

2014-03-18

TDAH: Diagnóstico, prácticas y estrategias de tratamiento en la ciudad de Tres arroyos

Alberca, Teresita

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/48>

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TDAH: DIAGNÓSTICO, PRÁCTICAS Y ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO
EN LA CIUDAD DE TRES ARROYOS.**

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme

O.C.S.: 143/89

Alumnas:	Alberca, Teresita	Mat. 1715/90	DNI 20.043.041
	Carlé, Eliana	Mat. 08020/07	DNI 27.039.763
	Díaz, Georgina	Mat. 08032/07	DNI 33.790.473

Supervisor: Dr. Urquijo, Sebastián

Cátedra o Seminario de radicación: Psicología Cognitiva – Centro de investigación en Procesos Básicos, metodología y Educación.

Fecha de presentación: 04 de Marzo de 2013

"Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva del/los alumno/s Alberca, Teresita (Mat. 1715/90), Carlé, Eliana (Mat. 08020/07), Díaz, Georgina (Mat. 08032/07), de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito del/los autor/es ".

"El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Alberca, Teresita (Mat. 1715/90), Carlé, Eliana (Mat. 08020/07), Díaz, Georgina (Mat. 08032/07), conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 4 días del mes de Marzo del año 2013."

Firma, aclaración y sello del Supervisor

Evaluación del supervisor:

Las alumnas Alberca, Teresita; Carlé, Eliana y Díaz, Georgina, han cumplido satisfactoriamente con lo propuesto en el Plan de Trabajo. Durante el desarrollo de este trabajo han demostrado dedicación al estudio, un nivel de exigencia alto y compromiso con las actividades emprendidas. Además de su interés y preocupación por el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, su diagnóstico y las estrategias de tratamiento psicológico, se destacan por poseer capacidad para aprender y asimilar. Su trabajo reviste especial importancia, ya que analiza detalladamente la etiología del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, resume los hallazgos actuales de la literatura científica sobre el tratamiento psicológico y establece las características del mismo en la ciudad de Tres Arroyos. Los resultados serán divulgados, a fines de que sean analizados, discutidos y que sus conclusiones puedan ser utilizadas para la optimización de los procesos de tratamiento del TDAH.

"Atento al cumplimiento de los requisitos prescritos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Alberca, Teresita (Mat. 1715/90), Carlé, Eliana (Mat. 08020/07), Díaz, Georgina (Mat. 08032/07),"

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

Fecha de aprobación:

MARCO TEÓRICO

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, antes llamado hipercinesia o disfunción cerebral mínima, es uno de los trastornos mentales más comunes entre los niños.

Hasta hace poco se suponía que este trastorno desaparecía en la adolescencia. Hoy sabemos que si no se realiza el diagnóstico y tratamiento indicados, el 40% de los casos se manifiestan como formas residuales. Éstas se hallan íntimamente ligadas a patologías adictivas y a otros trastornos de la impulsividad. De hecho, las 2/3 partes de los actuales abusadores de sustancias han padecido el trastorno, diagnosticado o no (Gratch, 2002).

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un *síndrome bio-comportamental del desarrollo* que posee una presentación heterogénea, es decir que la manifestación de los síntomas no es igual entre las personas que lo padecen. Frecuentemente es de origen innato y /o genético y se manifiesta en el campo de la atención (inatención), el control de impulsos (impulsividad), y la regulación del nivel de actividad (hiperactividad). (Scandar, 2009)

El doctor García Castaño (2001), adiciona a la definición anterior que dicho trastorno no presenta síntomas suyos exclusivos. Sus manifestaciones forman parte de conductas que presentan todos los individuos; aunque la frecuencia e intensidad varían. Es un trastorno heterogéneo; esto quiere decir que la manifestación de los síntomas no es igual entre las personas que lo padecen. De hecho, rara vez una persona presenta la totalidad de los síntomas. Esta particularidad tan especial ocasiona manifestaciones diversas del mismo desorden.

