desde el punto de vista psicológico del análisis de la conducta. Por ello, se realizó una búsqueda y revisión de información a través de diferentes medios como bibliotecas, revistas científicas y principalmente por medios electrónicos (internet) para conocer el enfoque psiquiátrico expuesto en el DSM-5 sobre la concepción del TDAH y mediante el análisis de evidencias científicas y teóricas, realizar una crítica desde la psicología para conocer como este último punto de vista aborda la problemática denominada TDAH.

Planteamiento del Problema

Actualmente el TDAH es considerado por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta y actual versión (DSM-5), como un trastorno ocasionado por una afectación en el neurodesarrollo de la persona que lo posee. Este trastorno se manifiesta principalmente al mostrar dos dimensiones de síntomas: déficit de atención y la emisión de comportamientos hiperactivos e impulsivos. Tanto el patrón inatención, al igual que el de hiperactividad – impulsividad se presentan de manera persistente en un periodo de duración de al menos seis meses, en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y afecta directamente de manera significativa la vida cotidiana en las actividades sociales, académicas o laborales.

Desde esta perspectiva psiquiátrica el TDAH es uno de los trastornos mayormente diagnosticados en el ámbito de la salud mental y de acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) el 5.29% de la población infantil a nivel mundial tiene esta problemática. Por otra parte, se encuentra reportado que entre el 2.5 al 4 % de la población adolescente y el 3 al 4% de la población adulta tiene este trastorno, siendo las personas de sexo masculino quienes resultan mayormente afectados.

Es importante mencionar que para efectuar el diagnóstico psiquiátrico de este trastorno se implementan diversos estudios y pruebas, no obstante, la implementación del DSM-5 es una de las herramientas con la que los especialistas de la salud mental cuentan con mayor validez y reconocimiento para llevarlo a cabo. Este diagnóstico basa principalmente su existencia tomando en cuenta diferentes elementos como la revisión de comportamientos

denominados anormales, la frecuencia con la que estas conductas anormales se presentan y la gravedad con la que el patrón conductual es manifestado; son elementos considerados para tipificar o no la presencia de esta clasificación diagnóstica en una persona.

Si bien, esta explicación psiquiátrica expuesta a través del DSM-5 refleja un problema originado por una causa orgánica y cuenta con una gran aceptación en el ámbito de la salud mental, es importante resaltar que hasta el día de hoy se desconoce su etiología, y de igual manera se carece de instrumentos que den certeza de su existencia y, por lo tanto, logren ser pruebas determinantes. Por este motivo es que se presentan múltiples teorías e hipótesis alrededor de la clasificación TDAH entre ellas la propuesta por la psicología.

La importancia de exponer el punto de vista psicológico con respecto al abordaje que se realiza sobre la clasificación psiquiátrica denominada TDAH, tiene una gran relevancia en el quehacer diario de la práctica clínica psicológica, ya que este enfoque no solo pone en duda la validez de una de las herramientas más utilizadas para su diagnóstico (DSM-5), sino que inclusive pone en duda la propia existencia de esta clasificación. De tal manera, que en el presente trabajo se pretende exponer un paradigma distinto al tradicional o predominante para abordar esta problemática, y de esta manera dar pauta a un cuestionamiento de la postura asumida por la psiquiatría, que permita a los practicantes de la psicología cuestionarse y no replicar determinadas posturas o teorías por ser las más conocidas.

Justificación

El presente trabajo tiene como propósito fundamental llevar a cabo el desarrollo de una crítica a la actual clasificación psiquiátrica denominada TDAH, debido principalmente a que es uno de los temas que se presentan con mayor recurrencia en nuestro ámbito profesional, al igual que en el medio de médicos pediatras, psiquiatras. Inclusive es uno de los temas que ha llegado a traspasar los límites científicos e instaurarse en el debate político y social, ya que es un tema que causa gran polémica y se vuelve centro de debate sobre su existencia, cuál es su real etiología, la instancia a la que debe recurrir la persona, su forma de diagnóstico y el tratamiento que debería de ser implementado.

Si bien, en la actualidad se cuenta con una explicación predominante que da respuesta a la problemática de mostrar una carencia en la atención, un exceso en la motricidad y la incapacidad para inhibir la conducta y cognición, como lo es la réplica otorgada por el enfoque psiquiátrico el cual acuña en el DSM-5 la abreviatura de TDAH para definir a esta problemática, este punto de vista cuenta con algunas huecos o eslabones sueltos, primordialmente al no presentar evidencias sustanciales que confirmen un problema del neurodesarrollo y también al carecer de instrumentos que permitan diagnosticarlo con precisión y validez.

Una vez mencionado lo anterior, es importante señalar que al realizar una propuesta crítica desde el punto de vista psicológico al actual enfoque psiquiátrico del TDAH, se podrán mostrar las inconsistencias que surgen en la respuesta proporcionada por este último enfoque mencionado. Asimismo, se pretende lograr que los psicólogos puedan visualizar y tratar de manera distinta a la tradicional este tema y a las personas que hayan consultado a

un especialista de la salud mental que les asignara dicho diagnóstico, con el propósito de disminuir su angustia, miedo, ansiedad y retirar sobre si los adjetivos calificativos poco favorables que surgen a partir de la asignación de esta etiqueta diagnóstica.

OBJETIVO GENERAL

Realizar una crítica al enfoque psiquiátrico plasmado en el DSM-5 respecto al Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad desde el punto de vista de la Psicología.

Objetivos específicos

- Analizar la perspectiva Psiquiátrica plasmada en el DSM-5.
- Analizar el procedimiento llevado a cabo por el DSM-5 para la realización del diagnóstico por TDAH.
- Comparar y distinguir el abordaje Psiquiátrico y el enfoque psicológico.
- Conocer el panorama general epidemiológico del TDAH.
- Describir el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) desde un enfoque psiquiátrico.
- Describir los distintos tratamientos utilizados relacionados al TDAH.
- Mostrar las probables causas etiológicas del TDAH en las personas.
- Revisión de los Fundamentos del DSM-5 para determinar a una persona con TDAH.

Capítulo 1. VISIÓN PSIQUIÁTRICA DEL TDAH

1.1 Antecedentes Históricos

La primera descripción acerca de lo que hoy en día conocemos como TDAH tiene su origen en el año de 1845, cuando el psiquiatra Heinrich Hoffman describió en su obra infantil "Der Struwwelpeter" en el cuento de "Felipe el nervioso" los comportamientos hiperactivos y la incapacidad para mantener la atención del protagonista llamado Felipe. Estos comportamientos fueron representados mediante una ilustración, en la cual se mostraba las dificultades que los padres presentaban al pedir que Felipe se mantuviera sentado en la mesa, y debido a su comportamiento hiperactivo e inatento el protagonista hacia caso omiso a las instrucciones que le daban sus padres. La ilustración así como un fragmento del libro "Der Struwwelpeter" de Hoffman en 1845 fue rescatado por Guerrero (2016) en la cual se muestra las conductas de inatención e hiperactividad del niño, como se muestra en la figura 1.

«Felipe, para, deja de actuar como un gusano, la mesa no es un lugar para retorcerse.» Así habla el padre a su hijo, lo dice en tono severo, no es broma. La madre frunce el ceño y mira a otro lado, sin embargo, no dice nada. Pero Phil no sigue el consejo, el hará lo que quiera a cualquier precio. Él se dobla y se tira, se mece y se ríe, aquí y allá sobre la silla, «Phil, estos retortijones, yo no los puedo aguantar.»

Hoffman (1845)

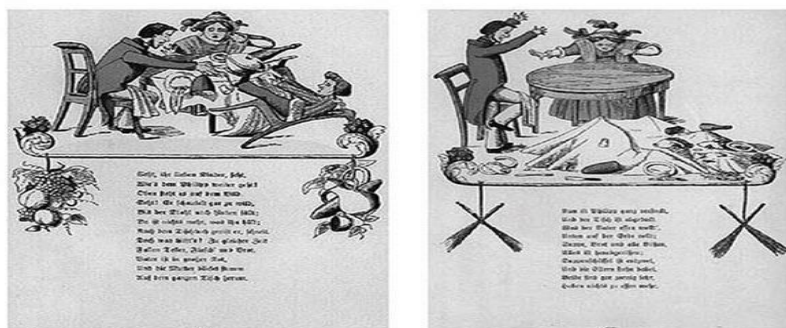


Figura 1. Ilustración y descripción realizada por Heinrich Hoffman. Primera descripción realizada del comportamiento hiperactivo en niños y adolescentes.

Sin embargo, no fue sino hasta el año de 1902 cuando se publicó un artículo en la revista "The lancet" realizado por el pediatra inglés George Frederick Still quien describió, por primera vez de manera científica, un trastorno causado por una alteración biológica que se caracterizaba por la presencia de hiperactividad, dificultades para mantener la atención, agresividad, hostilidad, incapacidad para inhibir la conducta y con el cual la disciplina no parecía presentar cambios aparentes en la modificación de la conducta de los niños que lo poseían, por lo cual Still lo atribuyó a un "defecto del control moral" (Filomeno, 2009; Mayor & García, 2011).

Más adelante, en la década de los años 40'S los investigadores Strauss y Werner realizaron una investigación, en la cual se compararon niños que habían sufrido daño cerebral en algún punto de su desarrollo, y niños que no presentaban problemas o afectaciones cerebrales. Los resultados derivados de dicha comparación entre ambos grupos evaluados fueron que en los dos grupos de niños (con daño y sin daños cerebral) presentaban comportamientos hiperactivos e impulsivos. Sin embargo, se encontraron diferencias significativas, ya que el grupo de niños que tenía en su historial clínico un daño cerebral comprobado presentaba con mayor grado los comportamientos de hiperactividad e impulsividad, así como problemas relacionados a la percepción, incapacidad para sostener la atención y carencia en el control de las emociones. Por otro lado, el número de niños sin daño cerebral que presentaban conductas hiperactivas e impulsivas se reducía a unos cuantos niños. Por esta razón, Strauss y Heinze asumieron que los comportamientos realizados por este último grupo de niños, no siempre era causado por una lesión aparente, así que lo asociaron a un "daño cerebral mínimo" (ACAMEXPED, 2004).

No obstante, en la década de los años 60's con la realización de diversas investigaciones y al no encontrar evidencia sustancial de un daño cerebral en los niños que presentaban los patrones conductuales antes mencionados, se buscó una nueva explicación para la etiología de estos comportamientos (Filomeno, 2009). Posteriormente Clements, en el año de 1966 atribuyó dichos comportamientos a una disfunción en el sistema nervioso central, al cual le denominó "disfunción cerebral mínima" (Mas, 2009). Sin embargo, con el transcurso del tiempo la "disfunción cerebral mínima" comenzó a entrar en desuso, debido principalmente a su carencia de especificación etiológica y a la gran variedad de problemas que le eran atribuidos. (Teran, Vega & Merayo, 2012).

Por otra parte, para el último par de años de la década de los 60's surgió una de las herramientas fundamentales para la realización del diagnóstico del TDAH. Este tuvo su primera aparición en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su segunda edición (DSM-II), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, en sus siglas en inglés), en el año de 1968 bajo el nombre de " Trastorno Hipercinético Impulsivo". En esta primera aparición el aspecto motor ocupaba el punto medular del trastorno (Guerrero, 2016). Este trastorno se caracterizaba fundamentalmente por un exceso en la actividad motriz, acompañada de inquietud, distracciones frecuentes y lapsos de atención cortos, el cual se presentaba mayoritariamente en niños de corta edad y en ocasiones en los adolescentes. (Capdevila, Artigas & Obiols, 2006).

En cambio, en la posterior edición (DSM- III) publicada en 1980 se reconocieron los problemas cognitivos causados por el trastorno, se enfatizó por primera ocasión la inatención como problema nuclear del trastorno, en la cual podía o no estar presente la hiperactividad, considerando así dos dimensiones del trastorno, fué así como se le denominó "Trastorno por Déficit de atención con hiperactividad y sin hiperactividad". Para

la edición revisada (DSM-III-TR) publicada siete años después, se le cambió nuevamente el nombre, para ser denominado "Trastorno Hiperactivo con Déficit de atención" considerando la implicación de la hiperactividad e impulsividad en primer plano dentro del trastorno, y en segundo lugar la presencia de inatención. Entre otros cambios en esta edición revisada además de la modificación del nombre también se dio la creación de una única lista de criterios diagnósticos, en el cual la inatención, hiperactividad e impulsividad debían presentarse de manera conjunta para realizar el diagnóstico, pasando de nueva cuenta a considerarse un trastorno unidimensional, ya que se eliminarían los criterios diagnósticos que consideraban dos subtipos del trastorno (Con hiperactividad y sin hiperactividad) (Mayor & García, 2011).

Por otra parte, otra herramienta fundamental usada para el diagnóstico del TDAH fue realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la publicación de su Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales en la décima versión (CIE-10) elaborada en el año de 1992. En esta publicación, se nombró al TDAH como trastorno hipercinético, colocándolo en el grupo de trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia; en el subgrupo de trastornos hipercinéticos, en el cual, se distinguen cuatro entidades diagnósticas, las cuales son: trastorno de la actividad y la atención, trastorno hipercinético disocial, trastorno hipercinético no especificado y otros trastornos hipercinéticos, el cual solo se presenta antes de los siete años de edad (OMS,2000).

Por su parte, la posterior publicación del DSM realizada en el año de 1994 (DSM-IV) el TDAH adquiere el nombre con el cual se le conoce en la actualidad "Trastorno por déficit de atención con hiperactividad" categorizándolo bajo el grupo de trastornos de inicio en la infancia, la niñez o adolescencia, en el subgrupo de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, el cual mantuvo su nombre en la siguiente edición revisada del año 2000 (DSM-IV-TR). Se reconoce que el trastorno presenta dos dimensiones principales; uno realizado para la inatención y otro para la hiperactividad - impulsividad, debido a lo cual ayuda a determinar cualquiera de los tres subtipos predominantes del TDAH, los cuales se presentan con: predominio inatento, predominio hiperactivo - impulsivo y de tipo combinado, el cual en esta edición se menciona que tiene su aparición antes de los 7 años de edad (APA, 1994/2000).

Para la siguiente y actual versión (DSM-5), el TDAH continua con su nombre característico y considera tres predominios del trastorno (predominio combinado, predominio con falta de atención y predominio hiperactiva/impulsiva). Sin embargo, el grupo de trastornos al cual pertenecía fue modificado, pasando de trastornos de inicio en la infancia y adolescencia a trastornos del desarrollo neurológico. Otra de las modificaciones efectuadas en esta versión fue la inclusión del número de criterios diagnósticos para adolescentes mayores y adultos, y la modificación de la edad en la cual se presenta el trastorno, ya que en el DSM-IV se mencionaba que el TDAH se presentaba antes de los siete años de edad y en la versión actual se considera su aparición antes de los 12 años de edad.

1.2 Definición

De acuerdo con el DSM - 5 (2014) el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es considerado como una alteración del neurodesarrollo que se caracteriza principalmente por presentar una incapacidad al mantener la atención (Inatención), un exceso actividad motora (Hiperactividad) y carencia en la inhibición de la conducta y cognición (impulsividad). Generalmente tiene un origen muy temprano, es decir, se manifiesta en la niñez; y por su carácter crónico se mantiene en la adolescencia e inclusive perdura en algunos casos en la etapa adulta; por lo cual puede presentarse en todo el ciclo vital de una persona, afectando de manera significativa su desarrollo. Interfiere en el área familiar, social, escolar/laboral impactando inclusive el área emocional y psicológico, de manera que la probabilidad de desarrollar trastornos comorbidos es muy frecuente (López & Zambrano, 2012).

1.3 Características

El TDAH se caracteriza por niveles de atención inapropiados para la edad de desarrollo del niño, así como desmedida actividad motora y la presencia de conductas impulsivas que afectan su vida cotidiana (Fernández, Del Caño, Palazuelo & Marugán, 2011).

Si bien, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad presenta tres conductas principales que lo caracterizan, los cuales son: inatención, hiperactividad e impulsividad, suelen estar acompañados de problemas en el aprendizaje o bajo rendimiento académico, dificultad para relacionarse con las personas, problemas cognitivos y dificultades emocionales. Estos problemas tienden a variar en cada uno de los niños dependiendo de la gravedad o frecuencia con la que cada una de las conductas son emitidas y del grado de

afectación que causa en el medio en el que el niño se desarrolla (Korzeniowsk & Ison, 2008).

Debido a que el TDAH tiene su origen en la infancia y tiende a permanecer en la adolescencia e inclusive llegar a la vida adulta, se le considera de carácter crónico; en el cual, las conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad se pueden mantener a lo largo del ciclo vital de la persona que lo posee, por lo cual interfiere y afecta de manera significativa en el ambiente familiar, escolar/laboral y la forma de relacionarse con la sociedad (De la peña, 2000).

De acuerdo con Korzeniowsk e Ison (2008) en el ámbito familiar la estabilidad emocional y psicológica tanto de los padres, como la de los niños con TDAH se ven comprometidos debido al comportamiento que en un principio suelen clasificar los padres y madres como: "desobediencia, vagancia e irresponsabilidad" debido a la falta de conocimiento del TDAH, generando como consecuencia el endurecimiento de los métodos educativos; utilizando el castigo como una de las practicas preferenciales y más frecuentes. Sin embargo, sin un efecto aparente en la disminución del comportamiento problemático, haciendo crecer la sensación de frustración e impotencia por parte de los padres por no controlar las conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad de sus hijos.

La anterior información acerca del estilo rígido educativo por parte de los padres con hijos con TDAH es corroborada por la investigación de González, Bakker y Rubiales (2014), los autores mencionaron que los padres con hijos con TDAH presentaban una postura más rígida al momento de hacer cumplir sus normas, manifestando mayor número de críticas,

rechazo y baja confianza, al igual que un estilo educativo menos comunicativo y carente de afecto de los padres hacia sus hijos en comparación de los padres de niños sin el TDAH.

En el ámbito escolar uno de los principales problemas es la carencia de autocontrol que presentan los niños con TDAH. Por ello, suelen surgir con regularidad problemas en la escuela como: peleas con otros niños, dificultades para relacionarse con sus compañeros de clase y problemas para poder terminar las tareas encomendadas en la escuela. Está es la razón por la cual algunos niños pueden sentirse tristes e inclusive desarrollar depresión, ya que no pueden controlarse y cumplir con sus propias expectativas y tampoco satisfacer las exigencias de sus padres y maestros. La carencia de autocontrol podría llegar a desarrollarse al recibir un tratamiento que permita fortalecer o desarrollar esta capacidad que se encuentra disminuida por el TDAH (Veléz & Vidarte, 2011)

Debido a lo cual, si este patrón conductual se mantiene y no existe una modificación de las conductas problemáticas podría hacer surgir nuevos problemas que empeorarían la situación inicial (Espinosa, 2006). De tal modo que es de vital importancia la atención temprana del TDAH, para brindarle al niño y a los padres los conocimientos, habilidades y capacidades que le permitan al niño superar los problemas de comportamiento y los problemas relacionados con lo familiar y escolar que se tienen por causa del TDAH; ya que con ello el pronóstico de mejora aumenta en un 80% de posibilidades de superar las problemáticas originadas por él (Veléz & Vidarte, 2011).

1.4 Manuales de Clasificación Diagnóstica

1.4.1 Criterios Diagnósticos DSM - 5

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) mencionan que los criterios para el diagnóstico del Trastorno de déficit de atención/ hiperactividad son los siguientes:

Criterios diagnósticos:

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

1.- Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej. Se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p.ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden, descuido y desorganización en el trabajo, mala gestión del tiempo, no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante, al menos, 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

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

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

- B. Algunos síntomas de inatención o hiperactividad- impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención o hiperactividad. Impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo, con los amigos o parientes, en otra actividades).
- D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
- E. Los síntomas o se predicen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias)

1.4.2 Criterios del CIE-10

Por otra parte en la Guía de Bolsillo de la Clasificación (CIE-10, 2000) clasifican al TDAH como Trastorno Hiperkinético, para el cual menciona los siguientes criterios diagnósticos:

El diagnóstico para investigación del trastorno hiperkinético requiere la presencia clara de déficit de atención, hiperactividad o impulsividad, que deben ser generalizados a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones, y no deben ser causados por otros trastornos como el autismo o los trastornos afectivos.