Si bien no existe una definición consensuada sobre el trastorno, el Manual de diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales (DSM-IV) (o trastorno hiperactivo según el CIE 10) lo define como un determinado grado de déficit de atención y/o hiperactividad-impulsividad que resulta desadaptativo e incoherente en relación con el nivel de desarrollo del niño. Las manifestaciones clínicas deben persistir durante más de 6 meses. El cuadro debe ser más severo que lo observado en otros niños de la misma edad, mismo nivel de desarrollo e inteligencia. Debe estar presente en varios ambientes como familia, escuela, amigos. Además, debe producir serios problemas en la vida diaria. Este trastorno va cambiando con la edad y puede durar toda la vida (en general la hiperactividad mejora y se mantienen el déficit de atención y la impulsividad).

De acuerdo a la bibliografía consultada enunciamos otras definiciones sobre el trastorno, de diferentes autores.

Según la National Dissemination Center for Children with Disabilities (2002) el trastorno es una condición que hace difícil que una persona pueda sentarse tranquila, controlar su conducta y poner atención, tanto en el ámbito escolar como en su hogar. Estas dificultades comienzan generalmente antes de que la persona cumpla siete años de

edad. Sin embargo, estas conductas pueden ser ignoradas hasta que el niño sea mucho mayor.

Padres y maestros tienen un rol protagónico en el [proceso](#) de diagnóstico porque son quienes conviven con el niño habitualmente, ya que en el ámbito del consultorio este trastorno no se presenta con mayor intensidad. (Gratch, 2002)

Orjales Villar (2002), define el déficit como un trastorno del desarrollo concebido como retraso en el desarrollo, que constituye una pauta de conducta persistente.

Hallowel y Ratey (2001) conceptualizan el trastorno como un síndrome neurológico cuya tríada clásica de síntomas incluye la impulsividad, distracción e hiperactividad o exceso de energía. Sostienen que la condición se da en niños, adultos, hombres, mujeres, en todos los grupos étnicos y estratos socioeconómicos, independientemente del nivel educativo y del nivel de inteligencia del individuo. Delgado Castro (2003) también define el trastorno con esta orientación, en tanto lo considera una condición médica, de base psiquiátrica y neurológica.

Lawlis (2004) define el déficit de atención con hiperactividad como una condición en la que el cerebro del niño no funciona normalmente. No obstante, esto no implica una señal de inteligencia inferior; tampoco es un impedimento ni resulta en una personalidad dañada, tendencias criminales, conducta inmoral. Así mismo, no necesariamente supone un impedimento de aprendizaje, ni una marca de inmadurez mental; aunque tales condiciones puedan coexistir con el trastorno. La mayoría del tiempo, los problemas del trastorno se relacionan con el funcionamiento del cerebro a escalas bajas.

Cabe aclarar que existe también el Trastorno por déficit de atención sin hiperactividad, pero en este trabajo de investigación se hará hincapié en el Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad. Según Russell, Barkley el déficit de atención sin hiperactividad constituye un tipo diferente de déficit de atención, uno que probablemente involucra la atención focal y la velocidad de procesamiento de las funciones cognitivas, más que el mantenimiento de la atención y el control de los impulsos. Cognitivamente, aparecen algo perezosos o morosos en responder a la tarea; a menudo tienen la atención focalizada en eventos internos más que en las demandas externas; y son típicamente mucho más lentos en completar tareas escritas. También tienen una inconsistencia considerablemente mayor en el desempeño mnémico, especialmente en la recuperación de información relacionadas con tareas verbales. En su presentación comportamental son vistos por muchos como “soñadores despiertos” , confundidos o perdidos en sus

pensamientos, apáticos e inmotivados y a veces de movimientos lentos. Frecuentemente se quedan mirando fijo.

CARACTERÍSTICAS DEL TDAH

Etiología

Inés Vicario y César Esperón en su escrito (2008) sostienen que aunque la causa no está completamente aclarada, parece evidente que se trata de un trastorno multifactorial con una base neurobiológica y predisposición genética que interactúa con factores ambientales.