G1. Déficit de atención. Por lo menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten al menos seis meses, en un grado que es maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Frecuente incapacidad para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).
5. Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incomodo ante tareas tales como las domesticas, que requieran un esfuerzo mental mantenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.
8. Fácilmente distraíble por estímulos externos.
9. Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

G2. Hiperactividad. Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad persistente durante, al menos, seis meses, en un grado maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en el asiento.

2. Abandona el asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en adolescentes o adultos puede manifestarse solo por sentimientos de inquietud).
4. Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Exhibe permanentemente un patrón de actividad motora excesiva, que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

G3. Impulsividad. Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persisten durante, al menos, seis meses, en un grado maladaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás (p.ej., irrumpe en las conversaciones o juegos de otros).
4. Con frecuencia habla en exceso, sin una respuesta adecuada a las limitaciones.

G4. El inicio del trastorno no se produce después de los siete años.

G5. Carácter generalizado. Los criterios deben cumplirse para más de una situación, es decir, la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben estar presentes tanto en

el hogar como en el colegio, o en el colegio y otros ambientes donde el niño puede ser observado, como pudiera ser la consulta médica (la evidencia de esta generalización requiere, por lo general, información suministrada por varias fuentes. La información de los padres acerca de la conducta en el colegio del niño no es normalmente suficiente)

G6. Los síntomas de G1 a G3 ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.

G7. El trastorno no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo (F84.-), episodio maniático (F30.-9, episodio depresivo (F32.-) o trastorno de ansiedad (F41.-).

1.4.3 Diferencias y similitudes entre los sistemas de clasificación DSM-5 y CIE - 10

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) se establecen 18 criterios diagnósticos correspondientes a las conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad, de las cuales para tipificar a una persona por trastorno de déficit de atención con hiperactividad se debe cumplir con los criterios diagnósticos; al menos seis de los criterios diagnósticos de nueve criterios correspondientes a la conducta de inatención y el cumplimiento de al menos seis criterios de nueve para las conductas de hiperactividad e impulsividad.

Por su parte, la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE -10) establece al trastorno por déficit de atención con hiperactividad como Trastorno Hiperactivo, el cual establece de igual manera que el DSM - 5 18 criterios diagnósticos. La clasificación propuesta por parte del CIE-10 establece nueve criterios diagnósticos para la conducta de

inatención, para el cual se debe de cumplir con al menos seis conductas de inatención. A diferencia del DSM-5 el CIE-10 clasifica de manera separada las conductas de hiperactividad e inatención, para los cuales establece cinco criterios para la conducta hiperactiva y el cumplimiento de tres de ellas. Por último, cuatro criterios de conductas relacionadas a impulsividad y el cumplimiento de solo uno de ellos para diagnosticar el trastorno. Para finalizar, otra diferencia presenten entre ambos sistemas de clasificación diagnóstica es la edad en la cual se presenta el trastorno, ya que en el CIE- 10 la aparición del trastorno no puede presentarse después de los seis años de edad y en el DSM - 5 (la versión más actual) establece que el trastorno se puede presentar antes de los 12 años de edad.

Si bien el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) tienen diferencias en cuanto el número de criterios cumplidos para diagnosticar cualquiera de los tres subtipos de TDAH, ambos tienen similitudes en establecer que la presencia del trastorno debe de afectar de manera significativa el área familiar, escolar - laboral y social, presentándose en un grado desadaptativo o que no corresponde con el nivel de desarrollo de la persona.

Tanto DSM - 5 y CIE -10 a pesar de sus concordancias y discordancias representan los sistemas de clasificación de los trastornos mentales más aceptados y fundamentales en el ámbito clínico para la realización del diagnóstico del TDAH.

1.5 Epidemiología

1.5.1 Epidemiología en la etapa de la niñez

De acuerdo con el punto de vista Psiquiátrico el TDAH es considerado como uno de los problemas que afecta el comportamiento con mayor prevalencia en la población en general, estimando su presencia entre el 3 al 6 % de la población mundial (Lasheras & Farré, 2015). Sin embargo, si se realiza una revisión sobre la prevalencia a nivel mundial del TDAH en la población que se encuentra en la etapa de la niñez, se estima que esta sea del 5.29% de niños con esta problemática (Bakker & Rubiales, 2011; Restrepo, Gutiérrez & Betancur, 2013; APA, 2013), presentándose con mayor frecuencia en niños varones, en una relación de tres niños por cada niña (Ruiz, Gutiérrez, Garza & De la Peña, 2005).

Si bien, actualmente no se cuenta con números estadísticos que revelen con precisión la prevalencia del TDAH tanto a nivel mundial, nacional o regional, en la población mexicana se estima que esta se presente entre el 3 al 5% de la población en la etapa escolar (Ortiz & Acle, 2006). Con respecto a las aproximaciones de frecuencia de género, los estudios realizados en población mexicana como la de Barrios et al (2016), donde se investigó a 6639 niños de edad escolar, se encontró que la frecuencia de niñas es menor en comparación con los niños que tienen TDAH, de modo que puede verse una relación de una niña por cada dos niños, al igual que en la investigación realizada por Cornejo et al (2015), existiendo claramente un mayor número de varones con el TDAH. Por otra parte, se estima que en el país existe una relación total en la cual 4 de 100 niños y niñas tienen el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Zambrano et al., 2015).

Debido a que el TDAH puede perdurar aproximadamente en el 50% de los casos a lo largo de toda la vida de la persona que lo posee (Faraone & Biederman, 2005) y a su alto grado de prevalencia y los problemas que causa en cada una de las etapas de vida del niño en la integración familiar y social, los problemas de comportamiento y el coste económico que representa para las familias el tratamiento del TDAH en sus hijos lo hace ser un problema de interés social (Presentación, Pinto, Meliá & Miranda, 2009).

Sin embargo, es necesario puntualizar que la prevalencia del TDAH antes mencionada podría verse afectada por cuestiones del tipo de estudio, implicaciones de carácter cultural, instrumentos implementados para determinar la prevalencia etc. Por ejemplo, a pesar de que Ortiz y Acle (2006) mencionan que la prevalencia en esta etapa de desarrollo se encuentra entre el 3 al 5% de la población Mexicana, la investigación realizada por Cornejo et al (2015), elaborado a través de un estudio descriptivo trasversal, para el cual se contó con una muestra total de 19,650 niños y niñas de escolaridad primaria de la zona noreste de Jalisco, al aplicar el cuestionario de Conners adaptado para Latinoamérica y al revisar los resultados se encontró que la prevalencia de niños diagnosticados con TDAH era del 9.11%. Por otra parte, habría que señalar de igual manera que en una investigación realizada por López y Zambrano (2012) en la Ciudad de México con una muestra total de 97 escolares de entre 6 y 15 años de edad y utilizando los criterios del DSM-IV-TR, el cuestionario CCDTDAH - DSM-IV-R y la escala de inteligencia de Wechsler se reportó una prevalencia de 29.7% niños diagnosticados con este trastorno. Por consiguiente, se puede concluir que tanto los resultados obtenidos por Cornejo et al y los mencionados en el trabajo de López y Zambrano difieren significativamente del rango de prevalencia mencionado por Ortiz y Acle, mostrando que inclusive dentro del mismo país los rangos de

prevalencia mostrados suelen presentar variaciones dependiendo de los procedimientos e instrumentos utilizados para determinar la prevalencia del TDAH.

1.5.2 Epidemiología en la adolescencia

Los estudios que son realizados para determinar la prevalencia del TDAH en la etapa de la adolescencia usualmente son investigados abarcando la etapa del desarrollo infantil. Un ejemplo de ello, son las investigaciones realizadas por Cornejo et al (2001), quien estudió a un grupo de 10,929 estudiantes de edades comprendidas de entre los 4 y los 17 años de edad, provenientes de colegios públicos y privados en la localidad de Sabaneta en Colombia, en el cual se determinó que la prevalencia de niños con este trastorno era del 20,4%. De igual manera, se encuentra la investigación realizada por Pineda et al (1999), donde se contó con la participación de un grupo de niños y adolescentes de edades de entre 4 a 17 años en la ciudad de Manizales Colombia, donde estos investigadores reportaron una prevalencia del 16.1%. Por último, los resultados expuestos en la Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad elaborado por Vázquez et al (2010), donde los autores mencionan que a nivel mundial entre el 8% al 12 % de niños y adolescentes tendrán TDAH. Por lo tanto, estas investigaciones son ejemplos evidentes de la regularidad con la cual los estudios llevados a cabo toman en cuenta estas dos poblaciones.

Si bien, estas investigaciones epidemiológicas en la adolescencia regularmente han sido estudiadas abarcando la niñez, se estima que la prevalencia en solitario de la etapa de desarrollo de la adolescencia se presente entre el 2.5% al 4 % de acuerdo a las cifras expuestas por González, Rodríguez y Sánchez (2015), las cuales son mostradas en su

trabajo titulado “Epidemiología del TDAH” en la *Revista Española de Pediatría*. Por otro lado, al igual que la prevalencia en cuanto al género predominante en la etapa infantil, el TDAH en la adolescencia presenta un mayor número de personas del sexo masculino que tendrían el trastorno (Hendren, 2004).

Hablando en el caso estricto de la prevalencia de TDAH en la población clínica psiquiátrica adolescente en nuestro país, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente localizado en la Ciudad de México, reportó un alto porcentaje de personas jóvenes que se encontraban internados por esta problemática, siendo aproximadamente el 40% de adolescentes de su población total los jóvenes que eran atendidos de manera clínica debido a este trastorno (De la Peña, 2000).

1.5.3 Epidemiología en la etapa adulta

En contraste, a diferencia del gran número de estudios realizados en la población infanto-adolescente en torno a la epidemiología que se presenta en el TDAH, los estudios elaborados sobre la prevalencia del trastorno en la etapa de desarrollo adulta son menores. No obstante a esto, se tiene contemplado que la prevalencia presentada se encuentre alrededor del 3-4% en la población adulta en general (Aragonès et al, 2010). Sin embargo, estudios realizados en ella han presentado números discordantes que superan los porcentajes antes mencionados, como lo es la prevalencia expuesta por Biederman et al (2012), donde se reporta un porcentaje del 5% en esta etapa del desarrollo o los resultados encontrados en la investigación llevada a cabo por Aragonès, Cañisá, Caballero y Piñol (2013), donde se conformó una muestra total de 479 personas que acudían como pacientes

por cualquier problema de salud en el área de atención primaria en la provincia de Tarragon, España, de tal forma que uno de los criterios de exclusión para determinar la prevalencia en esta etapa de desarrollo era tener un mínimo de 18 a un máximo de 55 años de edad para servir como participantes en el estudio. En este trabajo se encontró que la prevalencia total de personas que cumplían con los criterios de la escala de Adult ADHD Self- Report era del 12,5% de adultos que se encontraban dentro de los parámetros para ser diagnosticados con TDAH.

Aunque estos porcentajes de prevalencia son variantes en cada etapa y lugar donde se han llevado a cabo estos estudios, la Secretaría de Salud (citado por López & Zambrano, 2012) estimó que en México un aproximado de al menos tres millones de adultos y un millón y medio de niños tienen el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, generando como consecuencia que esta afectación se encuentre dentro de las principales causas de atención clínica psicológica y psiquiátrica en el país.

Por último, es importante hacer hincapié en que los porcentajes anteriormente presentados para la prevalencia del TDAH en cualquiera de las etapas de desarrollo mencionadas ha presentado distintas variaciones dependiendo del tipo de características contempladas en los diversos estudios, ya que el rango de edad, género, nación o localidad estudiada, así como también si el estudio ha empleado los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la implementación de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales o cualquier otra escala que detecte este trastorno, son elementos considerados como variables que modifican los porcentajes y dan pauta a la existencia de grandes diferencias entre los resultados obtenidos para conocer la prevalencia del TDAH en los distintos estudios epidemiológicos realizados (Segura, 2009).

1.6 Comorbilidad

El término de comorbilidad hace referencia a la regularidad con la cual dos o más trastornos se presenten con una frecuencia significativa en comparación de otros trastornos con inferior frecuencia presentadas en la población en general, es decir, para que se considere que un trastorno es comórbido con otro no debe presentarse de forma fortuita o ser un caso aislado. Por otra parte, es importante resaltar que el trastorno comorbidos podría modificar las características del trastorno principal y el curso que este podría tener en el futuro, por lo cual, se vuelve de vital importancia la realización de un diagnóstico precoz que permita identificar con mayor precisión el o los trastornos comorbidos que se encuentran presentes; y de esta manera realizar una intervención que considere a cada uno de los trastornos manifestados, para posteriormente elaborar un plan de intervención que trate de manera global las características que presente cada paciente (Artigas, 2003).

Es difícil determinar con precisión qué porcentaje de comorbilidad existe entre la población diagnosticada con TDAH, ya que es difícil de diagnosticar y varía de manera importante dependiendo del tipo de variables que se encuentren en los estudios como: edad del paciente, momento en el que se realizó el diagnóstico, tipo de TDAH detectado; resultado con mayor número de comorbilidad aquellas personas que recibieron un diagnóstico tardío y de subtipo combinado resultaron tener un mayor número de trastornos comorbidos (Díez, Figueroa & Soutullo, 2006).

Por consiguiente, debido a que el trastorno por déficit de atención es difícil de diagnosticar, la comorbilidad del TDAH suele ocurrir de manera frecuente, debido a lo cual, la presencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad no suele presentarse de manera

solitaria en la mayoría de los casos, es decir, de manera "pura", siendo los problemas de conducta, del estado del ánimo, ansiedad o relacionados al aprendizaje los que se encuentran como mayor regularidad en la presencia del TDAH (Rodríguez et al, 2009) .

La comorbilidad más frecuente que se presenta en general para los tres subtipos de TDAH son: trastorno negativista desafiante, dificultades en el aprendizaje, retraso mental, trastorno de la conducta, trastorno depresivo y trastorno de ansiedad (Palacio et al., 2009).

Si bien, los tres subtipos de TDAH presentan un alto número de trastornos comorbidos el de presentación combinada es el que tiene mayor comorbilidad, principalmente con el trastorno disocial, trastorno negativista desafiante, trastorno de ansiedad y depresión (Díaz, 2014).

Con el objetivo de ampliar el conocimiento de los trastornos relacionados al TDAH se muestra la siguiente tabla, en la cual se exponen los trastornos comorbidos, así como el porcentaje de probabilidad con el que podría presentarse otro trastorno a la par del TDAH.

Tabla 1

Trastornos comorbidos con el TDAH

Trastornos Comorbidos al TDAH	Porcentaje de Comorbilidad en Niños	Porcentaje de Comorbilidad en Adultos
Trastorno Negativista Desafiante	(35-60%)	
Trastorno Disocial	(25-50%)	(12-21%)
Ansiedad	(25%)	(53%)
Depresión	(20-30%)	(14%)
Trastorno Bipolar	(10-20%)	(10%)
Trastornos de Tics	(18%)	(1%)
Síndrome de Tourette	(35-60%)	(2%)
Trastorno Obsesivo Compulsivo	(2-4%)	(13%)
Abuso/dependencia de alcohol		(34%)
Abuso de sustancias		(30%)
Retraso mental		

Nota: Modificado de: Amador, J.A., & Krieger, V. E. (2013). TDAH, funciones ejecutivas y atención. Recuperado de diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/47886

1.7 Factores Estudiados en la Etiología del TDAH

1.7.1 Concepción actual del TDAH

Actualmente para el DSM-5 el TDAH es considerado como un trastorno del Neurodesarrollo (Idiazábal & Aliagas, 2009), en el cual factores biológicos y neuroquímicos interactúan con factores ambientales que modifican la manifestación clínica, la frecuencia y la severidad de las conductas emitidas cuando el TDAH se encuentra presente en una persona. Los factores más relevantes implicados en la presencia del TDAH son de carácter: neuroquímicos, del neurodesarrollo, genéticos, hereditarios, complicaciones obstétricas y psicosociales (López & Romero, 2003).

1.7.2 Factores Neuroquímicos

Una de las explicaciones existentes para responder a cuál es la etiología del TDAH es sugerida mediante la premisa de que este trastorno tiene un origen neuroquímico, ya que estas personas presentarían una disfunción relacionada con el neurotransmisor de dopamina, lo cual afectaría distintas áreas del cerebro como la corteza prefrontal dorsolateral y las regiones dorsales de la corteza cigulada anterior y el estriado. Este neurotransmisor de dopamina se encuentra relacionado con el TDAH, debido fundamentalmente a que se encarga de regular las emociones, acciones, la cognición e inclusive la motivación, lo cual son características que se encuentran alteradas en los niños diagnosticados con este trastorno (López, Albert, Fernández & Carretié, 2010).

Una de las teorías que apoya esta moción neuroquímica de este trastorno es la realizada por Castellanos (citado en Yunta, Palau, Salvadó & Valls, 2006), quien fundamenta esta teoría mediante la disfuncionalidad de dos regiones que se encargan de producir, distribuir y

captar la dopamina, estas dos áreas se encuentran localizadas en el cigulo anterior; el cual como consecuencia produciría un déficit en la cognición y la segunda área es el núcleo caudado que generaría los problemas relacionados al exceso de motricidad en las personas con TDAH.

1.7.3 Factores del Neurodesarrollo

En otro orden de ideas, algunos científicos han tratado de responder a la incógnita del origen del TDAH a través de un factor neurobiológico, ya que se trata de explicar mediante una tardía maduración de distintas áreas del cerebro, como la corteza prefrontal dorso lateral, la corteza orbito frontal y el cigulo anterior (Cornella, 2010; Trujillo & Pineda, 2008), lo cual daría origen a los problemas característicos de este trastorno como los problemas para mantener la atención, la poca capacidad para inhibir las respuestas o el exceso en la conducta motora. Si bien, se han implementado en diferentes investigaciones pruebas con una máquina de neuroimagen, no se ha podido concluir una respuesta única, ya que varias de estas respuestas han sido poco específicas (Kollins, 2009).

1.7.4 Factores genéticos

De acuerdo con Wu y Wang (2014) las investigaciones realizadas en el ámbito genético han estudiado al menos cinco genes que podrían estar presuntamente implicados en la presencia del TDAH como los genes relacionados con la dopamina (DAT1 transportador de dopamina y DRD1, DRD4 y DRD5 receptores de dopamina) y norepinefrina (NET1 transportador de

norepinefrina). Sin embargo, de acuerdo con Barkley (2002) dos genes que se encuentran mayormente implicados son el gen DRD4 asociado a la búsqueda de novedad, el cual predispondría la presencia de conductas características del TDAH como la impulsividad, inquietud y ponerse en situaciones de riesgo. El segundo gen es llamado DAT1 el cual está implicado en la regulación de la velocidad con la cual la dopamina es captada en los espacios intersinápticos entre las neuronas (Barkley, 2002).

No obstante, a pesar de las investigaciones realizadas en estos genes actualmente no se ha confirmado un marcador biológico que indique la etiología del TDAH y es por ello que esta respuesta se queda simplemente en inferencias, ya que por el momento la detección y el diagnóstico de este trastorno se lleva a cabo únicamente mediante la observación neuroconductual (Yunta, Palau, Salvadó & Valls, 2006).

1.7.5 Factores Hereditarios

El factor hereditario ha sido otro de los elementos investigados por los científicos para explicar la etiología del TDAH. Por lo cual, se han realizado diversas investigaciones que han tenido la finalidad de estudiar a familias con uno o varios integrantes diagnosticados con este trastorno, para determinar la posible relación existente entre la herencia y el TDAH. Por ejemplo, en el trabajo llevado a cabo por Martínez et al (citado en López & Romero, 2003), estos autores mencionaron que se ha encontrado que los padres con TDAH tienen un 40% de probabilidades de tener un hijo con el mismo trastorno. Por otra parte, si los padres ya tienen un hijo con TDAH las probabilidades de que el siguiente hijo padezca este trastorno se reducirían a un 25% de posibilidades de que este hijo tenga de igual manera TDAH.

Por su parte, Herreros y Sánchez (2005) mencionan que se han llevado a cabo diferentes estudios en los cuales se ha investigado la relación de la herencia en gemelos monocigotos y dicigotos con el trastorno, llegando a la conclusión que la herencia del patrón conductual característico del TDAH se encuentra relacionado en ellos entre el 50% al 80% y del 29% al 33% respectivamente. De acuerdo con ello, el factor hereditario resultaría ser un posible predictor en la presencia del trastorno. Sin embargo, cabría la posibilidad de que este tipo de conductas no sean heredadas de manera genética, sino que estas sean transmitidas y aprendidas a través de las distintas formas de educación proporcionadas por los padres.

1.7.6 Complicaciones obstétricas

Las complicaciones obstétricas han sido otra de las líneas de investigación para tratar de explicar las causas por las cuales el TDAH puede presentarse en una persona. Un ejemplo de ello es la investigación realizada por Capdevila, Navarro, Artigas y Obiols (2007), donde al hacer una revisión sobre estos elementos como posible causa del trastorno resaltaron investigaciones previas a su trabajo, en las cuales se menciona que las madres con hijos diagnosticados con TDAH presentaron diferentes características que podrían ser consideradas como factores de riesgo, como presentar complicaciones durante el embarazo y el parto, fumar o estar expuestas a una alta concentración de tabaco o consumir bebidas alcohólicas durante el embarazo. Por otra parte, presentar un bajo peso al nacer o nacimientos prematuros de igual forma podrían ser considerados factores de riesgo para desarrollar TDAH.

Adicionalmente, en el mismo trabajo realizado por Capdevila, Navarro, Artigas y Obiols (2007) se elaboró un estudio retrospectivo para investigar la diferencia entre los subtipos de TDAH con predominio de inatención (TDAH-I), TDAH combinado (TDAH-C) y las

complicaciones prenatales y post natales en una muestra de 59 niños y adolescentes de entre 6 y 19 años de edad diagnosticados previamente con TDAH. Los resultados obtenidos fueron que las personas diagnosticadas con TDAH-I presentaron un mayor número de casos de hemorragia durante la gestación o el parto y los problemas postnatales más frecuentes fueron infección de oídos, alergias y problemas de apetito. En contraste, para el caso de TDAH-C se presentó un mayor número de problemas posnatales, como problemas de cólicos y se consideró a estos niños como muy activos, siempre en movimiento y frecuentemente sufrían de accidentes que requerían la implementación de suturas. Si bien, de acuerdo con esta explicación los problemas existentes durante el embarazo y los problemas después de él no son considerados como predictores del TDAH si son tomados en cuenta como agentes de riesgo para desarrollarlo.

1.7.7 Factores psicosociales

Entre los factores psicosociales que podrían presentarse como moduladores de la predisposición biológica del TDAH se encuentran los estilos de crianza parental (Grau, 2007).

Estos estilos de crianza parental fueron propuestos por Baurind (1966), en el cual describía las características de tres categorías de crianza parental, los cuales son:

- **Padres autoritarios:** Establecen prácticas educativas rígidas, estableciendo un gran número de reglas que exigen sean cumplidas, se aseguran de regular el comportamiento y se muestran con frecuencia inflexibles. Utilizan el castigo como método de corrección, por lo cual los niños pueden tornarse.

- **Padres con autoridad o Democráticos:** Al igual que los padres autoritarios, los padres con autoridad establecen reglas, sin embargo, los padres con autoridad utilizan el dialogo para llevar acabo el cumplimiento de ellas, suelen ser flexibles y amorosos con sus hijos, por lo cual estos niños suelen socializar con mayor facilidad, ser curiosos, tienen autocontrol de su comportamiento, se valen por sí mismos y tienden a buscar la autorrealización.
- **Padres Permisivos:** Se muestran afectuosos con sus hijos, sin embargo, no establecen límites y reglas claras, son infrecuentes en el cumplimiento de las mismas y no se preocupan por modificar el comportamiento de sus hijos cuando este es inapropiado en algún escenario, por lo cual son impulsivos, hostiles, desafían a la autoridad, tienen baja autoestima, carentes de autocontrol y no tienden a la autorrealización.

Es importante resaltar que el estilo de crianza permisivo, así como el estilo autoritario son los estilos de crianza parental que se encuentran con mayor regularidad en las familias que tienen algún integrante con TDAH. Por ejemplo, en la investigación realizada por Raya, Herreruzo y Pino (2008) en un grupo de 32 niños de edades de entre 3 y 14 años de edad, en la cual se investigó la relación de los estilos de crianza parental y su relación con el TDAH, concluyeron que la falta de disciplina era un predictor de la presencia de conductas hiperactivas en los niños, y debido a que la falta de disciplina es uno de los factores esenciales dentro del modelo permisivo, este modelo se vuelve un factor de riesgo, ya que fomenta la aparición de las conductas hiperactivas.

Por otra parte, en una investigación realizada por Gonzáles, Bakker y Rubiales (2014), en la cual fueron evaluados niños de entre 8 y 12 años de edad con sus respectivos padres utilizando las escalas de Afecto y escalas de Normas y Exigencias diseñadas por Bersabé, Fuentes y Motrico (2001) para evaluar los estilos educativos parentales, encontraron que las familias que tienen algún integrante diagnosticado con TDAH presentaban una gran semejanza en cuanto a los estilos de crianza parental. En su investigación observaron que los padres presentaban un estilo educativo poco democrático, carente de afecto, crítico a las acciones de sus hijos, escasa comunicación familiar; especialmente entre los padres y los niños con TDAH y un alto grado de exigencia de los padres poco apropiado a las características que sus hijos presentaban. Este tipo de comportamiento fue presentado por los padres y en una ligera menor medida por parte de las madres, evidenciando que en las familias con niños clasificados con TDAH presentaban un estilo educativo más apegado al estilo educativo autoritario.

Entre otras características presentes en las familias que tenían un integrante con TDAH también se ha encontrado la presencia de falta de apoyo, aceptación y baja confianza de los padres con sus hijos, carencias en la comunicación, una menor cohesión familiar; y en la cual se genera un mayor grado de conflictos entre los integrantes de la familia a consecuencia del comportamiento del niño con TDAH, generando como consecuencia problemas de disfunción familiar (Montiel, Montiel & Peña, 2005).

Al conocer y determinar las características que usualmente se presentan en las familias que tienen algún integrante diagnosticado con TDAH permite a los especialistas realizar una intervención en las áreas deficitarias que caracterizan a este tipo de familias (Raya, Herreruzo & Pino, 2008). Sin embargo, es importante resaltar que el papel de los padres debe de tomar un rol activo dentro de la intervención, en la cual reciban asesoramiento en

el manejo de técnicas que le permitan resolver los problemas cotidianos con sus hijos, afrontar y dialogar los aspectos emocionales en la familia, que les permita mantener la calma ante las dificultades que se les presenten, para fomentar la comunicación y la unión con sus hijos (Miranda, Grau, Marco & Roselló, 2007).

1.8 Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial realizado por los especialistas en la práctica clínica debe someterse a un análisis riguroso, debido al alto grado de semejanza del TDAH con otros trastornos, condiciones de carácter médico y ambientales, ya que la presencia de inatención, hiperactividad e impulsividad; así como de los problemas subsecuentes del TDAH pueden presentarse en otras entidades psiquiátricas, médicas y causas ambientales que podrían hacer confundir el diagnóstico final. Por lo cual, el conocimiento del especialista de estas otras entidades similares al TDAH se vuelve un factor importante para determinar con mayor precisión un diagnóstico certero (López & Romero, 2003).

A continuación se muestran y describen en la Tabla 2 las entidades a considerar en el diagnóstico diferencial

Tabla 2

Diagnóstico diferencial del TDAH

	Diagnóstico diferencial	Consideraciones a tomar
Trastornos psiquiátricos	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos generalizados del comportamiento: - Trastornos del aprendizaje: lectura, ortografía y cálculo, etc. - Trastornos de ansiedad: - Trastornos del estado de ánimo: depresión y manía. - Retraso mental. - Abuso de sustancias. - Disminución de agudeza visual (miopía, hipermetropía, debilidad visual). - Hipoacusia (sordera). - Hipotiroidismo. - Hipertiroidismo. - Deficiencia de hierro. - Trastornos del sueño. - Trastornos del movimiento: Corea de Sydenham y PANDAS - Trastornos neurocutáneos: Neurofibromatosis tipo I - Trastornos neuromusculares: Miotina Distrofica. 	<p>Existen trastornos psiquiátricos que presentan semejanzas con el TDAH, por lo cual como se menciona en el Criterio E del DSM-5 “no se explican mejor por otro trastorno mental”, por lo cual deben de ser descartados.</p>
Enfermedades medicas	<ul style="list-style-type: none"> - Epilepsia. - Encefalopatías (postraumáticas o postinfecciosas) - Enfermedades neurodegenerativas: Leucodistrofia metacromática - Síndrome del X frágil. - Síndrome de Klinefelter - Síndrome de Turner. - Síndrome 47 XYY - Síndrome velo-cardio-facial - Síndrome de Williams. 	<p>Debido a la presencia de conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad; así como los problemas subsecuentes de ellos pueden estar presentes en otros trastornos, síndromes o causas de carácter médico, es necesario realizar las pruebas correspondientes para descartar cualquier entidad médica y esclarecer el diagnostico.</p>

Segunda parte del diagnóstico diferencial del TDAH

	Diagnóstico diferencial	Consideraciones a tomar
Efectos secundarios de medicamentos u otras sustancias	<ul style="list-style-type: none">- Antiepilépticos: fenobarbital, difenhidatoína y carbamazepina.- Ansiolíticos: benzodiazepinas.Simpaticomiméticos: aminofilina y teofilina.- Tóxicos plomo, arsénico y mercurio.- Antidepresivos: Fluoxetina y venlafaxina.- Antihistamínico- Abuso de otras sustancias, afeína, azur , etc.	Los efectos producidos por los medicamentos anteriormente mencionados podrían causar efectos similares a los causados por el TDAH, sin embargo, estos deben producirse únicamente durante su presencia o ser generados por síndrome de abstinencia.
Factores ambientales	<ul style="list-style-type: none">- Estrés: Muerte de algún familiar, duelo, pérdida de un familiar, cambios en el entorno del niño, dificultades familiares.- Desnutrición.- Inconsistencia en pautas/estilos educativos.	Los factores ambientales como: estrés, alimentación y pautas educativas pueden modificar la conducta del niño, por lo cual la duración así como la información recabada de múltiples informantes durante la anamnesis realizada con los padres y el niño se vuelven importantes para descartar estos factores.

Nota: Adaptado de: Asociación Española de Pediatría (2008). *TRASTORNO HIPERCINETICO – TDAH*. Recuperado de <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-sociedad-espanola-psiQUIATRIA-infantil-aep>

1.9 Detección y evaluación

Diagnosticar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad requiere de una evaluación clínica, en la cual, el Psiquiatra se encargue de recolectar información de múltiples informantes que reporten la conducta que es emitida por el niño. Esta información es hallada a través de la realización de una minuciosa anamnesis con los padres y una revisión del niño en solitario. La información que la institución educativa reporte a través de los maestros también puede servir de ayuda para la realización del diagnóstico (Vázquez et al, 2010).

Debido a que en la gran mayoría de los casos el diagnóstico por TDAH puede ser muy difícil de realizar, ya que el diagnóstico puede ser confundido con otros problemas similares al TDAH como ya se mencionó en el apartado de diagnóstico diferencial, es necesario contemplar varios factores para presentar una evaluación certera, en la cual, además de estar compuesto por la información recuperada de los padres, el niño y profesores, se debe incluir: escalas de evaluación objetivas mostradas en la Tabla 3, la revisión del estado físico actual del paciente, contemplar si existe la presencia de trastornos comorbidos y contemplar las características sociales, familiares y escolares. Si bien, las escalas de evaluación, así como la información brindada por los padres y principales cuidadores del niño son de gran importancia para realzar el diagnóstico, es importante resaltar que el especialista no debe de emitir un juicio únicamente basado en la información que es brindada por los familiares y maestros, sino contemplar toda la información recabada durante el proceso diagnóstico (Rabito & Correas, 2014).

Es importante resaltar que pruebas que generalmente son implementadas para la detención de este trastorno como lo es el electroencefalograma, estudios de neuroimagen y pruebas neuropsicológicas no se encuentran establecidas como pruebas contundentes y determinantes para diagnosticar TDAH (Barragán et al., 2007).

Por otra parte, dos de las herramientas fundamentales para la detección del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el posterior establecimiento del diagnóstico es la guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM – 5 y el manual de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales, los cuales especifican la edad en la cual se puede presentar el trastorno, el lapso de seguimiento del mismo, la especificación de criterios diagnósticos, así como el número de criterios que deben ser cumplidos para diagnosticar el TDAH. En el caso del DSM - 5 el tipo predominante del mismo, ya sea con presentación combinada, presentación predominante con falta de atención o presentación predominante hiperactivo/impulsivo. Utilizar el DSM o el CIE permite realizar el diagnóstico con mayor precisión, lo cual permite también al especialista informar con mayor facilidad las características del TDAH a la familia del niño con el trastorno y al mismo infante (Lora & Díaz, 2013).

Para que el diagnóstico de TDAH sea válido, es necesario tomar en cuenta que el comportamiento emitido por el niño se repita de la misma manera en dos o más escenarios. En la mayoría de las ocasiones el hogar y la escuela suelen ser lugares idóneos para detectarlo, ya que son los lugares donde los niños pasan la mayor parte del tiempo y pueden ser supervisados por padres y maestros. Es necesario que la conducta hiperactiva se presente antes de los 12 años (en la versión actual del DSM –5) y continúe de manera ininterrumpida por lo menos por seis meses, afectando de manera notoria el aprendizaje y

su vida cotidiana. Por lo cual, es necesario dar cuenta de cuando se trata de una conducta "hiperactiva normal" y cuando se trata de la presencia del trastorno (Cruz et al., 2010).

A forma de resumen a continuación se muestran en la Figura 2 los pasos a seguir propuestos en la Guía de Práctica Clínica sobre el trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes (Vázquez et al, 2010) donde se describe el proceso sugerido para llevar a cabo la detección y el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes.

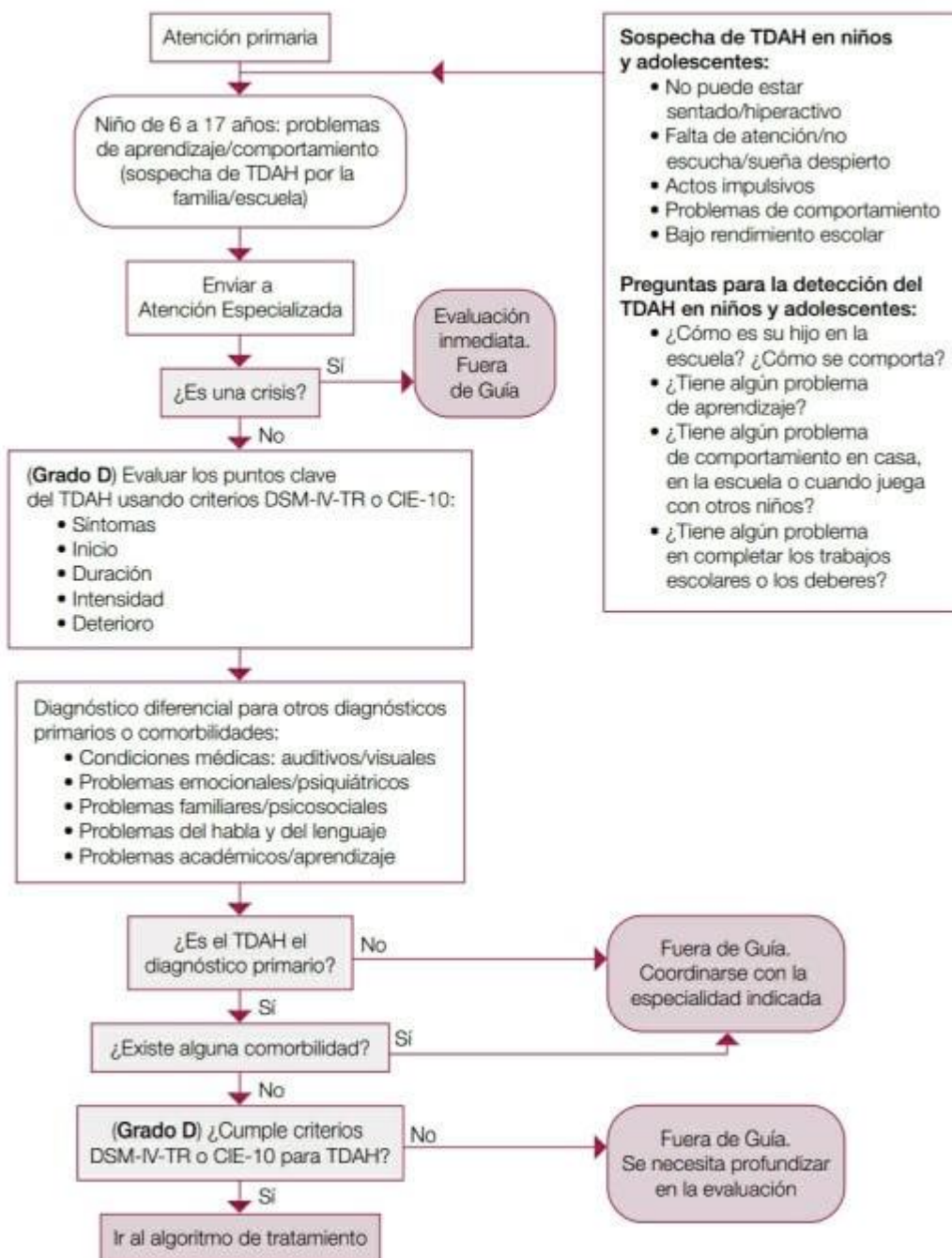


Figura 2 *Detección y diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes*

Tabla 3

Escalas de evaluación para el TDAH

Nombre	Autor / Año	Características
ADHD Rating Scale-IV	Du Paul, et al. 1997, 1998	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de cribado y evaluación del TDAH - De 5-18 años- 18 ítems - Dos subescalas: inatención e hiperactividad y una puntuación total - Cada ítem representa cada uno de los síntomas del TDAH según criterios del DSM-IV
Escalas de Conners	Conners, et al. 1989, 1997, 2008	<ul style="list-style-type: none"> - Dos versiones: padres y maestros - Escala de cribado y evaluación del TDAH - Sensible a los cambios del tratamiento - 3 versiones: <ul style="list-style-type: none"> - 1989: para 3-17 años. Dos escalas para padres: amplia (CPRS-93, 93 ítems) y abreviada (CPRS-48). Dos escalas para maestros: amplia (CTRS-39) y abreviada (CTRS-28) - 1997: para 3-17 años. Dos escalas para padres: amplia (CPRS-R, L 80 ítems) y abreviada (CPRS-R, S 28). Dos escalas para maestros: amplia (CTRS-R,L 59) y abreviada (CTRS-T, S 27) - 2008: para 8-18 años. Dos escalas para padres: amplia (Conners 3-P (L) y abreviada (Conners 3-P (S)). Dos escalas para maestros: amplia (Conners 3-T (L) y abreviada (Conners 3-T (S) y una versión auto administrada paciente (Conners 3-SR)

Segunda parte de escalas de medición del TDAH

Nombre	Autor/Año	Características
EDAH (Escala de Conners revisada)	Farré y Narbona. 1997	<ul style="list-style-type: none">- Escala de cribado y evaluación del TDAH- De 6-12 años- 20 ítems- Dos escalas: hiperactividad-déficit de atención (que se subdivide en dos subescalas) y trastornos de conducta- Una sola versión para maestros
SNAP-IV	Swanson, Nolan y Pelham. 2003	<ul style="list-style-type: none">- Escala de cribado y evaluación del TDAH- 5-11 años- Sensible a los cambios el tratamiento- 18 ítems- Dos subescalas: inatención e hiperactividad/impulsividad; una puntuación total adaptada a criterios del DSM-IV- Dos versiones: padres maestros

Nota: Tomado de Fontecha, C. G. (2014). Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria. *Pediatría Integral*.