Las hipótesis sobre la etiología abarcan diversas áreas: genética conductual y molecular, factores biológicos adquiridos, la neuroanatomía, bioquímica cerebral, neurofisiología, neuropsicología y el entorno psicosocial

1. Genética conductual

- Estudios familiares: se ha observado una mayor prevalencia de TDAH y otros trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, trastorno antisocial, dependencia a drogas y alcohol) en los familiares de estos pacientes.
- En estudios de adopciones se ha visto una mayor prevalencia del TDAH en los padres biológicos frente a los adoptivos y la población normal de 18, 6 y 3%, respectivamente.
- Estudios de gemelos: hay una concordancia para los síntomas del TDAH del 55% en gemelos monocigóticos y del 33% en dicigóticos.

2. Genética molecular

Parece que un 70% de los TDAH se deben a factores genéticos en relación con mutaciones de varios genes (trastorno poligénico). Se ha comprobado que hay varios genes que codifican moléculas con un papel importante en la neurotransmisión cerebral que muestran variaciones alélicas (polimorfismos) y que influyen en el TDAH. Estos genes “defectuosos” dictarían al cerebro la manera de emplear neurotransmisores como la dopamina (DA) (encargada de inhibir o modular la actividad neuronal que interviene en las emociones y el movimiento). Así se sugiere un fallo en el desarrollo de los circuitos cerebrales en que se apoya la inhibición y el autocontrol. Los genes asociados con las manifestaciones del TDAH son los genes que codifican para los transportadores y receptores de la dopamina (DA) y el gen del transportador de la noradrenalina (NA).

A pesar de la asociación significativa con el TDAH, las magnitudes de efecto son pequeñas por lo que la probabilidad de desarrollar TDAH posiblemente dependen de varios genes y probablemente hay varias combinaciones distintas de genes (poligénico con heterogeneidad genética).

Hay que tener presente que muchos niños con polimorfismos genéticos no tienen un TDAH, y muchos niños con TDAH no tienen ninguno de los conocidos polimorfismos. Cuando se detecta un caso de TDAH, los hermanos así como los padres tienen alta probabilidad de sufrir o haber sufrido TDAH.

3. Factores biológicos adquiridos

El TDAH puede adquirirse o modularse por factores biológicos adquiridos durante el periodo prenatal, perinatal y postnatal, como la exposición intrauterina al alcohol, nicotina y determinados fármacos (benzodiazepinas, anticonvulsivantes), la prematuridad o bajo peso al nacer, alteraciones cerebrales como encefalitis o traumatismos que afectan a la corteza prefrontal, una hipoxia, la hipoglucemia o la exposición a niveles elevados de plomo en la infancia temprana. También se ha asociado con alergias alimentarias (aditivos), aunque se necesitan más investigaciones al respecto.

4. Factores neuroanatómicos

Las técnicas de imagen cerebral han permitido conocer la implicación de la corteza prefrontal y los ganglios basales (áreas encargadas de regular la atención). Se sugieren alteraciones en las redes corticales cerebrales frontales y frontoestriadas.

Estudios de Castellanos con resonancia magnética han observado en los niños con TDAH un menor tamaño en diferentes áreas cerebrales: reducción total del cerebro, cuerpo calloso, núcleo caudado y del cerebelo que va cambiando con el tiempo durante el desarrollo normal. Algunas diferencias se mantienen hasta una década, mientras que otras desaparecen (las diferencias en el núcleo caudado desaparecen sobre los 18 años). Estas diferencias volumétricas se manifiestan precozmente, se correlacionan con la gravedad del TDAH pero no hay relación con el tratamiento farmacológico ni con la morbilidad.

5. Factores neuroquímicos

La noradrenalina (NA) y la dopamina (DA) son los dos neurotransmisores de mayor relevancia en la fisiopatología y tratamiento farmacológico del TDAH. Ambos están implicados en la función atencional y la DA también en la regulación motora. Se ha observado afectación de las regiones ricas en DA (región anterior o de la función ejecutiva) y de las regiones ricas en NA (región posterior de la flexibilidad cognitiva).

- El sistema atencional anterior (lóbulo frontal) está encargado de la función ejecutiva; la DA y NA son los neurotransmisores implicados. Su actividad es analizar la información y prepararse para responder. Las funciones más importantes son la inhibición motora, cognitiva y emocional (guardar turno), la planificación (uso de una agenda), y la memoria de trabajo a corto plazo (recordar un teléfono mientras lo marcamos).
- El sistema atencional posterior (lóbulo parietal y cerebelo) encargado de la flexibilidad cognitiva; la NA es el neurotransmisor implicado. Su actividad es elegir la información más significativa, evitar lo que no sirve y fijar la atención en nuevos estímulos.

6. Factores neurofisiológicos

En los pacientes con TDAH se han observado alteraciones de la actividad cerebral como: reducción del metabolismo/flujo sanguíneo en el lóbulo frontal, córtex parietal, striatum y cerebelo; aumento del flujo sanguíneo y actividad eléctrica en la córtex sensorimotora; activación de otras redes neuronales y déficit en la focalización neuronal.

7. Factores psicosociales

Los factores psicosociales pueden influir y modular las manifestaciones del TDAH. La severidad y expresión de los síntomas puede verse afectado a través de la interacción gen-ambiente (ciertos factores ambientales pueden tener distinto impacto en individuos que tienen un gen en particular, frente a personas que no lo tienen).

Estos factores son: inestabilidad familiar, problemas con amigos, trastornos psiquiátricos en los padres, paternidad y crianza inadecuada, relaciones negativas padres-hijos, niños que viven en instituciones con ruptura de vínculos, adopciones y bajo nivel socioeconómico (aunque esto último no está claro si es un factor en sí, o está mediado por las peores condiciones prenatales y perinatales, y otros factores de confusión).

Gratch (2003), sostiene que la teoría explicativa respecto de la etiología sitúa la condición como un trastorno de la neurotransmisión de la corteza prefrontal, zona que desempeña un papel trascendental en la planificación y regulación de la conducta y sirve fundamentalmente para planificar y anticipar eventos futuros. El autor expresa que los sujetos que han padecido de lesiones en la corteza cerebral prefrontal, como por ejemplo encefalitis y traumatismos, se tornan inatentos, se distraen con facilidad, son impulsivos y están poco dispuestos a seguir las reglas establecidas en el hogar, la escuela y por la sociedad.

Síntomas del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Este trastorno está definido por tres ejes o grupos sintomáticos (Scandar, 2009)

- ⇒ Inatención o dificultad para sostener la atención por un período
- ⇒ Impulsividad
- ⇒ Hiperactividad

El **déficit atencional** del niño con TDAH reside, principalmente, en la discapacidad de mantener la atención organizando el comportamiento en forma autodirigida, autosostenida, planificada, y conforme a reglas en función de objetivos futuros. Cuanto más distantes son los objetivos, menos persistente es el comportamiento.

La **impulsividad** hace referencia a un déficit en la habilidad para demorar las respuestas, o la tolerancia para demorar intervalos dentro de las tareas.

La **hiperactividad** implica un funcionamiento psico-motriz alto y no adecuado tanto desde la perspectiva de la edad del sujeto como del contexto.

Dentro del TDAH, se pueden distinguir tres tipos, el sistema DSM-IV-TR enuncia:

- TDAH tipo inatento el niño presenta principalmente inatención.
- TDAH tipo hiperactivo-impulsivo: el niño presenta principalmente hiperactividad e impulsividad.
- TDAH tipo combinado: el niño presenta las 3 características: hiperactividad, impulsividad e inatención.

TIPO INATENTO

En éste la persona no puede ni enfocarse ni mantenerse enfocada en una tarea o actividad.

Muchos niños con TDA/H tienen problemas al poner atención. Los niños con el tipo desatento de TDA/H a menudo:

- no ponen atención a los detalles;
- no pueden mantenerse enfocados en el juego o trabajo escolar;
- ni siguen las instrucciones ni terminan el trabajo escolar o tareas;
- parecen no poder organizar sus tareas y actividades;
- se distraen fácilmente; y
- pierden cosas tales como sus juguetes, trabajo escolar y libros

TIPO HIPERACTIVO-IMPULSIVO

En él la persona es muy activa y a menudo actúa sin pensar.