1.10 Tratamiento para el TDAH

Una vez realizado el diagnóstico y previo a llevar a cabo un tratamiento, el especialista debe de informar a los familiares o principales cuidadores del niño sobre las características nucleares del TDAH, así como los problemas relacionados al trastorno, como lo son: los problemas de conducta, la dificultad para relacionarse con los demás, problemas emocionales que derivan en baja autoestima y depresión, bajo rendimiento académico y problemas familiares. Una vez dicho las características y las complicaciones relacionadas al trastorno, es necesario informar sobre los distintos tratamientos disponibles para disminuirlo o tratarlo, así como explicar las ventajas y desventajas de cada uno de ellos, y el posible curso clínico que podría adoptar el TDAH mediante una intervención y sin ella (Espinosa,2006).

Es importante remarcar que si bien en la actualidad no hay una cura y también se carece de un tratamiento universal para el trastorno por déficit de atención, hoy en día se dispone de un gran número de opciones para llevar a cabo el tratamiento, los cuales deben de adaptarse a las necesidades del niño y la familia para lograr disminuir los problemas relacionados al trastorno, así como evitar el surgimiento de trastornos comorbidos que agraven la situación inicial (Loro et al, 2009).

Actualmente la implementación del tratamiento multimodal para el TDAH en niños y adolescentes es el método de intervención más recomendado por los especialistas, ya que abarca el mayor número de problemáticas causadas por el trastorno. El tratamiento multimodal incorpora tratamiento farmacológico, psicológico y psicoeducativo (Rabito & Correas, 2014).

1.10.1 Tratamiento Farmacológico.

El tratamiento farmacológico tiene por objetivo disminuir los problemas en el comportamiento causados en el niño debido a la presencia de TDAH. El tratamiento mediante la implementación de medicamentos debe considerar los beneficios esperados de su administración y evitar los efectos colaterales, ya sea originado por cualquiera de las dos áreas de medicamentos existentes para el tratamiento del trastorno; como lo son los medicamentos estimulantes y los no estimulantes (De la Peña et al, 2009).

Una vez elegido el tratamiento farmacológico y el medicamento que será administrado, el especialista debe informar a los familiares y al niño sobre las principales características del fármaco, los beneficios que se esperan obtener de él, así como de los posibles efectos secundarios que se pueden presentar; la forma de eliminarlos o reducirlos, la dosis que se administrará, las horas en las cuales deberá de ser administrado y sugerir un tratamiento que contemple el aspecto emocional por el hecho de utilizar fármacos como medida de intervención (Díaz, Figueroa & Soutullo, 2006).

El tratamiento farmacológico con el uso de metilfenidato es el tratamiento para TDAH más utilizado y mayormente estudiado. La implementación de este medicamento tiene como propósito tratar los problemas nucleares del trastorno, así como mejorar los problemas relacionados con agresividad, problemas sociales y cognitivos (Soutullo & Álvarez, 2013).

Por otra parte, la atomoxetina es el primer fármaco no estimulante utilizado como tratamiento para el trastorno y tiene como finalidad el inhibir específicamente la recaptación de noradrenalina. Es utilizado como segunda opción cuando el metilfenidato no ha resultado ser eficaz para tratar los problemas relacionados al trastorno o le es difícil de asimilar al paciente. La atomoxetina ha demostrado ser eficaz aun cuando existen

problemas comorbidos como trastorno desafiante, ansiedad, tics y síndrome de tourette (Dell' Agnello et al., 2009), presentado siempre ventajas en comparación de tratamientos con placebos Jadad, Boyle, Cunningham, Kim & Schar en (1999).

En una investigación realizada por Michelson et al (2001) donde se estudió la respuesta de la atomoxetina frente a placebos en 297 niños de edades de 8 a 18 años de edad, siendo aproximadamente el 71 % de ellos de género masculino con el trastorno de déficit de atención en cualquiera de sus tres subtipos respondieron positivamente al tratamiento con el fármaco siendo las dosis de 1.2 mg/Kg/día y 1.8 mg/Kg/ por día las que resultaron más eficaces.

Por último, uno de los fármacos menos frecuentes en el tratamiento para el TDAH y poco recomendados son los antidepresivos tricíclicos. Los antidepresivos tricíclicos se encargan de inhibir la recapturación de noradrenalina y son administrados como tratamiento para pacientes con TDAH a partir de los seis años de edad. La ventaja de este tipo de medicamentos frente al metilfenidato es que se necesita de una a dos dosis al día en comparación de su contra parte, en la cual, es necesario de dos a tres dosis al día. Los antidepresivos logran disminuir las conductas del TDAH y tics comorbidos al trastorno en un 0.8 % de las personas, sin embargo, una de las grandes desventajas de este tratamiento son los efectos colaterales que alteran la frecuencia cardíaca, lo cual se ha relaciona con muerte súbita (Ulloa et al., 2005).

Es importante ahondar en el tema de los efectos secundarios causados por los diferentes medicamentos implementados para tratar el TDAH, ya que es una de las cuestiones que preocupa a un gran número de especialistas como médicos, pediatras, psicólogos e inclusive a un grupo de los propios psiquiatras. Sin embargo, el grupo de personas que se encuentra mayormente preocupado por la implementación de estos medicamentos

anteriormente expuestos en esta revisión son los padres, ya que al tener algún integrante diagnosticado con este trastorno y a los cuales se les es sugerido tratar a su familiar con este tipo de fármacos, causa en ellos preocupación, miedo e incertidumbre debido a su implementación y aún más, se encuentran especialmente alarmados en el caso de ser administrados en personas menores de edad. Si bien, de acuerdo Fontiveros et al (2015) los efectos perjudiciales causados por los medicamentos utilizados para tratar TDAH suelen desaparecer con un reajuste en las dosis utilizadas, al acostumbrarse al fármaco o al ser remplazado el medicamento por otro el cual sea asimilado de mejor manera por la persona, existen trabajos que señalan un mayor grado de problemas causados por su utilización, ya que conforme con Ávila (2004), tanto la implementación del medicamento a base de metilfenitado, así como el compuesto por atomoxetina generan de manera usual diversos efectos secundarios en las personas que los usan, los cuales se presentan como: disminución en la ingesta de alimentos, problemas de crecimiento, falta de sueño y en ocasiones el desarrollo de tics. No obstante, de acuerdo con lo expuesto por Guerrero (2012), en ocasiones estos tipos de fármacos utilizados para tratar el TDAH suelen presentar efectos secundarios que son mayormente contraproducentes como: alteración en la frecuencia cardíaca, lo cual genera problemas cardiovasculares, problemas psiquiátricos e intentos de suicidio. Por tal motivo, su administración, debe de ser valorada con demasiado detenimiento, para tener conocimiento de los efectos secundarios derivados de este tratamiento y generar conciencia de los daños colaterales causados por su uso.

A continuación se muestran en la Tabla 4 los fármacos utilizados en América latina para el tratamiento del TDAH en niños.

Tabla 4

Fármacos utilizados en América latina para el tratamiento del TDAH

Tipo químico	Principio activo	Indicaciones terapéuticas en TDAH
Psicoestimulantes	Metilfenidato	Se recomienda metilfenidato a partir de los 6 a 18 años de edad como fármaco de primera línea. El médico especializado debe tomar en consideración las características fisiológicas, familiares y sociales del niño; en caso presentarse ineficacia o efectos secundarios por su uso se recomienda una suspensión del medicamento y una revaloración.
	- Liberación inmediata - Liberación prolongada - Prolongada Pellet	
Inhibidor selectivo de la receptación de noradrenalina	Atomoxetina	Se recomienda atomoxetina a partir de los 6 a 18 años de edad como fármaco de primera línea junto al metilfenidato. El médico especializado debe tomar en consideración las características fisiológicas, familiares y sociales del niño; en caso presentarse ineficacia o efectos secundarios por su uso se recomienda una suspensión del medicamento y una revaloración.
Antidepresivos	Bupropión Venlafaxina Modafinil	El médico especializado debe tomar en consideración las características fisiológicas, familiares y sociales del niño; en caso presentarse problemas cardiovasculares debe suspenderse el tratamiento.
	Antidepresivos tricíclicos	
Agentes Adrenérgicos	Clonidina	Se recomienda como tratamiento de tercera línea para el TDAH. El médico especialista debe tomar en consideración las características fisiológicas, familiares y sociales del niño; en caso de presentarse ineficacia o efectos secundarios se recomienda una suspensión del tratamiento y realizar una revaloración

Nota Adaptado de Palacio, De la Peña, Palacios y Ortiz. (2009). Algoritmo latinoamericano de tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a través de la vida. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 38(1), 35-65

1.10.2 Tratamiento Psicopedagógico

El tratamiento psicopedagógico tiene por objetivo prevenir y tratar los problemas que se presentan en los procesos de enseñanza y aprendizaje a consecuencia de las conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad que afectan el rendimiento académico de los niños con TDAH. (Vázquez et al, 2010).

Por lo cual, el tratamiento psicopedagógico toma en cuenta y analiza el conjunto de elementos que se encuentran interactuando con el niño, como lo es la institución educativa a la que acude, los profesores que le imparten clase, su propia familia y personas a las que frecuenta; las cuales influyen en su desempeño académico y el grado de adaptación conductual que tiene en su vida cotidiana (Abad, Ruiz, Moreno, Herrero & Suay, 2013), para posteriormente elaborar planes de intervención que contemplen el entrenamiento de padres y profesores, la intervención sobre el alumno, el reajuste del ambiente en el que se desarrolla el niño y la elaboración de un programa cognitivo - conductual (Arco, Fernández & Hijono, 2004).

La eficacia del tratamiento psicopedagógico puede verse en diferentes estudios como el realizado por Miranda, Jarque y Rosel (citado en García, Sanz & Tárraga, 2016), en el cual se analizó los efectos terapéuticos y la eficacia de la intervención psicopedagógica, al igual que el tratamiento farmacológico en un grupo de 50 niños y niñas. Para llevar a cabo esta investigación se dividió a los sujetos a investigar en tres principales grupos, los cuales se conformaron de la siguiente manera: 17 niños que tomaron un tratamiento farmacológico, 17 niños que recibieron una intervención psicopedagógica y 16 niños que se encontraron en el grupo control. Los resultados obtenidos en este estudio mostraron que ambos métodos fueron considerados eficaces para tratar los problemas relacionados al TDAH. No obstante, cada uno de ellos solucionó diferentes problemáticas, por ejemplo se registró que el tratamiento con fármacos resultó ser más eficaz

para intervenir en los problemas de la carencia de atención y ayudar a mejorar el desempeño académico, por otro lado, la intervención psicopedagógica trató con mayor eficacia los problemas de hiperactividad y el comportamiento relacionado a la impulsividad.

De igual manera, otro de los estudios que demuestran la efectividad del tratamiento psicopedagógico fue llevado a cabo por Veranes, Álvarez y Pérez (2010), donde se contó con la participación de 40 niños y niñas de edades de entre los 7 y 9 años de edad. Para efectos del estudio se dividió a los participantes de esta investigación en dos principales grupos: un grupo experimental el cual fue intervenido con un tratamiento psicopedagógico combinado con terapia floral y un grupo control. Este tratamiento fue planeado para ser implementado en 12 sesiones y valorar a los pacientes cada 30, 60, 90 y 120 de ser tratados. Los resultados positivos mostrados en esta investigación pudieron ser observables al cabo del transcurso de 90 días de haber iniciado la intervención, ya que el 45% de los niños que recibieron el tratamiento mostraron mejorías en su comportamiento, al mostrarse más tranquilos, organizados y con mejorías en el desarrollo social, al cabo de la posterior revisión realizada a los 120 días, el 85% de los niños mostraron mejorías notorias en su comportamiento en general y estado emocional más equilibrado. Por tanto, la evidencia de eficacia en las intervenciones realizadas a través de tratamientos psicopedagógicos ha mostrado de ser satisfactorio para tratar los problemas relacionados al TDAH.

1.10.3 Tratamiento Psicológico

1.10.3.1 Terapia Cognitivo Conductual

El tratamiento psicológico para el trastorno por déficit de atención tiene por objetivo ayudar mediante una intervención terapéutica a los niños y sus familias para tratar los problemas

conductuales y cognitivos originados por el TDAH en los niños, los cuales afectan su vida cotidiana e impactan también en el área familiar y escolar (Serrano, Guidi & Diez, 2013).

El tratamiento cognitivo conductual (TCC) ha demostrado ser el tratamiento psicológico que ha mostrado mayor indicio de efectividad en el manejo del TDAH, por ello la mayoría de técnicas implementadas en el tratamiento para el trastorno por déficit de atención incluyen y se basan en éste tipo de enfoque (Diez et al, 2010).

Se recomienda usar este tratamiento cuando las conductas no son graves, cuando se ha realizado un diagnóstico temprano y cuando los padres no aceptan el tratamiento farmacológico y prefieren una intervención sin el uso de medicamentos (Sánchez & Sánchez, 2016).

El TCC interviene mediante la planificación de programas que ayuden al niño a reducir o eliminar los problemas de intención, impulsividad, conducta; y los problemas que se derivan de él, como el bajo rendimiento académico, problemas para socializar, problemas emocionales etc. Fomentando en el niño la capacidad de autocontrol y autonomía en su vida cotidiana (Calderón, 2001).

Por lo cual, el TCC tiene por objetivo modificar las conductas problemáticas que son reportadas por los padres, para ser substituidas por conductas más adaptativas y devolverle al niño la capacidad de autonomía en su vida. El éxito del tratamiento dependerá del grado de especificación de las conductas se quieren cambiar y del grado de participación conjunta de cada uno de las personas que intervienen en el proceso del tratamiento (Ivñez, Sánchez & Ruiz, 2015).

La duración del TCC en el manejo de problemas de comportamiento puede variar dependiendo del problema que se va a intervenir y de la complejidad del programa que se llevará a cabo, sin embargo, generalmente tienen una duración de entre 8 y 12 sesiones realizadas una vez por

semana, las cuales suelen tener una duración de entre 1 a 2 horas y en pocas ocasiones suele superar las 4 horas de duración (Moreno & Utria, 2011).

En una investigación realizada por Calderón (2001) en la cual se investigó los efectos del tratamiento cognitivo - conductual en un grupo de niños de entre 8 y 12 años de edad con TDAH a lo largo de tres meses, en los cuales se realizó 1 sesión por semana, con un total de 12 sesiones, los resultados obtenidos en la investigación demostraron que el tratamiento cognitivo - conductual ofrecía a los niños una mejora en las conductas relacionadas a la incapacidad de sostener la atención, hiperactividad e impulsividad y las muestras de oposición, proporcionando a los niños mayor capacidad de autocontrol de su conducta y la disminución de problemas presentados en la escuela. Estas mejoras conductuales en los niños con TDAH fueron percibidos por sus padres al término de la intervención.

1.10.3.2 Terapia cognitiva

El tratamiento cognitivo tiene por objetivo mejorar los procesos cognitivos del niño, brindándole la capacidad de autocontrolar su comportamiento y resolver las tareas que se presentan en su vida cotidiana. La obtención de estos objetivos se llevan a cabo mediante la implementación de técnicas como la de: autoinstrucciones (el niño aprende a regular de manera estructurada y razonada su conducta a través de instrucciones externas en un principio, para pasar mediante el lenguaje interno a dirigir su conducta, lo cual le ayuda a solucionar una tarea encomendada), autocontrol (ayuda al niño a detenerse a analizar y evaluar las consecuencias de su comportamiento antes de actuar, para elegir la conducta más adaptativa y satisfactoria para él y su medio) y la resolución de problemas (esta técnica tiene como objetivo disminuir la

impulsividad y adquirir autocontrol, fomentando en el niño la capacidad de análisis y planeación para alcanzar una meta establecida) (Loro et al, 2009)

1.10.3.3 Terapia de conducta

La terapia de conducta tiene por objetivo analizar el conjunto de conductas que son generadas por el niño, para distinguir aquellas conductas que los padres referencian como problemáticas, las cuales se pretenden disminuir o eliminar y reforzar aquellas que se quieren incrementar (Alda, Serrano, Ortiz & San, 2015), influyendo en ellas mediante la modificación de la conducta a través de las consecuencias obtenidas del comportamiento emitido por el niño, por lo cual, la implementación de estas técnicas que modifican la conducta se centran en incrementar una conducta, utilizando un reforzador para llegar a la conducta deseada (Reforzamiento positivo, reforzamiento negativo, alabanza, recompensas, atención etc.) Y aquellas técnicas que se focalizan en la eliminación o reducción de los comportamientos no deseados (conste de respuesta, sobre-reacción, tiempo fuera, extinción). Todas estas técnicas tiene como función primordial el mejorar el comportamiento del niño en el medio en el que se desenvuelva y ayudar a la familia en la disciplina que existe en el hogar de los niños con TDAH (López et al, 2006).

1.10.3.4 Entrenamiento para padres

Debido a que la relación entre padres e hijos con TDAH suele tornarse conflictiva y tensa, principalmente debido a que los padres no pueden controlar el comportamiento de sus hijos; genera en ellos sentimientos de frustración, incompetencia y estrés, por lo cual el ambiente familiar se ve afectado negativamente y la comunicación familiar se ve interrumpida y sustituida

por un modelo rígido y estricto, en el cual el castigo se vuelve una constante (Roselló, García, Tárraga & Mulas, 2003; Presentación et al, 2006).

Por consiguiente, el entrenamiento parental tiene como finalidad modificar los procesos de interacción entre el niño con TDAH y los sujetos que conforman su familia, esto se realiza mediante la mejora de la comunicación familiar (especialmente entre los padres y el niño con TDAH), para abordar los problemas conductuales del niño (Guillén, 2018). El entrenamiento parental informa y capacita a los padres en el manejo de técnicas que les ayudan a modificar y disminuir las conductas desadaptativas de sus hijos y resolver los problemas que se presentan en la casa y la escuela, beneficiando de esta manera las relaciones sociales y la conducta del niño (Macía, 2012).

De acuerdo con Robles y Romero (2011) en su revisión de los programas de entrenamiento para padres y fijando especial atención en el programa de padres con hijos con TDAH de Chronis et al, los mejores resultados se obtuvieron al realizar de manera grupal el tratamiento; reduciendo con ello su costo, presentando mayor eficacia y aceptación del tratamiento, por otro lado la implementación del tratamiento individual de la familia es mejor para las familias que se encuentran mayor mente afectadas por el TDAH. Las técnicas de resolución de problemas, así como la técnica de modelamiento enseñadas a los padres y la implementación de técnicas en el manejo del enojo, estrés y las emociones se encuentran recomendados para tratar el TDAH y lograr de esta manera prolongar los beneficios obtenidos del tratamiento. Por otra parte, la intervención con el uso de fármacos sumado a tratamientos conductual presenta mayor eficacia que el tratamiento farmacológico utilizado como único tratamiento.

Capítulo 2. CRÍTICA AL ENFOQUE PSIQUIÁTRICO PLASMADO EN EL DSM-5 RESPECTO AL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PSICOLOGÍA

2.1 La Psicología y el TDAH

Como ya se ha visto a lo largo de los diferentes apartados en esta revisión, el punto de vista de la psiquiatría se encuentra orientado en torno a un problema de origen orgánico. De igual modo, es importante mencionar que actualmente esta perspectiva ha permeado la forma en la que se aborda tanto la etiología, el diagnóstico, tratamiento e inclusive la forma en que los especialistas de la salud mental, incluyendo a los propios psicólogos y personas en la vida cotidiana, conciben esta problemática (Biachi, 2016). De tal manera que en la actualidad los problemas concernientes a una conducta desatenta, un exceso en la actividad motriz y la ausencia o dificultad para inhibir las respuestas emitidas por una persona vistos desde esta óptica psiquiátrica no son más que los síntomas originados por esta alteración orgánica clasificada como TDAH, entendiendo por síntoma la definición mostrada por la Real Academia Española [RAE] (2014), la cual menciona que es la “manifestación reveladora de una enfermedad”.

Como suele suceder en cualquier otra enfermedad, los psiquiatras se encargan de realizar una entrevista clínica; se utilizan pruebas diagnósticas (*véase* en Detección y evaluación) y la implementación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) se vuelve fundamental para la realización del diagnóstico final, el cual es consultado por el psiquiatra para emitir con base a sus 18 criterios diagnósticos y el cumplimiento de un número de al menos seis criterios diagnósticos para tipificar predominancia de Inatención, seis o más para diagnosticar predominancia Hiperactivo – Impulsivo y en el caso de presentar una

predominancia combinada se debe cumplir con los criterios de Inatención e Hiperactividad – Impulsividad para clasificar a un niño o persona con este trastorno. Dicho de este modo, estos problemas en la conducta al ser originados por una alteración biológica son atendidos por la psiquiatría prescribiendo usualmente un tratamiento farmacológico como con cualquier otra enfermedad debido a su supuesto origen biológico. No obstante, la psicología, particularmente hablando en el caso de la psicología del análisis de la conducta, trata de diferente manera este tema llamado TDAH e inclusive niega su existencia.

Pero ¿Qué es la psicología del análisis de la conducta? De acuerdo con Fernández (2005), el análisis de la conducta o también llamado análisis del comportamiento, es un paradigma psicológico que se encuentra compuesto por tres distintas disciplinas (el análisis conceptual del comportamiento, el análisis experimental del comportamiento y el análisis conductual aplicado), las cuales dan origen a este paradigma, que tiene la finalidad de estudiar el comportamiento de los organismos individuales completos y la interacción que tienen con su entorno. En palabras de este autor, citado anteriormente, podemos comprender a la conducta como “la interacción entre el sujeto con historia (biológica, psicológica y cultural) y el medio ambiente en el que vive” (Fernández, 2005. p.48). De tal suerte que el objetivo primordial del análisis del comportamiento es dar cuenta de la relación existente entre la persona y su medio, y como es que el resultado de la interacción de estos dos elementos da como origen la conducta o comportamiento.

Por consiguiente, el análisis de la conducta aplicado a la problemática clasificada como TDAH al tomar como referencia que el origen de la conducta no se encuentra centrado únicamente en el sujeto de manera biológica, sino reside en la interacción entre el sujeto y su medio, este paradigma descartaría la explicación psiquiátrica del origen de las conductas de no prestar atención, presentar un movimiento excesivo y mostrar una incapacidad para inhibir la respuesta

como síntomas de un alteración orgánico, ya que a diferencia de la psiquiatría, desde un punto de vista psicológico la conducta no se encuentra localizada en el interior del sujeto, sino al ser originada en la relación del sujeto y su medio esta no podría ser considerada como un síntoma. Para llegar a dicha conclusión, la psicología tiene como tarea evaluar mediante la experiencia, la observación y, de forma multidimensional, las conductas y los elementos que se encuentran en el medio ambiente, para de esta manera conocer, identificar y definir que conducta es considerada un problema y sobre todo para comprender para quién es un problema la emisión de un determinado comportamiento (Durán, 2011).

Por ello, la injerencia de la psicología en torno al tema llamado TDAH a diferencia de la psiquiatría no toma como única referencia los elementos biológicos para determinar el origen de una conducta en una persona, sino que se basa en los distintos elementos, tomando al sujeto en su totalidad (biológico, psicológico y cultural) y su relación con el medio para analizar y poder establecer la causa de una conducta.

2.2 Aproximación a los conceptos de Salud mental y Enfermedad mental

Tomando en cuenta el apartado anterior, para dar comienzo a esta crítica del enfoque psiquiátrico manifestado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales en su quinta versión (2013), donde se coloca al TDAH bajo la categoría de trastornos del neurodesarrollo, es necesario comenzar por señalar qué se entiende por enfermedad mental y por consiguiente qué se entiende por salud mental. Cabe resaltar que la aproximación que se tiene de ambas definiciones surge a partir del modelo médico.

Para iniciar, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (cita en Herrero, 2016) define como enfermedad la “alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestadas por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (párr.1). Por su parte, la RAE (2014) comprende por enfermedad la “alteración más o menos grave de salud”, avanzando en este razonamiento, para la RAE (2014) la salud es entendida como el “conjunto de condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado”. Por otro lado, Szasz (como se cita en Raheb, 2008, p.3) señala que una “enfermedad no puede ser definida más que en términos de patología orgánica”. De este modo, desde las definiciones anteriormente expuestas, uno de los principios para estar enfermo o tener salud recae fundamental en el estado fisiológico en el que se encuentre el ser vivo o una persona en un momento determinado de su vida. Por consiguiente, si el TDAH se viera desde la perspectiva médica o la señalada por Szasz no habría duda en considerar al TDAH como una enfermedad debido a su supuesto origen orgánico como se menciona en el DSM-5.

En oposición con lo anterior, si se hablará de que el TDAH es una enfermedad y se tomará como referencia al cáncer o cualquier otra enfermedad biológica, innegablemente veríamos esta afectación al revisar los síntomas y realizar las pertinentes pruebas diagnósticas, independientemente de la persona a la cual se le realicen las pruebas, el lugar donde este se sitúe en el cuerpo o al tipo de enfermedad a la que pertenezca. Por esta razón, si se reuniera a un grupo de personas con la misma enfermedad y se les realizaran diferentes pruebas diagnósticas a cada uno de ellos se obtendría el mismo diagnóstico, podríamos realizar un seguimiento y prever en cierta medida su evolución. De esta manera, podríamos notar que la definición de enfermedad otorgada tanto por la OMS, como la proporcionada por la RAE puede ser empatada con su uso

operativo. Sin embargo, un caso muy distinto es el que se presenta en el denominado TDAH, ya que a ciencia cierta hasta el día de ahora se desconoce su etiología (Poeta & Neto, 2011; Mediavilla, 2003; Valdiviezo, 2011; Ruiz, 2015; Fernández et al, 2018), por consiguiente, no se cuenta con un marcador biológico (Elorrieta, 2018; Mas, 2009; Vigier, 2018; Moreno., et al, 20015) que asegure que el TDAH surge de una alteración del neurodesarrollo, como se encuentra clasificado actualmente en el DSM-5. Como muestra para sustentar la aseveración antes mencionada, se encuentra el trabajo realizado por García et al (2012), el cual menciona que estudios que tenían como propósito estudiar a niños diagnosticados con TDAH y problemas relacionados a la fluidez verbal, se encontraban orientados a mostrar que ambas problemáticas eran generadas por una alteración de los lóbulos frontales, al hacer una revisión profunda de diferentes estudios, García et al (2012) encontró que distintos trabajos mostraban diversos resultados al analizar estas variables e incluso algunas de estas investigaciones resultaron ser no concluyentes, ya que no muestran una alteración que subyace de una condición biológica. Existen varias investigaciones (Sergeant, Geurts & Oostelaan, 2000; Schuerholz, Singer & Denckla, 1998; Shallice et al. 2002), en las cuales compararon niños diagnosticados con TDAH con niños que tenían problemas en fluencia verbal y un grupo control para determinar si existía diferencias en sus pruebas de neuroimagen entre ellos. Los resultados mostraron que no presentaron diferencias en sus estudios de neuroimagen entre los tres grupos. Estos hallazgos aportan evidencia para demostrar que la etiología del TDAH no se encuentra relacionada con un problemática de carácter orgánico.

Por otro lado, habría que mencionar que además de “desconocer” su etiología también se carece de instrumentos para diagnosticarlo, ya que al hacer una revisión exhaustiva en cuanto a las pruebas que den certeza en su totalidad para detectar el TDAH, diversas investigaciones

manifiestan que hoy en día no se dispone de ninguna prueba que diagnostique con una precisión absoluta este trastorno (Bianchi, 2012; Bianchi, 2015; Ávila, 2004; Zúñiga & Forteza, 2014; Rabito & Correas, 2014), siendo la única forma de llevar a cabo el diagnóstico mediante la evaluación clínica. A su vez, las únicas herramientas validadas con las que se cuenta actualmente (CIE-10 y DSM-5), al ser comparadas unas con otras, dan pauta a mostrar diferentes diagnósticos, como lo resalta Pérez (2018) en su libro "Más Aristóteles y Menos Concerta: las cuatro causas del TDAH". De acuerdo con este autor la implementación del DSM-5 podría ser uno de los manuales para el diagnóstico de TDAH más utilizados debido a que con este sistema de clasificación puede presentarse un mayor número de casos de niños identificados con este trastorno, ya que sus criterios diagnósticos son menos restrictivos que los presentados en el CIE-10, de modo que al realizar el diagnóstico con el DSM este puede mostrar cifras de entre el 8 al 10% de niños con TDAH, mientras que al ser llevado a cabo con los criterios del CIE-10 resulta entre el 1 al 5% de niños diagnosticados con este trastorno. Sin embargo, existen otros sistemas de clasificación menos laxos que el DSM-5 o el CIE-10, como lo es la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales Del Niño y Adolescente, pues si se decide implementar sus criterios, el porcentaje de niños diagnosticados con TDAH sería del 0,5. Por tal razón, al carecer de instrumentos que den pie a la realización de un diagnóstico certero y que demuestren de esta manera una causa supuestamente orgánica, genera como consecuencia llegar a la inferencia que la existencia del TDAH dependerá de los parámetros o criterios con los cuales se evalúe y no mostrar de esta manera una situación que se encuentre apegada a la supuesta realidad de un trastorno de etiología orgánica (Pérez, 2018). De ahí que dependiendo del criterio con el que se evalúe este problema el TDAH podrá existir o no, como lo ya visto en el apartado de epidemiología (véase en epidemiología en la etapa de la niñez), ya que teniendo en cuenta que si

bien existe un promedio nacional en México de entre 3 a 5% de niños diagnosticados con este trastorno se encuentra evidencia de que existen porcentajes totalmente discrepantes, como el mencionado por Cornejo et al (2015), el cual señala una prevalencia del 9.11% o lo encontrado por López y Zambrano (2012), donde se menciona una prevalencia 29.7%. Lo cual indica que los distintos instrumentos utilizados son claves para señalar a una persona con este trastorno o por el contrario descartarlo de él.

Por otra parte, continuando en la lógica de que el TDAH no puede ser considerado una enfermedad debido a que carece de síntomas y signos característicos, Bianchi (2012) puntualiza que:

Si se hablara de [...] ADHD, es importante destacar que éste *no tiene un elemento común: unos niños son hiperactivos, otros tienen menor atención o bien problemas de impulsividad*, otros tienen, además de los tres caracteres básicos, elementos agregados que se han dado en llamar comorbilidad. (p.1025 y 1026)

Debido a todo ello se puede concluir que al no presentar una etiología clara, al carecer de constancia en cada una de las pruebas validadas para su diagnóstico y al tener una gran variación de síntomas en cada una de las personas que supuestamente lo padece, el TDAH no puede ser catalogado como una enfermedad.

A su vez, la definición proporcionada por la OMS (2006) sobre salud, remarca el aspecto de la salud mental y también por lo cual el TDAH no puede ser considerando ni una enfermedad y tampoco una enfermedad mental, al mencionar que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (párr.1). De manera que, desde esta definición expuesta el considerar a una persona mentalmente

sana no podría reducirse al estado fisiológico u orgánico como señala la definición de salud considerada por la RAE, sino que incorporaría cualidades subjetivas de la persona como su estado psicológico, así como la forma en la que esta persona se muestra capaz de adaptarse a su medio, es decir; relacionarse, desarrollarse y desenvolverse en la sociedad, mantener una estabilidad emocional, así como entablar buenas relaciones interpersonales y ser provechoso en sus labores cotidianas y contribuir con la sociedad (Mebarak, de Castro, Salamanca & Quintero, 2009). Por tal razón, estos mismos autores anteriormente citados remarcan la importancia de no estudiar a la salud mental únicamente por un elemento físico o biológico, por lo cual mencionan que:

No existe una línea divisoria rígida que separe con precisión a la persona mentalmente sana de la que no está; existe toda una gama de grados de salud mental y no hay una característica singular que pueda tomarse aisladamente como evidencia que se la posee. De otra parte, tampoco la ausencia de uno de estos atributos puede admitirse como prueba de “enfermedad” mental. (p.90)

Es decir, al no existir una línea completamente evidente que divida con precisión cuando se tiene una “enfermedad” mental y cuando se goza de un estado “completo” de salud mental, sería difícil emitir un juicio a favor de cualquiera de los dos estados. Ya que ¿Quién a lo largo de toda su vida ha logrado mantenerse completamente saludable mentalmente? Trabajar de forma productiva, enfrentar las tensiones cotidianas de buena manera o realizar una aportación a la comunidad. Por lo tanto, como señala Raheb (2008) la psiquiatría al mostrarse incapaz para definir con precisión tanto una enfermedad mental como un estado de salud mental, esta perspectiva ha desechado teóricamente el concepto de enfermedad mental debido a la carencia de evidencia de patologías orgánicas en varios de los denominados trastornos, incluyendo al TDAH

y es por este motivo que ha hecho uso del concepto *Trastorno*, el cual ha sido implementado desde el DSM-II hasta su actual revisión DSM-5 para explicar ya no únicamente un problema de patologías orgánicas, sino ahora explicarlos mediante la presencia de psicopatologías, las cuales serían la causa de las alteraciones en las funciones mentales que causarían una dolencia, una incapacidad o un déficit (Raheb, 2008). Hablando en el caso concreto del TDAH el DSM-5 considera que esta afectación del neurodesarrollo genera un déficit en la atención y una alteración de la conducta, ya que al ser comparado con un sujeto catalogado como “normal” de la misma edad de desarrollo, la persona con este trastorno bajo circunstancias normales podría realizar determinadas funciones, acciones y contar con las mismas habilidades y destrezas que el niño catalogado como “normal”.

2.3 ¿No es una enfermedad sino un trastorno?

Si bien, el TDAH no se considera una enfermedad sino un trastorno como en el principio de su categoría se menciona en el DSM - 5, se tiene que señalar que el DSM-5 (2013) da por entendido que un trastorno es:

Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyace en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes.
(pág. 5)

Por este motivo, visto desde la perspectiva mostrada en el DSM - 5 un trastorno es un conjunto de síntomas que muestran un determinado funcionamiento anormal al regular mostrado con respecto a un grupo social mayoritario (de ahí que sea registrado en un manual estadístico). El cual afecta principalmente la cognición, las emociones y el comportamiento, generado por un mal funcionamiento de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo, los cuales son desencadenados por múltiples factores.

Hablando en el caso estricto del TDAH, el DSM-5 lo cataloga como uno de los trastornos del neurodesarrollo, es decir, que se encuentra asociado a un retraso en el desarrollo de alguna zona del cerebro (*véase* en neurodesarrollo del TDAH) o bien debido a un mal funcionamiento en el proceso de sinapsis neuronal (*véase* en neuroquímica del TDAH), lo cual causaría un comportamiento anormal. Aquí es importante abrir un gran paréntesis, ya que desde esta aproximación psiquiátrica plasmada en este manual “La Normalidad consiste en que el sistema funcione de acuerdo con la ley o norma física o química y puede conservar su integridad morfológicamente y dar el rendimiento esperado” (Pacheco, 2000. p. 242). Por otro lado, se considera que su contraparte, es decir “La Anormalidad consiste en que el sistema baja su rendimiento y pierde su organización morfológica” (Pacheco, 2000. p. 242). Por ello, se puede aducir que desde este enfoque: “El estado de normalidad se llama Salud y el de anormalidad Enfermedad” (Pacheco, 2000. p. 242). Por consecuencia, visto desde esta perspectiva es común igualar en la práctica los términos de anormalidad con enfermedad independientemente de descartar al TDAH como una enfermedad, ya que el sujeto que presente estas características de una baja capacidad para prestar atención, al igual que carencia para reprimir respuestas y mostrar un exceso en la actividad motora, podría ser considerado con una conducta anormal o bien presentar un estado de enfermedad. Sin embargo, en ninguno de los dos casos podría ser

concebible desde el punto de vista psicológico del análisis de la conducta, ya que la conducta denominada anormal no es más que un producto de determinados estímulos. Para ejemplificar lo anterior, se encuentra el trabajo realizado por Shenger – Krestinikova (citado por Overmier, 2007) donde se utilizó el condicionamiento clásico discriminativo con animales. En esta investigación se tenía por objetivo alimentar a un grupo de perros bajo determinadas circunstancias (que se alimentara a estos animales al presentarle como estímulo un círculo y discriminaran el estímulo de una elipse), a medida de que el experimento se volvía más complejo el conjunto de canes se volvían “erráticos” y “agresivos”, a lo cual el investigador denominó *neurosis experimental*. Para contrarrestar estos efectos causados en los animales por la manera en la cual fueron expuestos a los estímulos, la anterior experimentadora recurrió a la implementación de fármacos que se encontraban compuestos por bromo. La conclusión a la que llegó Shenger – Krestinikova fue que la reacción comportamental presentada en este grupo de animales se debía principalmente a la forma con la cual se aplicó sobre ellos distintas formas de estímulos y la forma en la que esta reacción se podía disminuir era a través de fármacos. Por otra parte, Krasnogorsky (citado por Overmier, 2007), al realizar en el año de 1925 el mismo experimento elaborado por Shenger – Krestinikova bajo las mismas condiciones, no obstante, esta vez cambiando al sujeto de estudio reemplazando a los perros por niños, Krasnogorsky obtuvo los mismos resultados conductuales presentados en la anterior investigación realizado con perros, sin embargo, a diferencia de Krestinikova la cual usó un tratamiento farmacológico a base de bromo para disminuir la conducta “anormal” o llamada “*neurosis experimental*” Krasnogorsky utilizó un tratamiento conductual, demostrando que la implementación de fármacos no era necesaria para disminuir la conducta y llegar a la conclusión de que: “las conductas[...] no son el resultado de estados enfermos anormales sino la consecuencia natural de

estímulos ambientales anormales” (como se cita e Overmier, 2007, p. 217). De forma que, desde el punto de vista psicológico del análisis de la conducta, esta clasificación (TDAH) no existiría, ya que la conducta considerada “anormal” no es más que el resultado de las interacciones que tiene el niño o persona con su medio. Por consecuencia, como Amador y Mortorell (2001) señalan, al mencionar que: “debe tenerse en cuenta que los niños pueden actuar en formas distintas según los contextos” (p. 63). De tal manera que al evaluar la conducta esta puede variar en función del lugar y los estímulos a los cuales se encuentra expuesto el niño o sujeto y no ser consecuencia de un estado enfermo, ya sea patológico o psicopatológico.

2.4 La conducta no se enferma

Desde la óptica psiquiátrica plasmada en el DSM-5, uno de los requerimientos para clasificar a una persona con TDAH, se encuentra sustentado en la diferencia de la conducta emitida por un sujeto, ya que al ser la conducta igualada al síntoma como sucede en la psiquiatría, los niños que emitan conductas catalogadas como deficitarias o excesivas son etiquetados con TDAH. Sin embargo, como mencionan Reyes y Acuña (2012) “la conducta no se enferma” (p.66). Pero ¿Por qué la conducta no se enferma? Para resolver esta pregunta es necesario retomar de nueva cuenta a la RAE (2014), la cual define como conducta al “conjunto de las acciones con que un ser vivo responde a una situación”. En consecuencia, toda conducta implica la presencia de todo el conjunto de operaciones (físicas, verbales, motrices y mentales) que el sujeto posea y la presencia del medio en el que se encuentre la persona para que esta (la conducta) se pueda llevar a cabo, como lo expresa el estudio del análisis de la conducta.