El ser demasiado activo probablemente es la señal más visible de TDA/H.

El niño hiperactivo siempre está en movimiento. (A medida que crece, el nivel de actividad podría disminuir.) Estos niños también actúan antes de pensar (llamado *impulsividad*). Por ejemplo, podrían atravesar la calle corriendo sin mirar o subirse a un árbol muy alto. Pueden sorprenderse al encontrarse en una situación peligrosa. Posiblemente no tengan la menor idea de como salirse de la situación

La hiperactividad e impulsividad tienden a manifestarse juntas. Los niños con el tipo hiperactivo-impulsivo a menudo pueden:

- estar inquietos y torcerse;
- salirse de la silla cuando no deben;
- correr constantemente o subirse por todos lados;
- tener dificultad en jugar tranquilamente;
- hablar demasiado;
- decir abruptamente las respuestas antes de que se completen las preguntas;
- tener dificultad en esperar su turno;
- interrumpir a los demás cuando están hablando; y
- interrumpir los juegos de los demás

TIPO COMBINADO

La persona es inatenta, impulsiva y demasiado activa.

Los niños con el tipo combinado de TDA/H tienen síntomas de ambos tipos descritos más arriba. Tienen problemas en poner atención, con la hiperactividad y en el control de sus impulsos.

Por supuesto, de tiempo en tiempo, todos los niños son desatentos, impulsivos, y demasiado activos. Con los niños que tienen TDA/H, estas conductas son la regla, no la excepción.

Síntomas asociados con el TDAH (Scandar, 2009)

- Baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, autoritarismo, testarudez, insistencia excesiva y frecuente en que se satisfagan sus peticiones, labilidad emocional, desmoralización, disforia, rechazo por parte de compañeros y baja autoestima.
- Con frecuencia, el rendimiento académico está afectado y devaluado, lo que conduce a conflictos con familia y profesores. La inadecuada dedicación a tareas

que requieren un esfuerzo sostenido suele interpretarse por los demás como pereza, escaso sentimiento de responsabilidad y comportamiento opositor.

- Las relaciones familiares acostumbran a caracterizarse por resentimientos y antagonismos, especialmente a causa de la variabilidad de las características sintomáticas, lo que facilita la creencia de que todo el comportamiento anómalo es voluntario. Su desarrollo intelectual parece ser inferior al de otros niños. En su forma grave, el trastorno es muy perturbador, afectando adaptación social, familiar y escolar. Una sustancial proporción sufren también trastorno negativista desafiante o disocial.
- En los niños con TDAH puede presentarse elevada prevalencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del aprendizaje y trastornos de la comunicación. No es raro entre sujetos con trastorno de la Tourette; cuando coexisten ambos, el inicio del trastorno por déficit de atención con hiperactividad suele preceder al inicio del trastorno de la Tourette.
- Puede haber historia infantil de maltrato o abandono, diferentes situaciones de adopción o acogida, exposición a neurotóxicos (por ej. envenenamiento por plomo), infecciones (por ej. encefalitis), exposición *in utero* a fármacos, escaso peso en el nacimiento y retraso mental.

Prevalencia

Es uno de los trastornos mentales más prevalentes entre niños. Afecta entre el 3 y el 5 por ciento de todos ellos. Los varones se ven afectados dos o tres veces más que las niñas. (Scandar, 2009)

Autores como Hidalgo Vicario y César Esperón (2008) sostienen que es difícil conocer la prevalencia exacta del trastorno, ya que influyen varios factores, como el tipo de clasificación utilizada, los métodos de evaluación diagnóstica empleados, la fuente de información (padres, maestros, cuidadores), el tipo de muestra y las características socioculturales de la población. El rango entre los diferentes estudios varía del 2 al 18%.