Pero la conducta no puede ser reducida meramente a un estímulo – respuesta como en el antiguo condicionamiento clásico, sino como José Bleger (1973) menciona: “La conducta es [...] una modificación del campo y no una mera exteriorización de las cualidades internas del sujeto ni tampoco un simple reflejo o respuesta lineal a estímulos externos” (pag.43). Lo cual no reduciría la conducta a una mera reacción del sujeto a un estímulo que se encuentre fuera de él y por tanto no situaría en el sujeto el origen de la conducta, es decir, no se encontraría localizado dentro del sujeto, no sería una extensión corporal y tampoco sería una cualidad esencial de la persona, ni mucho menos alguien apoyaría la idea de situar única y exclusivamente en el medio su origen, como I Baqué (2003) indica: “las conductas, que son interacciones, no se sitúa en el interior del organismo. La conducta no es pues una propiedad esencial del sujeto sino una propiedad relacional” (pag.604). Asimismo, la conducta tampoco puede ser catalogada con un adjetivo, ya que la conducta es simplemente un fenómeno, en otros términos, una acción, hecho o un verbo (si nos apoyáramos en la lingüística), es decir, sin un valor propio como tal. Por consiguiente, que al asignarle un adjetivo calificativo como anormal, deficitario o excesivo sería un elemento descrito por un sujeto externo quien le proporciona dicha etiqueta o valor. Por tanto, esto se puede ver reflejado en el ejemplo de I Baqué para explicar a la conducta, donde hace mención que:

La bondad y el sadismo, al igual que la prudencia [...] o la agresividad [...] no constituyen las causas de la conducta observada, no son más que la substantivación de la descripción condensada de una conducta habitual, sustantivación erigida al rango de causa (p.607)

De ahí que, hablando en el caso estricto del TDAH este no podría ser catalogado ni como una enfermedad y tampoco un trastorno, ya que como se expuso anteriormente en esta revisión, el

principio para que este sea considerado una enfermedad o un trastorno sería que la conducta debería de provenir del interior del sujeto, ya sea físicamente en el caso de enfermedad o ser una cualidad subjetiva o fisiológica en el caso del trastorno. Por otro lado, la conducta tampoco puede ser considerada como deficitaria o excesiva, ya que esta valoración es simplemente la consecuencia de la descripción del fenómeno, más no el fenómeno en cuánto tal. Entendiendo como fenómeno, desde la filosofía Kantiana, aquello que aparece a nuestra percepción sensible, siendo lo único que podemos conocer, en contraste con el noúmeno o la cosa en sí, que es aquello incognoscible. Por consecuencia, al no pertenecerle la conducta al sujeto, al no ser el dueño de ella y al dejar de concebirlo como tradicional y erráticamente se hecho, donde se ha depositado en el sujeto el origen de la conducta, se puede caer en el error de enfermar a la conducta o bien hacerla parte de un síntoma y un indicativo de que algo “anormal” le está sucediendo al niño o al sujeto.

2.5 El observador y la gravedad de la conducta

Parents y Johnston (citado en Ceardi et al. 2016) remarcan que los problemas que se presentan en la actual concepción del TDAH radican fundamentalmente en la concepción de definir que es una conducta denominada “anormal”, ya que determinar que una conducta es “normal o “anormal” tendrá a ser un fenómeno que será descrito de diferente manera dependiendo de la persona u observador que se encuentre evaluando un determinado comportamiento, debido principalmente a que este es un fenómeno que no puede ser definido de manera universal, puesto que esto implicaría abandonar la premisa de la individualidad y diferencias en el pensamiento que cada persona puede llegar a tener. Es decir, si dos personas se encuentran observando y

evaluando una conducta, cada uno de los sujetos tendrá a describir de diferente manera un determinado comportamiento, ya que esta valoración se encuentra influenciada por diferentes factores como por ejemplo las circunstancias en las que se encuentre el observador, el medio en el que se realice la conducta, la tolerancia de la persona a la conducta, la época histórica o la cultura de procedencia del observador. De acuerdo con la teoría del etiquetamiento expuesta por Ullman y Krasner (1975), sostienen que los elementos para determinar que una conducta sea catalogada como “anormal” se encuentran estrechamente relacionados con la cultura de procedencia a la cual pertenezca el observador, ya que dicha cultura marcará las pautas para juzgar un comportamiento dentro de ella con base a la armonización con las circunstancias del medio, la alteración del orden establecido y su grado de aprobación o desaprobación para fomentar o no determinada conducta. Por consecuencia, cada grupo de sujetos pertenecientes a una cultura tendrán a considerar de diferente manera un comportamiento con base en sus propias normas sociales y culturales (Yang et al. 2007). Al mismo tiempo la época en la que se encuentre el observador será un componente que jugará un papel vital en esta observación y valoración de la conducta. Con respecto a este último factor Singh (cita en Ramos, 2016) pone de manifiesto que se ha incurrido en diferentes errores al no analizar el contexto histórico en el cual ha surgido cada definición proporcionada a lo que ahora es nombrado como TDAH, como la descripción de Still o Heinrich Hoffman, por lo tanto al tener este elemento en consideración podríamos modificar nuestro conocimiento sobre esta clasificación. Por tanto Singh (cita en Ramos, 2016) menciona que:

Los comportamientos de excesiva inquietud motora, vistos en esa época, no eran algo anormal como son concebidos actualmente. Un primer punto de reflexión, el TDAH

podría ser considerado como tal, dependiendo el paradigma con el que se conciba el comportamiento humano y en el contexto en el que se encuentre. (p.229)

De tal manera que diferentes factores tendrán a influir en la descripción que reporte cada una de las personas que juzguen una conducta, en nuestro caso el reporte que proporcionen los especialistas, los padres y profesores sobre el comportamiento de los niños.

Algunos de estos factores mencionados pueden ser corroborados con la investigación realizada por Amador y Martorell (2001) donde se estudió los síntomas característicos del TDAH presentes en una muestra de niños que no eran considerados clínicamente con TDAH, para analizar la variación con la cual los informantes, ya sean padres o profesores reportaban las conductas distintivas del denominado TDAH en niños y niñas de educación preescolar y primaria, de edades de entre 6 a 12 años. Para llevar a cabo esta investigación se contó con la colaboración de 664 profesores y 790 padres que valoraron el comportamiento de 907 alumnos y alumnas de escuelas privadas, correspondientes a un estado socioeconómico medio situado en la localidad de Barcelona. Algunos de los resultados presentados en esta investigación fueron que el grupo de padres refería que los síntomas de hiperactividad e impulsividad sobresalían principalmente en la etapa preescolar, sin embargo, en el caso de los profesores esto no resultó considerado de la misma manera, debido principalmente a que tendían a puntuar de manera menos rigurosa esta característica en esa determinada etapa escolar. Así mismo, los profesores señalaron que existía un alto porcentaje de niños que presentaban problemas de atención en esta investigación. En contraste con los docentes, los padres no presentaron el mismo énfasis que los profesores al decir que la carencia de atención resultara ser un problema significativo para ellos, por lo cual asignaron puntuaciones menores con respecto a lo previamente mencionado por los maestros.

Por otro lado, en el mismo orden de ideas; en la investigación realizada por Ortiz y Tomasini (2006) se estudió las diferencias existentes entre padres y maestros con respecto a la identificación de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de nacionalidad mexicana. Para la realización de este estudio los investigadores conformaron dos diferentes grupos, un grupo formado por 13 profesores que presentaban edades comprendidas de entre 30 a 50 años de edad, que impartían clase en los tres primeros grados de educación primaria y, por otra parte, un segundo grupo que fue constituido por 139 madres que tenían un intervalo de edades de entre 21 a 58 años de edad. En esta investigación sobre la identificación de síntomas por parte de los padres y profesores se concluyó que los maestros consideraron que los problemas de atención se encontraban entre los problemas más frecuentes observados en esta muestra, debido a que los profesores atribuyeron puntuaciones con mayor grado de énfasis a las preguntas relacionadas a la desatención. Por el contrario, en el caso de los padres esta respuesta no obtuvo la misma replica que la mencionada por los docentes, puesto que para los padres de familia los problemas concernientes a la hiperactividad obtuvieron una superior calificación otorgada por este grupo.

Por consiguiente, se puede concluir que en ambas investigaciones realizadas, tanto la elaborada por Amador y Martorell, como la llevada a cabo por Ortiz y Tomasini concuerdan con que ambos grupos de profesores tendían a referenciar un mayor número de problemas vinculados a la falta de atención entre los alumnos evaluados. En contraste con lo anterior, ambos grupos de padres estudiados consideraron que la mayor problemática que presentaban estos niños estudiados radicaba fundamentalmente en los problemas relacionados con los comportamientos excesivos en la actividad motora y la disminución para reprimir sus impulsos. Como resultado, se puede observar que tanto los profesores, como los padres tuvieron diferencias significativas a

la hora de considerar la conducta que causaba un mayor problema para “estos” niños. De esta manera, se puede aducir que la consideración de la conducta, así como su gravedad depende del observador que se encuentre evaluándola y el contexto en el que se encuentren el sujeto tendrá a ser factores relevantes para valorar una conducta. En consecuencia, cada observador o grupo de personas pondrá menor o mayor atención a ciertas dificultades con respecto a su interacción social con los niños, en otras palabras se puede notar como para los maestros la atención resulta ser indispensable durante la estancia en la escuela y el tener un problema concerniente a la carencia de atención resulta ser un problema de mayor grado de importancia para ellos, ya que en la escuela lo que se espera de un alumno o alumna es que se mantenga atento en ese determinado lugar y periodo de tiempo, puesto que en ese momento se requiere de un nivel mayor de atención. Con respecto al grupo conformado por los padres ellos tenderían a referenciar mayores problemas dirigidos a la hiperactividad, ya que se puede inferir que en la casa lo que los padres esperarían de sus hijos es que tengan un “comportamiento obediente” en su hogar y se cumplan las órdenes en el momento requerido por los progenitores.

No obstante, esto no queda limitado a una respuesta generalizada dependiendo del grupo al que se pertenezca, sino que se ha encontrado en otras investigaciones donde inclusive dentro de estos grupos los factores tales como el de la edad, el sexo, el estatus socioeconómico al que se pertenezca, el lugar y las condiciones pueden poner de manifiesto que la respuesta que proporcione el observador varié en ellos.

Tal es el caso de la investigación elaborada por Reyes (2013) la cual tenía por objetivo investigar las características socio - demográficas y las variables situacionales de maestros de primaria que intervienen sobre su propensión a etiquetar a un niño con TDAH. Para la elaboración de este estudio se contó con la participación de 691 maestros de diferentes sectores educativos,

correspondientes a la iniciativa pública y al sector privado, siendo un total de 64 diferentes escuelas primarias localizadas en la ciudad de México. Uno de los principales hallazgos mostrados en esta investigación fue que la propensión de los maestros para referir a un alumno con las características propias del TDAH se encontraba relacionada con el sexo del profesor y su edad, siendo las maestras y profesores jóvenes de edades de entre 22 a 42 años de edad y de estatus socioeconómico medio, que trabajaban para escuelas privadas los que tendían a considerar que las conductas en los niños que evaluaron tenían un mayor número de conductas deficitarias o excesivas. De manera análoga, se comprobó en esta investigación que esta propensión de referir a un niño con estas características del TDAH estaban relacionadas con el grado de enseñanza al que pertenecen los niños (quinto grado de primaria y sexto grado), al igual que al tamaño del grupo que atendían los profesores (específicamente grupos pequeños de entre 3 y 29 alumnos), los cuales serían factores predominantes para clasificar o no a un niño con este trastorno.

Por consiguiente, se puede determinar que la persona que emita un juicio referente en cuanto a que una conducta es excesiva o deficitaria en un niño dependerá de las características que tenga el observador y las variables situacionales en las que se encuentre, hablando en el caso específico de esta investigación las maestras y profesores jóvenes que trabajan en escuelas privadas y atienden un grupo de quinto o sexto grado de primaria que atienden a grupos pequeños de entre 3 y 29 alumnos los que tendía a etiquetar a un niño con esta clasificación.

En consecuencia, se puede concluir que la conducta se encuentra invariablemente sujeta a la apreciación que tenga la persona y la forma en la que este sujeto o grupo de ellos concluyan por valorar un determinado comportamiento. Razón por la cual elementos propios de la persona como edad, género, ideologías etc. y aquellos factores ajenos a él como lo podrían ser la cultura

de procedencia, tiempo o época en el que se encuentren, así como las circunstancias en las que se encuentre el medio y el observador serán elementos considerados en la evaluación de la conducta. De manera que lo anteriormente expuesto en este apartado se encuentra empatado en lo considerado por la teoría del etiquetamiento expuesto por Ullman y Krasner y las consideraciones de Singh y Yang et al sobre la conducta.

2.6 Cultura de la Frecuencia en el TDAH

Por último, otro de los fundamentos para emitir un diagnóstico de TDAH por parte del DSM - 5 se basa en la frecuencia con la cual un niño emite las conductas de inatención hiperactividad e impulsividad. Como bien puntualiza Bianchi (2012) al mencionar que: “lo que da la pauta de la existencia [...] es, antes bien, la frecuencia y duración de estas conductas, que puestas en comparación con los parámetros *normales*, resultan en una desproporción, un exceso o una desmesura” (p.1030). Debido a lo cual, el DSM-5 hace referencia a la frecuencia mediante la redacción de cada uno de sus criterios diagnósticos, por ejemplo:

- Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado
- Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
- Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos;

en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

- Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden, descuido y desorganización en el trabajo, mala gestión del tiempo, no cumple los plazos).

Los anteriores ejemplos de los criterios diagnósticos en los cuales se basa este Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales para diagnosticar el TDAH ejemplifican las conductas que debe realizar una niño o persona con este trastorno; de tal manera que al hablar de un manual que ayuda a diagnosticar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad a través de conductas manifiestas (golpea, corretea, trepa, juguetea etc.) y las cuales están un tanto limitadas a la observación (escucha, muestra interés, se muestra poco entusiasta, presenta dificultades para organizarse etc.) en un niño, nos debería proporcionar con precisión cada detalle para realizar un diagnóstico certero. Sin embargo, en cualquiera de los enunciados retomados anteriormente, así como en el resto de los presentes enunciados en el DSM-5 para realizar el diagnóstico por TDAH no se especifica en ninguno de los enunciados la frase “con frecuencia”. Es decir, no se menciona el número de veces que el niño debe realizar dicha conducta para ser considerado con este trastorno. Por lo cual, la pregunta obligatoria que nos deberíamos de hacer sería ¿Cuál es el número de veces (frecuencia) que se necesita realizar cada una de estas conductas para ser considerado o catalogado de esta manera como enfermo o anormal? Y ¿Cuántas veces al día, semana o mes deben de presentarse las conductas mencionadas para ser consideradas como vestigio de este trastorno? Al no definir el DSM-5 el número de veces en la frase “con frecuencia”, este puede ser interpretado de diferentes formas

por las personas que consulten el manual, ya sea que se trate de psiquiatras, psicólogos, maestros o padres de familia quienes se vuelven los actores principales en el proceso diagnóstico.

Para responder a estas interrogantes es necesario retomar de nueva cuenta el trabajo realizado por Reyes (2013) ya que en esta investigación sobre las características socio - demográficas y las variables situacionales de maestros de primaria que intervienen sobre la propensión a etiquetar a un niño con TDAH se pudo concluir que casi la mitad de una totalidad de 691 de los maestros consideraron que una conducta denominada “anormal” debía tener una frecuencia de entre seis a diez veces por hora, sin embargo, la otra mitad consultada del grupo de profesores considero que una conducta puede ser llamada o considerada como “anormal” siempre y cuando esta se realice con una frecuencia de entre tres a cinco veces por hora. Es importante resaltar que en esta investigación se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-IV para determinar el significado de la frecuencia para los maestros. Sin embargo, es de vital importancia mencionar que estos criterios diagnósticos de la anterior revisión (DSM-IV) no han sufrido cambios radicales para el actual DSM-5, siendo la frase “a menudo” sustituida por la frase “con frecuencia” uno de los cambios más notorios, de tal forma que ha conservado la esencia en cada uno de los criterios diagnósticos, de igual manera que ha mantenido el número de criterios diagnósticos cumplidos para cualquiera de los tres subtipos del trastorno. En consecuencia, esta respuesta puede ser aplicada actualmente para responder a nuestro propósito de decir que el DSM-5 incurre en el error de no especificar y fundamentar la frecuencia necesaria para separar una conducta “anormal” de la que es “normal” y de esta manera aclarar cuando se tiene TDAH y cuando no.

Sin embargo, independientemente de determinar un número de frecuencia fisiológica estadística con la cual podamos diferenciar una conducta denominada como “ normal” de la “anormal” y por tanto tener TDAH o carecer de los elementos necesarios para ser catalogados con él, no se

puede caer en lo aseverado por Illingworth (como se cita en Vericat y Orden, 2013) que menciona que: “cuanto más lejos del promedio se encuentre un niño, en cualquier aspecto, es menos probable que sea normal” (p.2978), ya que al aceptar esto nos encontraríamos validando la premisa psiquiátrica de una alteración orgánica que modificaría la conducta y poder diferenciarla mediante una conducta calificada como “normal” y otra como “anormal” .

Por otra parte, un elemento que podría ayudar a la psicología a sostener que la conducta no se encuentra situada en el sujeto sino en la relación del mismo con su medio y que la “conducta” sólo puede ser considerada como “conducta” y por ende no puede ser catalogada con adjetivos calificativos como anormal, deficitaria o excesiva; lo podemos encontrar en el análisis de la obra *Lo Normal y Lo Patológico* realizado por Canguilhem (1971). Para este autor la implementación de la estadística como medio para definir lo normal y lo patológico se encuentra definido en función de la norma, sin embargo, esta norma no se encuentra determinada en cuanto al punto de corte de un promedio, es decir en cuanto la frecuencia de constantes fisiológicas (en este caso de la conducta) y su desviación o acercamiento al resultado obtenido de la media, sino que esta norma es delimitada o fijada en cuanto a un convenio social que da pauta a la determinación de valores sociales y biológicos. Por lo cual, Canguilhem (1971) menciona que: “Una norma extrae su sentido, su función y su valor del hecho de la existencia fuera de ella de aquello que no responde a la exigencia que ella tiene” (p.186). Dicho de otra manera, para considerar si una conducta es catalogada como normal o anormal, esta no se encuentra directamente definida en función de la frecuencia numérica con la cual se realice una determinada acción fisiológica, sino que se encuentra situada por cada sujeto o un grupo de personas que tendrá a catalogar como tal cualquier conducta con base al criterio y exigencias que cada uno espere o tenga de ella.

No obstante, para este autor mencionado anteriormente estas normas no son estáticas y rígidas, sino que cambian conforme a la época histórica (como lo mencionado por Singht) y de igual manera varia conforme a las distintas cultura y sociedades (como lo mostrado por Ullman & Krasner). Por su parte, Vericat y Orden (2013) remarcan de la misma forma que Canguilhem la importancia de la sociedad en su relación con la conducta, por lo cual mencionan que: “las prácticas sociales promueven comportamientos culturalmente específicos” (p.2981). De tal manera que cada cultura tendrá a marcar diferentes pautas conductuales en las personas que la integran, fomentando u obstaculizando determinadas conductas mediante su valoración polarizada como positivas – negativas, normales - anormales, funcionales – deficientes, como señala Pedrique (2002) al decir que:

los seres humanos viviendo en sociedad toman los materiales culturales que tienen un carácter universal- pues se dan igual en todos los grupos- y los organizan de acuerdo con las situaciones y necesidades que se presentan en su grupo, esto origina la cultura que es particular a cada grupo social. Cada grupo social con su cultura representa un modo de ver y enfrentar al mundo, los criterios de “normalidad” y “anormalidad” estarán determinados en cada cultura particular y serán resultado de este juego de combinación y organización de los materiales culturales. (p.860)

Lo mencionado anteriormente no queda reducido a una explicación teórica, ya que puede verse reflejado en la vida cotidiana e inclusive en la práctica clínica de la salud mental. Por ejemplo, en la investigación realizada por Palacios y Cervantes (2000), la cual tenía por objetivo reconocer los sistemas de interpretación de sentido común (representación social) y conocimiento especializado (conocimiento científico) y su influencia en la práctica de los especialistas de la salud mental entorno a la descripción de las nociones de normalidad – anormalidad. Para la

realización de este estudio los investigadores contaron con la participación de 40 profesionales de la salud mental, los cuales fueron divididos en cuatro grupos, de tal manera que quedaron establecidos conforme a su profesión, quedando constituidos los siguientes grupos: grupo de enfermería, trabajo social, psicología y psiquiatría. Los hallazgos más relevantes en este trabajo apuntan a una gran influencia de explicaciones de sentido común para categorizar los conceptos de normalidad – anormalidad, ya que los diferentes grupos analizados recurrían a referencias culturales para describir ambos conceptos estudiados. Si bien, ambos sistemas de interpretación, tanto el de conocimiento científico y representación social se sobreponen a la hora de conformar un conocimiento o realizar un respuesta sobre los conceptos de normalidad – anormalidad los investigadores concluyeron que este último sistema de representación mencionado influía en la práctica clínica de los especialistas con sus pacientes a la hora de realizar un abordaje en el diagnóstico y tratamiento.

De tal manera que estos elementos sociales y culturales tienden a influenciar y alcanzar a cada sujeto independientemente de su clase social, profesión, grado académico etc. Por lo cual, indistintamente de asignar un número cuantificable de frecuencia fisiológica de las conductas presentes en el TDAH estos parámetros serán determinados por cada persona, sociedad y cultura en particular, así como de un tiempo histórico determinado. Lo cual lo podemos ver de manera parcial en los resultados obtenidos por Reyes (2013) cuando se trató de identificar el número de veces para diferenciar a una conducta como anormal o deficitaria, en la evolución histórica del término que utilizamos actualmente como TDAH y las variantes a las que ha sido sujeto a lo largo de la historia el propio DSM.

Conclusiones

Sin lugar a dudas hablar de trastorno por déficit de atención con hiperactividad resulta ser una tarea demasiado compleja y no precisamente porque se carezca de la existencia de referencias acerca de esta cuestión, sino todo lo contrario, ya que la cantidad de información con la que se cuenta es numerosa e interpretada desde diferentes enfoques como lo pueden ser el médico, psiquiátrico, psicopedagógico o el psicológico; por mencionar algunos de los abordajes que intervienen en la comprensión de este tema. Por este motivo, puede llegar a ser comprendido e interpretado de manera muy distinta por cada una de estas perspectivas que intervienen sobre este asunto nombrado TDAH, ya que invariablemente cada uno de ellos hará una injerencia sobre él desde su propio paradigma, específicamente hablando desde la comprensión que tienen del comportamiento humano. De modo que realizar un juicio o emitir una respuesta como única, verdadera e inamovible, representaría tomar una postura demasiado aventurada ante un tema que resulta ser demasiado complejo aun desde la óptica con la cual se le mire. Sin embargo, como el propósito fundamental de esta revisión encuentra su sentido en mostrar el abordaje realizado desde el enfoque psicológico, particularmente exponiendo el paradigma psicológico del análisis de la conducta que fue el punto de vista atañido en esta revisión, es necesario subrayar que la conducta simplemente debe ser considerada como conducta. De manera que asignar un adjetivo calificativo a la conducta como normal – anormal, enfermo – saludable o con cualquier otra asignación atribuida sobre ella, sería agregar sobre la conducta y, por extensión, sobre la persona, un juicio de valor que da pauta a la asignación de etiquetas tales como: niños “anormales”, “enfermos”, “hiperactivos”, “deficientes”, “problemáticos” entre otros adjetivos calificativos que se pueden escuchar de manera cotidiana en nuestra actualidad. Cabe resaltar que a pesar de que en el trascurso de la historia se han abordado distintas maneras de clasificación asignadas a

“estas” personas para ser denominadas, en el presente el punto de vista médico y por adherencia el psiquiátrico para explicar las cuestiones mentales ha predominado desde el año de 1902 cuando Still por primera vez clasificó de manera científica esta problemática. Sin embargo, esta no es la única problemática que se encuentra bajo el dominio de explicaciones médicas, ya que Morales y Sánchez (2015) aseveran que “se recurre a la atención sanitaria como medio de solución de problemas humanos y sociales” (p. 95). Por tal razón, hablando concretamente en el caso del TDAH no importa si la conducta que es generada sea un problema originado por la relación de la interacción social del niño con su medio; es decir, si la conducta es debido a las diferencias culturales, generacionales, económicas, ideológicas entre otras, sino que se acude de manera recurrente a respuestas de índole médico - psiquiátricas para responder el origen de la conducta, siendo las réplicas más comunes de índole orgánicas, genéticas o hereditarias las cuales predominan hoy en día. Por consiguiente, no es de extrañarse que al ser este tipo de explicaciones preponderantes en dar respuesta al origen de una conducta, su diagnóstico, así como su tratamiento sea con base en ellas, teniendo como resultado que los médicos y psiquiatras justifiquen de esta manera la implementación de medicamentos como única forma de intervención.

No obstante, a pesar de que en la actualidad este tipo de explicaciones han abundado y son predominantes en el plano explicativo del TDAH, es importante hacer hincapié que ninguna de ellas ha logrado aportar pruebas concluyentes o determinantes que den una respuesta certera al origen de lo que actualmente es clasificado como TDAH, generando como consecuencia que se desconozca su etiología y no se disponga de un marcador biológico en la actualidad. Así mismo, resulta de vital importancia señalar que en el presente se carece de pruebas que diagnostiquen de forma certera lo que la psiquiatría comprende por TDAH y es por este razón que resulta

llamativo que una de las pocas formas que cuentan con una gran validación para comprobar su existencia y por ende realizar de esta manera un diagnóstico por TDAH, se realice mediante la implementación de un manual diagnóstico. Si bien, la perspectiva psiquiátrica a través del DSM-5 trata de fundamentar el diagnóstico de un problema causado por una alteración en el neurodesarrollo en una persona, el cual sería el causante de originar los problemas de desatención, un exceso en la actividad motora y una baja capacidad para inhibir las respuestas, este manual no usa pruebas de índole orgánico y basa únicamente su existencia en los síntomas, es decir, en la visualización manifiesta en el comportamiento que emite el sujeto, en el grado de disfuncionalidad causada en su vida cotidiana y la frecuencia con la cual los síntomas (conductas) se presentan en él, para posteriormente tipificar a la persona por TDAH mediante una cierta cantidad de criterios diagnósticos cumplidos bajo esta forma de diagnóstico. Dicho de otra manera, se trata de exponer la existencia de un problema del neurodesarrollo mediante la observación (ver las conductas en la persona), la comparación (exponer la frecuencia “normal” y “anormal” de la conducta) y la gravedad con la cual dicho comportamiento afecta en su vida habitual. Sin embargo, esto podría ser objetable, ya que estos fundamentos caen en la subjetividad, debido principalmente a que cada persona que se encuentre juzgando o evaluando una determinada conducta, tendrá un parámetro o criterio distinto para juzgar la gravedad de la conducta causada en cada persona, como ya se ha expuesto en los trabajos realizados por Amador y Martorell, lo hecho por Ortiz y Tomasini y lo remarcado por Parents y Johnston. Por otra parte, haciendo referencia en cuanto la frecuencia con la cual un comportamiento debe repetirse para considerarse “enfermo” o “anormal” tanto en el DSM-IV y su actual versión DSM-5, no cuentan con una especificación clara en los diferentes criterios diagnósticos en cuanto al número con la que dichos síntomas (conductas) mencionados deben realizarse, ya que

sólo se implementa la frase “con frecuencia”, como puede ser visto y comprobado en el trabajo realizado por Reyes al hacer la revisión del anterior DSM. Por consiguiente, no resulta ser una prueba tangible, precisa o medible como pretende ser a la hora de demostrar un problema del neurodesarrollo, ya que al no proporcionar un número de veces en ambos manuales que compruebe o separe con claridad una conducta anormal o enferma para considerar que un sujeto tiene de esta manera TDAH y cuándo no lo presenta, da pauta a tener preguntas tales como ¿Cuál es el número de veces necesarias para que una conducta pueda ser considerada anormal o enferma? ¿Si un niño se comporta “bien” con su madre la mayoría del tiempo y “mal” con su padre siempre que esta con él entonces tiene o no tiene un problema orgánico? ¿Si un niño es bien portado no se tiene TDAH?

En contraste con el punto de vista psiquiátrico, la Psicológica al no situar la conducta en el sujeto, sino al considerar que esta tiene su origen en la relación del sujeto y su medio, la psicología no podría tomar el comportamiento como parte de un síntoma que sirva como indicio de una enfermedad o un trastorno, ya que la conducta no se enferma debido fundamentalmente a que la conducta en sí no es algo tangible y no se encuentra situada dentro de un organismo vivo.

Con respecto a la resolución de la gravedad de afectación causada en la persona, así como la frecuencia de la conducta emitida por él, se encuentran completamente sujetos al criterio que cada persona le otorgue, debido a que cada uno de ellos puede tener un parámetro distinto para juzgar la conducta, así como en lo que a la frecuencia y el daño generado se refieren, lo cual concuerda con lo expresado por la teoría del etiquetamiento. En consecuencia, la información proporcionada por cada observador presente en el proceso diagnóstico psiquiátrico puede encontrarse influido por distintos factores y no comprobar de esta manera la existencia de un problema causado por una alteración en el neurodesarrollo.

Por otra parte, si la psicología realizara una diferencia entre una conducta catalogada como “anormal” o “enferma” y otra “normal” o “saludable”, se encontraría sometiendo a la conducta bajo un estado de normalización, ya que de esta manera asumiríamos que todos los niños o personas actuamos de la misma manera ante las diferentes situaciones que se presentan en nuestra vida cotidiana, sin importar las características particulares de cada sujeto, como: la edad, sexo, género, ideología, cultura o cuestiones debidas a nuestras capacidades fisiológicas y psicológicas, y al presentar una variación en nuestro comportamiento o conducta esta pudiera ser denominada como anormal o un indicativo de estar enfermos como sucede en el argumento psiquiátrico, razón por la cual desde el enfoque Psicológico del análisis de la conducta el TDAH no existiría, y complementario a esta respuesta la teoría del etiquetamiento señala que un comportamiento no podría ser catalogado como deficitario o excesivo por todas las personas y en todas las culturas, ya que el problema no radica en la conducta, sino en una exigencia del exterior, es decir, en la demanda o necesidad que una persona o grupo de individuos tenga y espere de ella, y de esta manera califique como tal una determinada conducta, como lo podemos ver en la teoría del etiquetamiento y en el análisis de lo Normal y lo Patológico de Canguilhem.

Sin embargo, una vez expuesto ambos enfoques y al mostrar teóricamente que el TDAH no podría ser considerado como un trastorno o una enfermedad surge la siguiente pregunta ¿Qué debería hacer entonces la Psicología y por ende el Psicólogo con respecto al abordaje de los problemas que la psiquiatría entiende por TDAH? Para responder este cuestionamiento primero es necesario revisar los cimientos que dan origen a cada uno de estos enfoques, ya que ambas ciencias tienen diferente formación y objetos de estudio diametralmente distintos en su teoría. Si bien ambas ciencias estudian al hombre, cada una de ellas lo hace desde diferentes supuestos. Para comenzar, los médicos y por adherencia los psiquiatras tienen una formación desde las

ciencias naturales, es de ahí que la comprensión del comportamiento humano que tienen se basa en lo puramente fisiológico y por lo cual se encargan de diagnosticar y realizar una intervención sobre este tema a través de causas orgánicas e influir en ella mediante la implementación de fármacos. Por otra parte, el psicólogo tiene una formación desde las ciencias sociales y tiene como finalidad describir, identificar y tratar los problemas concernientes a la conducta, las emociones y la cognición de las personas en su relación con el medio social, por ello la respuesta que se proveerá será completamente basada en esta relación. No obstante, en el afán científico de hacer todo físico, observable y cuantificable se deja de lado la gran subjetividad que se presenta en cada uno de los acontecimientos en este mundo, al igual que el presentado en cada persona. Por lo tanto, para definir cuál es la forma de actuar de la psicología con respecto a la problemática clasificada como TDAH, primero habría que partir del supuesto de comprender desde qué enfoque se entiende la problemática clasificada como TDAH y desde qué paradigma se concibe el comportamiento humano. De manera que como Belar, Deardorff y Kelly (como se cita en Durán, 2011) mencionan: “los psicólogos no podemos practicar medicina, los psicólogos solo podemos practicar psicología” (p.113). Por ello, la tarea fundamental reside en determinar desde nuestro paradigma qué es un problema, por qué es un problema y para quién es un problema y realizar una forma de intervención pertinente.

Finalmente, una línea de investigación derivada del desarrollo del presente trabajo podría encontrarse en relación con la realización de estudios comparativos, longitudinales y explicativos que ayuden a demostrar que la clasificación de la conducta dependerá de distintos elementos como podrían ser socioculturales, así como situacionales y temporales en el cual se encuentren variables como cultura, conducta, profesionales de la salud mental, personas en general, situaciones sociales, económicas etc. Si bien, ya existen investigaciones referentes a la variación

de la clasificación del comportamiento en cuanto al tipo de cultura, hablando en el caso concreto del tema tocado en este trabajo se cuenta con un número escaso de investigaciones, encontrando aquí un área de oportunidad en cuanto al desarrollo en esta clase de trabajos.

Bibliografía

- Abad-Mas, L., Ruiz-Andrés, R., Moreno-Madrid, F., Herrero, R., & Suay, E. (2013). Intervención psicopedagógica en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*, 57(Supl 1), 193-203. Recuperado de <http://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/10/Intervenci3n-psicopedag3gica-en-TDAH.pdf>
- Alda, J., Serrano, E., Ortiz, J., & San L, E. (2015). TDAH y su tratamiento. *Mayo de*. Recuperado de https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/1830.1-pildora_tdah.pdf
- Aliño, J. J. L. I., Miyar, M. V., & American Psychiatric Association. (2008). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Pub
- Ávila, M. E. (2004). Datos y reflexiones acerca del uso del metilfenidato (ritalín) para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 47(1), 31-34. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041j.pdf>
- Amador, J. A., Forns, M., & Balanzó, B. M. (2001). Síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad: análisis evolutivo y consistencia entre informantes. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 32(1), 51-66.
- Amador, J.A., & Krieger, V. E. (2013). TDAH, funciones ejecutivas atención. Recuperado de diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/47886
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5*. Médica Panamericana.
- Arco, J., Fernández Martín, F., & Hinojo, F. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psicothema*, 16(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/727/72716312/>

- Aragonès, E., Piñol, J. L., Ramos-Quiroga, J. A., López-Cortacans, G., Caballero, A., & 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(4), 417-422. Recuperado de scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000400006&script=sci_arttext&tlng=pt
- Aragonès, E., Cañisá, A., Caballero, A., & Piñol-Moreno, J. L. (2013). Cribado para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad en pacientes adultos de atención primaria. *Revista de Neurología*, 56(9), 449-455.
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*, 36(Supl 1), S68-78. Recuperado de https://www2.uned.es/psicofarmacologia/stahl4Ed/contenidos/Tema3/documentos/C9D_11.pdf
- Atienza, J. D. (2006). COMORBILIDAD EN EL TDAH ADHD AND COMORBIDITY. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 6(1), 44-55. Recuperado de https://www.fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20120606_7mZG5IP3fsJy0YhrYekf_0.pdf
- Bakker, L., & Rubiales, J. (2011). Alteraciones del sueño en niños con diagnóstico de TDAH. *In III Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología (La Plata, 2011)*. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/51359>
- Barkley, R. (2002). Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades. Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica, S.A.,
- Barragán, E., et al (2007). Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 64(5), 326-43. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2007/hi075i.pdf>

- Barrios, O., Matute, E., de Lourdes Ramírez-Dueñas, M., Chamorro, Y., Trejo, S., & Bolaños, L. (2016). Características del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares mexicanos de acuerdo con la percepción de los padres. *Suma psicológica*, 23(2), 101-108. Recuperado de S0121438116300030
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child development*, 887-907.
- Bersabé, R., Fuentes, M. J., & Motrico, E. (2001). Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema*, 13(4), 678-684. Recuperado de <https://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7885>.
- Bianchi, E. (2012). Problematizando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(2), 1021-1038. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4023862>
- Bianchi, E. (2015). Infancia, normalización y salud mental: figuras históricas y encadenamientos actuales en la formulación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Historia, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 22(3), 761-779. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3861/386141523006.pdf>
- Bianchi, E. (2016). Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM:¿ hacia una nueva (a) normalidad?. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 417-430. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v14n1/v14n1a29.pdf>
- Bleger, J. (1973). *Psicología de la conducta / José Bleger*. Buenos Aires, Argetina: Paidós.
- Biederman, J., Mick, E., Fried, R., Wilner, N., Spencer, T. J., & Faraone, S. V. (2012). ¿Son los estimulantes efectivos en el tratamiento de los déficits de funciones ejecutivas? Resultados de un estudio aleatorizado doble ciego sobre tratamiento con metilfenidato OROS en adultos con

trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psiquiatría Biológica*, 19(1), 1-8.
Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113459341200005X>

Canguilhem, G. (1971). Lo normal y lo patológico. Buenos Aires, Argetina: siglo xxi argentina editores.

Cardo, E., Servera, M., Vidal, C., De Azua, B., Redondo, M., & Riutort, L. (2011). Influencia de los diferentes criterios diagnósticos y la cultura en la prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*, 52(Supl 1), 109-17. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Mateu_Servera/publication/221942026_The_influence_of_different_diagnostic_criteria_and_the_culture_on_the_prevalence_of_attention_deficit_hyperactivity_disorder/links/0fcfd50eaf1d70d977000000.pdf

Capdevila-Brophy, C., Artigas-Pallarés, J., & Obiols-Llandrich, J. E. (2006). Tempo cognitivo lento: ¿síntomas del trastorno de déficit de atención/hiperactividad predominantemente desatento o una nueva entidad clínica. *Revista de Neurología*, 42(2), 127-134.

Capdevila C., Navarro, B., Artigas, J., & Obiols J. (2007). Complicaciones obstétricas y médicas en el Trastorno de Déficit Atencional/Hiperactividad (TDAH): ¿hay diferencias entre los subtipos). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 679-69. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33770307.pdf>

Calderón, C. (2001). Resultados de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 32(4), 79-98.
Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61693/88460&a=bi&pagenu mber=1&w=100>

Ceardi, A., Améstica, J. M., Núñez, C. G., López, V., López, V., & Gajardo, J. (2016). El cuerpo del niño como trastorno: aproximaciones discursivas al abordaje del TDAH. *Athenea Digital*.

Revista de pensamiento e investigación social, 16(1), 211-235. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/view/308717>

Cornejo, J. W., Osío, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J., Sánchez, G., Grisales, H., ... & Holguín, J. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Rev neurol*, 40(12), 716-722

Cornejo-Escatell, E., Fajardo-Fregoso, B. F., López-Velázquez, V. M., Soto-Vargas, J., & Ceja-Moreno, H. (2015). Prevalencia de déficit de atención e hiperactividad en escolares de la zona noreste de Jalisco, México. *Revista Médica MD*, 6(3), 189-195. Recuperado de <https://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA431618338&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=20078188&p=IFME&sw=w>

Cornellà, J. (2010). Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Una revisión crítica. *Anales de Pediatría Continuada*, 8(6), 299-306. Recuperado de www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Trastorno%20de%20Déficit%20de%20Atención%20e%20Hiperactividad.pdf

Cruz et al. (2010). Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares de tres poblaciones del estado de Jalisco. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2010/rmn101c.pdf>

De la Peña, F. (2000). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Rev Fac Med UNAM*, 43(6), 243-244. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2000/un006i.pdf>

De la Peña Olvera, F., et al (2009). Algoritmo de tratamiento multimodal para escolares latinoamericanos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud*

Mental, 32(Supl 1), 17-29. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2009/sams091c.pdf>

De Pedrique, L. (2002). Entre la locura y la anormalidad. *Boletín Antropológico*, 20(56).

Dell'Agnello, G et al (2009). Uso de atomoxetina en pacientes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y condiciones comórbidas. *CNS Drugs*, 23(9), 739-753. Recuperado de http://www.gadornet.com.ar/iyd/psiquiatria/pdf/recit_0410.pdf

Díez, A., Figueroa, A., & Soutullo, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista pediatría de atención primaria*, 8(Suplemento 4). Recuperado de http://fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20120608_UXqXXvx3UESmezaeJHTH_0.pdf

Díaz, J. (2006). COMORBILIDAD EN EL TDAH ADHD AND COMORBIDITY. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 6(1), 44-55. Recuperado de https://www.fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20120606_7mZG5IP3fsJy0YhrYekf_0.pdf

Díez Suárez, A., Figueroa Quintana, A. & Soutullo Esperón, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8 (4), 135-155.