Utilizando los criterios del DSM-IV la prevalencia se sitúa entre el 3-7% (5%). Con la CIE-10 la prevalencia es del 1,5% y los cuadros son más severos, similares a las formas combinadas del DSM-IV.

La relación varón/mujer varía según los estudios desde 6/1 a 3/1. Estas diferencias pueden ser debido a un infra-diagnóstico de determinadas formas clínicas más frecuentes

en el sexo femenino, como es el subtipo inatento. En la población general parece que es de 1/1.

Problemáticas del niño con TDAH en diversos ámbitos

El trastorno ocasiona inconvenientes en diferentes ámbitos en los que el niño se encuentra.

En el **ámbito escolar** suelen actuar de manera agresiva hacia otros chicos de su grupo, pues les resulta difícil compartir o realizar juegos en forma colectiva.

Las recompensas y los castigos como métodos únicos de administrar [disciplina](#) suelen ser ineficaces ya que carecen de mecanismos internos de [control](#) y regulación de la conducta.

A veces tiene **problemas de [socialización](#)** en su grupo. No pueden esperar su turno, son atropelladores, desordenados, distraídos y pueden terminar siendo excluidos de su grupo de pares. La crónica frustración por la falta de logros en el estudio y las relaciones sociales los torna resentidos, hostiles y desalentados. Así van experimentando un daño crónico en la autoestima y auto confianza. Además son niños que están en constante riesgo de accidente debido a la impulsividad y torpeza.

En el **ámbito familiar**, suelen observarse continuos berrinches, baja tolerancia a la frustración, dificultad para aceptar las normas o reglas de convivencia, una conducta opositora hacia los padres, la testarudez. También se percibe una dificultad para realizar las tareas cotidianas, y para esperar su turno en las conversaciones, un habla excesiva, etc.

DIAGNÓSTICO

La evaluación del niño con este trastorno se realiza con el fin de confirmar el diagnóstico, tipificarlo, analizar el diagnóstico diferencial y comorbilidades con vistas a diseñar el tratamiento. Se realiza a través de entrevistas, exámenes y métodos diversos de evaluación psicológica. La entrevista con padres y docentes ocupa un lugar relevante ya que permite inventariar en forma precisa la modalidad de comportamiento, tanto funcional como disfuncional que son propias del niño. El examen médico es necesario con

el fin de evaluar diagnósticos diferenciales (intoxicaciones, infecciones y/o alteraciones vasculares que puedan afectar el encéfalo, epilepsias, etc) (Scandar, 2009)

El TDAH no es de fácil diagnóstico, se requiere de un abordaje multidisciplinario, donde se tengan en cuenta las conductas que el individuo muestra en los diferentes ámbitos en los que se desempeña.

Con demasiada frecuencia, los niños difíciles son clasificados incorrectamente como niños que sufren de trastorno de hiperactividad con déficit de atención y, por otro lado, muchos niños que verdaderamente sí lo tienen permanecen sin diagnóstico. En cualquiera de los casos, a menudo se pasan por alto las dificultades relacionadas con el aprendizaje o los problemas de estado de ánimo.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV) publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría define los criterios para el diagnóstico de trastornos neurobiológicos y otros trastornos psiquiátricos, como por ejemplo, el TDAH.

El diagnóstico de TDAH según el (DSM-IV) debe cumplir todos los criterios esenciales:

- 6 ó más de los 9 ítems de déficit de atención
- 6 ó más de los 9 ítems de hiperactividad-impulsividad

Entre los criterios esenciales se mencionan:

- **Duración:** los criterios sintomatológicos deben haber persistido al menos los últimos 6 meses.
- **Edad de comienzo:** algunos síntomas deben haber estado presentes antes de los 6 años.
- **Ubicuidad:** algún grado de disfunción debida a los síntomas deben haber estado presentes en dos situaciones o más (escuela, trabajo, casa, etc.).
- **Disfunción:** los síntomas deben ser causa de una disfunción significativa (social, académica, familiar...). Un niño puede cumplir los 18 criterios del TDAH pero si no le afectan su vida diaria no es un niño hiperactivo.
- **Discrepancia:** los síntomas son excesivos comparando con otros niños de la misma edad y CI.
- **Exclusión:** los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Déficit de atención

1. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
2. A menudo tiene dificultades para mantener (no mantiene) la atención en tareas o en actividades lúdicas
3. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (lo que se le dice)
4. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el lugar de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a una incapacidad para comprender instrucciones)
5. A menudo tiene dificultad (presenta alteración) para organizar tareas y actividades
6. A menudo evita (o muestra una aversión fuerte), le disgustan (o es renuente en cuanto a dedicarse a) tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
7. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
8. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
9. A menudo es descuidado en las actividades diarias

Hiperactividad

1. A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
2. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
3. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
4. A menudo (hace demasiado ruido sin motivo o) tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
5. A menudo “está en marcha” o suele actuar como si “tuviera un motor”. (Exhibe un patrón persistente de actividad motora excesiva que no se modifica sustancialmente por el contexto o exigencias sociales)

Impulsividad

1. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas

2. A menudo tiene dificultades para guardar su turno. (A menudo no espera en la cola o no guarda su turno en juegos o situaciones de grupo)
3. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos)
4. A menudo habla en exceso (sin una respuesta apropiada a las limitaciones sociales)

Asimismo, Scandar interpreta el déficit de atención como un estilo conductual de cambio frecuente en las actividades. La hiperactividad es entendida como exceso de actividad o movimiento en situaciones que requieren calma. Estos movimientos no están dirigidos a un fin, es decir, son ociosos. También se puede dar un flujo excesivo de verbalizaciones (hiperactividad verbal). Y, por último, la impulsividad, que hace referencia a un estilo de conducta demasiado rápido y precipitado.

El DSM-IV-TR define el TDAH de una forma amplia y requiere para el diagnóstico la presencia de síntomas de inatención (al menos seis síntomas) o de hiperactividad/impulsividad (al menos seis síntomas). Los síntomas deben estar presentes antes de los 7 años en al menos dos ambientes de la vida del niño, y durar como mínimo seis meses.

Es importante tener presente que, para diagnosticar un TDAH, los síntomas del cuadro clínico no pueden ser debidos a otro trastorno mental como esquizofrenia o autismo, entre otros, ni a ningún problema médico, ningún fármaco o ningún tóxico.

Instrumentos diagnósticos

La evaluación del niño con TDAH puede realizarse a través de cuatro procedimientos básicos:

1. Entrevistas clínicas. Pueden realizarse tanto con los padres, como con docentes y niños
2. Examen médico, nutricional, físico. El objetivo de ello es determinar si los síntomas no son una respuesta secundaria a ciertos trastornos.
3. Utilizando escala de medición del comportamiento tanto generales como específicas.

Entre ellas podemos mencionar: escala de Conners, escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de **hiperactividad**, escala de DuPaul, cuestionario comportamental para pre/escolares.

4. La evaluación psicológica y educacional mediante test

Test focalizados en la inatención

- Los test de vigilancia (mide la inatención y en forma secundaria la impulsividad) Dentro de esta categoría podríamos mencionar el test C.K. Conners y test de Variables de la Atención.
- Los test de percepción de diferencias (son útiles para evaluar la inatención desde la óptica de la impulsividad y la atención selectiva): Thurstone-Yela
- La escala de inteligencia para niños de Wechsler (evalúa el nivel intelectual) dentro de esta se encuentran: Aritmética- Claves- Dígitos centrados en la evaluación de procesos tensionales.
- Test de Atención D2 (Se encarga de la evaluación de la atención selectiva y de la concentración)
- Test Illinois de Aptitudes Psicolinguísticas: subtest de integración visual (evalúa la atención sostenida)
- Test de Wisconsin (mide atención)

Test focalizados en la impulsividad

- Stroop Color/Word Interference test (mide la capacidad para inhibir respuestas automáticas)
- Test de laberintos de Porteus y subtest de laberinto de Wisc R (mide la capacidad de planificar y el grado de control sobre ella)

- Batería neuropsicológica de Sevilla (además de medir los mecanismos de control e inhibición cognitiva examina la atención)
- Test de la Figura compleja de Rey (evalúa actividades visomotrices y visoespaciales con especial referencia a la capacidad de planeamiento)

TRATAMIENTO

Aunque existen varios tratamientos eficaces, no tienen el mismo grado de efectividad para todos los niños con TDA/H

Entre ellos se pueden mencionar la existencia de tratamiento médico con fármacos, el psicológico y el combinado (multimodal).