Durán, P. L. (2011). Algunas consideraciones sobre la adopción del modelo médico en psicología: el caso de las terapias empíricamente fundamentadas. *Revista colombiana de psicología*, 20(1), 107-115. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/17649/23401>

- Elorrieta, C. G. (2018). *TDAH: nuevas estrategias de diagnóstico e intervención*. Punto Rojo Libros
- Espinosa, A. (2006). El tratamiento del niño y adolescente con TDAH en Atención Primaria desde el punto de vista de la evidencia. *Revista pediatría de atención primaria*, 8(Suplemento 4). Recuperado de <http://pap.es/files/1116-594-pdf/619.pdf>
- Faraone, S. V., & Biederman, J. (2005). What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *Journal of attention disorders*, 9(2), 384-39. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1087054705281478>
- Filomeno, A. (2009). *El NIÑO CON DÉFICIT DE ATENCIÓN O HIPERACTIVIDAD cómo pasar del fracaso al éxito*. Perú, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Fernández, J., Del Caño, M., Palazuel, M., & Marugán, M. (2011). TDAH. Programa de intervención educativa. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 621-628. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349832328063.pdf>
- Fernández-Jaén, A., Fernández-Mayoralas, D., Fernández-Perrone, A., Jiménez, A., Albert, J., López-Martín, S., ... & López-Arribas, S. (2018). Neurodesarrollo y fenocopias del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: diagnóstico diferencial. *Rev Neurol*, 66(Supl 1), S103-7. Recuperado de: <https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/bts01s103.pdf>
- Fernandes, S. M., Piñón Blanco, A., & Vázquez-Justo, E. (2017). Concepto, evolución y etiología del TDAH. Recuperado de <http://repositorio.uportu.pt:8080/handle/11328/2091>
- Fernández, V. P. (2005). *Procesos psicológicos básicos: un análisis funcional*. Pearson Educación.

- Fontiveros, M., ^a Ángeles, M., Vera, M., ^a José, M., Tejada González, A., González Igeño, V., & García Resa, O. (2015). Actualización en el tratamiento del trastorno del déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 8(3), 231-239. Recuperado de <http://www.revclinmedfam.com/PDFs/8d7d8ee069cb0cbbf816bbb65d56947e.pdf>
- García, E., Rodríguez, C., Martín, R., Jiménez, J. E., Hernández, S., & Díaz, A. (2012). Test de Fluidez Verbal: datos normativos y desarrollo evolutivo en el alumnado de primaria. *European Journal of Education and Psychology*, 5(1), 53-64 <https://www.redalyc.org/pdf/1293/129324775005.pdf>
- García, P., López- Ibor, J., & Magaritos, M. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE-10. Madrid (España): Editorial Médica Panamericana.
- García-Teixidor, A., Sanz-Cervera, P., & Tárraga Mínguez, R. (2016). Comparación de la eficacia de las intervenciones médica, psicológica, psicopedagógica y combinada en el tratamiento de niños y adolescentes con TDAH: una revisión teórica. Recuperado de digibug.ugr.es/handle/10481/42929
- Gimeno Morales, M., & Galbe Sánchez-Ventura, J. (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad:¿ incrementa su prevalencia o se promueve su diagnóstico?. *Pediatría Atención Primaria*, 17(65), e95-e98. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322015000100024&script=sci_arttext&tlng=en
- González, M., & Villamisar, D. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 31(4), 23-36. Recuperado de [Dialnet-ElConceptoDeHiperactividadInfantilEnPerspectiva-3399009%2520\(2\).pdf&ie=&oe=](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3399009&pagina=2520(2).pdf&ie=&oe=)

- 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). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/773/77330034008/>
- González, R., Bakker, L., & Rubiales, J. (2014). Estrategias de afrontamiento y estilos parentales en madres de niños con y sin trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Pensando Psicología*, 10(17), 71-84. Recuperado de <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/786>
- González, R., Rodríguez, A., & Sánchez, J. (2015). Epidemiología del TDAH. *Revista Española de Pediatría*, 71(2), 58-61.
- Grau, M. (2007). Análisis del contexto familiar en niños con tdah. Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/10230>
- Guerrero, C. P. (2013). Tratamiento actual del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pharmaceutical Care España*, 15(4), 147.
- Guerrero, R. (2016). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Barcelona, Planeta.
- Guillén, M. (2018). *Proyecto de investigación para evaluar un programa adaptado de mindfulness para niños/as de 6 a 8 años con trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. (Master's thesis). Recuperado de <https://reunir.unir.net/handle/123456789/6148>
- Gutiérrez Miras, M. G., Peñas Martínez, L., Santiuste de Pablos, M., García Ruipérez, D., Ochotorena Ramírez, M. M., San Eustaquio Tudanca, F., & Cánovas Martínez, M. (2008). Comparación de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales CIE 10 y DSM IV. *Atlas VPM*, 5, 220-222.

- Hendren, R. L. (2004) Trastorno por déficit atencional con hiperactividad a través del ciclo vital. En J. Buendía *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos Actuales*.197 -214. Madrid: Pirámide.
- Herreros, O., & Sánchez, F. (2005). TDAH: Factores de riesgo y protección. *Revista Española de Pediatría*, 61(6), 460-466. Recuperado de <http://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2005/REP%2061-6.pdf#page=38>
- Herrero Jaén, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10(2), 0-0. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2016000200006&script=sci_arttext&tlng=pt
- I Baqué, E. F. (2003). ¿ Qué es conducta?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 595-613. Recuperado de: http://aepe.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-89.pdf
- Idiazábal-Aletxa, M. A., & Aliagas-Martínez, S. (2009). Sueño en los trastornos del neurodesarrollo. *Revista de neurología*, 48(2), 13-16. Recuperado de <http://institutoincia.es/wp-content/uploads/2009/04/Sueno-en-trastornos-neurodesarrollo.pdf>
- Iváñez, F. F., Sánchez, J. G., & Ruiz, A. M. (2015). Tratamiento no farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y su abordaje en el entorno escolar. *Revista Española de*, 71(2), 90-97. Recuperado de <http://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP%2071-2.pdf#page=38>
- Kapalka, G. (2007). La colaboración entre pediatras y psicólogos en el diagnóstico y tratamiento de niños con TDAH. *Papeles del psicólogo*, 8(2), 84-88. Recuperado de <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10417/kapalka.pdf>

- Kollins, S. (2009). Genética, neurobiología y neurofarmacología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revista Española de Toxicomanías*, 55, 19-28, Recuperado de https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret55_3.pdf
- Korzeniowks, C., & Ison, M. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(1), 65-71. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2819/281921796006/>
- Lasheras, G., Farré, B. (2015). RESÚMENES DE PONENCIAS Y COMUNICACIONES DE LA IV JORNADA DE SALUD MENTAL PERINATAL. *Revista Iberoamericana de Psicomatica*. N, 115, 49 - 60. Recuperado de <http://www.sociedadmarce.org/pdf/SMR115.pdf>
- López, H., & Zambrano, E. (2012). Comparación de funciones ejecutivas en muestra de niños con y sin TDAH de la ciudad de México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi122p.pdf>
- López, J. L., et al. (2006). El psicólogo clínico y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: vinculación con el pediatra. *Revista pediatría de atención primaria*, 8(Suplemento 4). Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Jose_Antonio_Lopez_Villalobos/publication/300380241_El_psicologo_clinico_y_el_trastorno_por_deficit_de_atencion_con_hiperactividad_vinculacion_con_el_pediatra/links/56d8a11e08aebabdb40d1d90/El-psicologo-clinico-y-el-trastorno-por-deficit-de-atencion-con-hiperactividad-vinculacion-con-el-pediatra.pdf
- López-Martín, S., Albert, J., Fernández-Jaén, A., & Carretié, L. (2010). Neurociencia afectiva del TDAH: Datos existentes y direcciones futuras. *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(2), 17-29. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092010000100003

- López-Soler, C., & Romero Medina, A. (2003). *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Ediciones Pirámide.
- Lora Espinosa, A., & Díaz Aguilar, M. J. (2013). Trastornos de aprendizaje en el niño con TDAH. *AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría*, 23-26
- Loro-López, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, B., Pando, F., Varela-Casal, P., ... & Correas-Lauffer, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista neurol*, 49(5), 257-264. Recuperado de <http://anclapsicologiaclinica.es/wp-content/uploads/2016/03/Actualizacion-TTMT0-TDAH.pdf>
- Macià, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia*. Concepto, evaluación y tratamiento. Madrid: Pirámide.
- Martín, A. (2010). Logopedia y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (tdah). *Coordinan*, 4.
- Mas, C. (2009). El TDAH en la práctica clínica psicológica. *Clínica y Salud*, 20(3), 249-259. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742009000300006&script=sci_arttext&tlng=en
- Mayor, J., & García, R. (2011). Trastorno por Déficit de atención/Hiperactividad (TDAH) Revisión ¿Hacia dónde vamos ahora. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la adolescencia*, 22(2), 144-154. Recuperado de <http://www.sopnia.com/boletines/Revista%20SOPNIA%202011-2.pdf#page=34>
- Mebarak, M., Castro, A. D., Salamanca, M. D. P., & Quintero, M. F. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, (23). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/213/21311917006/>

- Mediavilla-García, C. (2003). Neurobiología del trastorno de hiperactividad. *Rev Neurol*, 36(6), 555-65. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Cristina_Mediavilla/publication/10843218_Neurobiology_of_hyperactivity_disorder/links/54b62f0d0cf2318f0f9a1e15/Neurobiology-of-hyperactivity-disorder.pdf
- Michelson, D., Faries, D., Wernicke, J., Kelsey, D., Kendrick, K., Sallee, F. R., ... Atomoxetine ADHD Study Group. (2001). Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled, dose-response study. *Pediatrics*, 108(5), e83-e83. Recuperado de <https://pediatrics.aappublications.org/content/108/5/e83.abstract>
- Miranda, A., Grau, D., Marco, R., & Roselló, B. (2007). Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno. *Revista de Neurología*, 44(2), 23-25. Recuperado de <http://neuroser.com/pdfs/Estilos%20de%20disciplina%20en%20familias%20con%20hijos%20con%20TDAH,%20influencia%20en%20la%20evoluci%F3n%20del%20trastorno..pdf>
- Montiel, C., Montiel, I., & Peña, J. (2005). Clima familiar en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad. *Psicología conductual*, 13(2), 297-310. Recuperado de http://fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20120606_H9wFZ9h2YftQL84peS4H_0.pdf
- Moreno, J., & Utria, E. (2011). Caracterización de los programas de tratamiento cognitivo-conductual para el manejo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes realizados en Bogotá entre 2002 y 2008. *Psicología desde el Caribe*, (28), 39-76 recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-417X2011000200004

- Moreno Fontiveros, M., Martínez Vera, M., Tejada González, A., González Igeño, V., & García Resa, O. (2015). Actualización en el tratamiento del trastorno del déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 8(3), 231-239. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v8n3/especial2.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Ed. Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (Octubre de 2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 45. *Ginebra*. Recuperado en febrero de 2019, Recuperado de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>
- Ortiz-Luna, J. A., & Acle-Tomasini, G. (2006). Diferencias entre padres y maestros en la identificación de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños mexicanos. *Revista de Neurología*, 42(1), 17-21.
- Overmier, J. B. (2007). La investigación básica con animales fortalece la ciencia y la práctica de la Psicología. *Interdisciplinaria*, 24(2), 211-228. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/180/18024204/>
- Pacheco, H. R. (2000). Una reflexión sobre el concepto de síndrome. *Revista de la Facultad de Medicina*, 48(4), 241-242. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/19641/20705>
- Pacho, Z. R., & Triñanes, E. R. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 27(1), 86-101. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/113511>

- Palacio, De la Peña, Palacios y Ortiz. (2009). Algoritmo latinoamericano de tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a través de la vida. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 38(1), 35-65
- Palacio, J., et al (2009). Algoritmo de tratamiento multimodal para preescolares latinoamericanos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental*, 32(Supl 1), 3-16. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2009/sams091b.pdf>
- Palacios-Cruz, L., Peña, F. D. L., Valderrama, A., Patiño, R., Calle Portugal, S. P., & Ulloa, R. E. (2011). Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud mental*, 34(2), 149-155.
- Palacios, F. F., & Cervantes, J. A. D. (2000). Normalidad y anormalidad: esquemas dicotómicos de la representación social en un grupo de profesionales de la salud mental. *Revista Polis*, 1, 247-262
- Pérez, M. R. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes*, 2(1), 45-54. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4918613>
- Pérez, M (2018). *Más Aristóteles y menos Concerta®: las cuatro causas del TDAH* (Vol. 2025). Ned Ediciones
- Pineda, D. A., Henao, G. C., Puerta, I. C., Mejía, S. E., Gómez, L. F., Miranda, M. L., ... & Murrelle, L. (1999). Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional. *Rev Neurol*, 28(4), 365-72
- Poeta, L. S., & Rosa-Neto, F. (2006). Características biopsicosociales de los escolares con indicadores de trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 43(10), 584-588. Recuperado de: www.motricidade.com.br/pdfs/edm/2006.6.pdf

- Presentación, M. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Revista de Neurología*, 42(3), 137-143. Recuperado de <http://neuroser.com/pdfs/Impacto%20familiar%20de%20los%20ni%F1os%20con%20TDAH.pdf>
- Presentación, M., Pinto, V., Meliá, A., & Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de Psicología (Internet)*, 2(3), 18-26. Recuperado de scielo.isciii.es/pdf/ep/v2n3/articulo_3.pdf
- Quintero, J., & Castaño de la Mota, C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría integral*, 9, 600-608. Recuperado de <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatría-Integral-XVIII-9.pdf#page=12>
- Rabito, M., & Correas. (2014). Guías para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: una revisión crítica. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(6), 315-24. Recuperado de <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/16/92/ESP/16-92-ESP-315-324-269971.pdf>
- Raheb, C. (2008). Clasificación en paidopsiquiatría. Conceptos y enfoques. Sistemas de clasificación: DSM-IV, ICD-0 (Tesis master). Recuperado de http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/Sistemas_Clasificacion_DSM-IV_CIE-10_07-09_M1.pdf
- Ramos Galarza, C. (2016). La cara oculta del tdah. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6(1), 226-253. Recuperado de www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v6n1/v6n1a11.pdf
- Raya, A., Herreruzo, J., & Pino, M. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20(4). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/727/72720428/>

- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la Real Academia Española (23.^a ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=X7MRZku>
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la Real Academia Española (23.^a ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=FHA3D3L>
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la Real Academia Española (23.^a ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=AChkdr3>
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la Real Academia Española (23.^a ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=aVqiTEZ>
- Restrepo, C. R., Gutiérrez, V. L., & Betancur, J. D. (2014). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad visto desde la genética y la epigenética: una revisión teórica investigativa. *Revista Senderos Pedagógicos* N, 5, 95-106. Recuperado de <http://ojs.tdea.edu.co/index.php/senderos/article/view/278>
- Reyes, A.M. (2013). *Características socio-demográficas y variables situacionales e maestros de primaria que influyen sobre su propensión a etiquetar a un niño con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. (Tesis de Doctorado), Universidad Nacional Autónoma de México, D.F. México.
- Roselló, B., García, R., Tárraga, R., & Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 2003, vol. 36, num. Supl. 1, p. 79-84. Recuperado de <http://www.neuroser.com/pdfs/El%20papel%20de%20los%20padres%20en%20el%20desarrollo%20y%20aprendizaje%20de%20los%20ni%20F1os%20con%20TDAH.pdf>
- Rodríguez, L., et al (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Pediatría Atención*

Primaria, 11(42), 251-270. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322009000200006&script=sci_arttext&tlng=en

Ruiz-Gálvez Relaño, C. (2015). Trastorno déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y autoconcepto: diferencias en autoconcepto en función de los subtipos de TDAH. Recuperado de: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/1070>

Ruiz-García, M., Gutiérrez-Moctezuma, J., Garza-Morales, S., & de la Peña-Olvera, F. (2005). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Actualidades diagnósticas y terapéuticas. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 62(2), 145-152. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=7881>

Sánchez, M., & Sánchez, A. (2016). TRASTORNO DÉFICIT DE ATENCIÓN HIPERCINÉTICO (TDAH). Recuperado de <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/AROA%20SANCHEZ%20ZORRILLA.pdf>

Sandoval, A. M. R., & Acuña, L. (2012). Juicios de maestros sobre las conductas características del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista latinoamericana de psicología*, 44(3), 65-82

Segura, A. B. J. (2009). El TDAH, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en las clasificaciones diagnósticas actuales (CIE 10, DSM IV–R y CFTMEA–R 2000). *Norte de Salud mental*, 8(35), 3. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830265>

Serrano-Troncoso, E., Guidi, M., & Alda-Díez, J. Á. (2013). ¿ Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1).

Soutullo C., & Álvarez, M. (2013). Bases para la elección del tratamiento farmacológico en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*, 56(Supl 1), S119-S29. Recuperado

<http://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/04/base-tratamiento-farmacologico-TDA.pdf>

Suárez Valdivieso, D. E. (2017). Abordaje diagnóstico y terapéutico del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), por parte de psicólogos en Quito (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/8134>

Terán, J. M. P., Vega, P. T., & Merayo, Y. Z. (2012). Aspectos históricos y evolución del concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Mitos y realidades. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 11(2), 7-20. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4738656>

Tomàs, J., Bielsa, A., Roca, I., & Raheb, C. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y técnicas de neuroimagen. Recuperado de [www.centrelondres94.com/files/TRASTORNO_POR_DEFICIT_DE_ATENCION_CON_HIPE_RACTIVIDAD_\(TDAH\)_Y_TECNICAS_DE_NEUROIMAGEN.pdf](http://www.centrelondres94.com/files/TRASTORNO_POR_DEFICIT_DE_ATENCION_CON_HIPE_RACTIVIDAD_(TDAH)_Y_TECNICAS_DE_NEUROIMAGEN.pdf)

Trujillo, N., & Pineda, D. A. (2008). Función ejecutiva en la investigación de los trastornos del comportamiento del niño y del adolescente. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 77-94. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987502>

Ulloa, R et al (2005). Algoritmo del tratamiento para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes. *Salud Mental*, 28(5), 1-10. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2005/sam055a.pdf>

Ullman, L. P., & Krasner L. (1975). *A psychollogical approach to abnormal behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey, E, U. Prentice Hall.

- Vásquez, J., Cárdenas, E., Feria, M., Benjet, C., Palacios, L., & De la Peña, F. (2010). Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Berenzon S, Del Bosque J, Alfaro J, Medina-Mora ME. México, DF Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Recuperado de http://www.centropsicologicomca.es/articulos/guia_tdah.pdf
- Vélez, C., & Vidarte, J. (2012). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. *Revista de salud pública*, 14, 113-128. Recuperado de https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642012000800010&script=sci_arttext&tlng=
- Vericat, A., & Orden, A. B. (2013). El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: entre lo normal y lo patológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2977-2984. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/csc/2013.v18n10/2977-2984/es/>
- Vigier Castrillo, C. M. (2018). Rol de enfermería en la atención de la población infantil diagnosticada de TDAH. Recuperado de [https://academica-unavarra.es/bitstream/handle/2454/29078/TFG_%20Clara%20Vigier%20Castrillo.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://academica.unavarra.es/bitstream/handle/2454/29078/TFG_%20Clara%20Vigier%20Castrillo.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Wu, Z., Yang, L., & Wang, Y. (2014). Applying imaging genetics to ADHD: the promises and the challenges. *Molecular neurobiology*, 50(2), 449-462. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s12035-014-8683-z>
- Yunta, J., Palau, M., Salvadó, B., & Valls, A. (2006). Neurobiología del TDAH. *Acta Neurol Colomb*, 22(2), 184-189. Recuperado de http://acnweb.org/acta/2006_22_2_184.pdf

- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., & Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social science & medicine*, 64(7), 1524-1535. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953606005958>
- Zambrano et al. (2015). Funciones ejecutivas en niños con TDAH de acuerdo con subtipo clínico y grupo control. *Investigación en Discapacidad*, 4(1), 3-8. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/invd/ir-2015/ir151a.pdf>
- Zúñiga, A. H., & Forteza, O. D. (2014). El TDAH y su comorbilidad. *Pediatría Integral*, 18(9), 643-654. Recuperado de <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatría-Integral-XVIII-9.pdf#page=55>