El psicólogo Torres K. (2007) plantea la intervención farmacológica y psicológica.

Intervención farmacológica

La administración de fármacos representa para los médicos la forma más potente y rápida de promover la atención y reducir la excesiva actividad motora en un corto plazo.

Es importante enfatizar que el uso de medicamentos como única medida terapéutica no es del todo favorable, por lo que simultáneamente las personas con déficit de atención e hiperactividad deberán ser tratados en el contexto de su familia, escuela y comunidad.

Las drogas de primera línea en el tratamiento del déficit de atención son los psicoestimulantes, los que con frecuencia son administrados son el Metilfenidato, las Anfetaminas y el Pemoline. Se debe precisar mediante pruebas de laboratorio, si un niño en particular tiene necesidad de tomar estimulantes y cuáles son las dosis óptimas, ya que dado las diferencias individuales, estos fármacos surten efectos variados.

Los psicoestimulantes tienen un efecto positivo sobre el nivel de activación cerebral, aumentando la actividad de la sinapsis catecolaminérgica en el cerebro, y tienen

a la vez [acción](#) dopaminérgica y noradrenérgica. La acción noradrenérgica permitiría que los medicamentos estimulantes controlen el comportamiento agresivo, antisocial y psicótico; [mientras](#) que por su efecto dopaminérgico, estos fármacos ayudan a [mantener](#) el foco de [atención](#). Los efectos producidos aumentan la [atención](#) sostenida, la capacidad mnémica y el [control](#) inhibitorio de las respuestas impulsivas, logrando relaciones sociales óptimas, incrementando periodos de [concentración](#) y mejorando el [aprendizaje](#) de niños con [déficit](#) de atención.

Sin embargo, el [tratamiento](#) con estimulantes es [susceptible](#) a los efectos secundarios que ocurren a niveles de dosis terapéuticas, aunque algunos autores consideran que tales efectos son tolerables, se toman en [cuenta](#) para el incremento o disminución de las dosis del [fármaco](#) según sea el caso. Tales efectos pueden ser: la [pérdida](#) del apetito, insomnio, aumento de la tensión, síntomas de [ansiedad](#) (onicofagia y chuparse los dedos) [inhibición](#) social, tendencia a gritar e irritabilidad.

Además de estos efectos, el uso de psicoestimulantes ha generado ciertas controversias, como la supresión del crecimiento de niños que reciben tratamiento por más de dos años, la [tendencia](#) a producir tics o movimientos involuntarios, la posibilidad de abuso, adicción y de [desarrollar](#) hepatitis tóxicas, lo cual no ha sido del todo comprobado, siendo estas algunas de las razones que suscitan la reticencia y prejuicios de algunos padres respecto a los efectos del medicamento

Por otro lado, se ha destacado la [eficacia](#) de usar drogas de segunda línea como los antidepresivos y los antihipertensivos, cuya utilización resulta especialmente apropiada [cuando](#) los estimulantes están contraindicados.

Los antidepresivos más usados son la Imipramina, la Desipramina y la Nortriptilina, los cuales producen efectos secundarios como sequedad de los labios, estreñimiento, erupciones cutáneas, [visión](#) borrosa, y está contraindicada en personas con problemas cardiacos. Entre los antihipertensivos más usados están el Propranolol, administrado exclusivamente en adultos, la Clonidina y la Guanfacina.

Los pacientes con TDAH que no responden adecuadamente a la monoterapia con fármacos, son tratados [mediante](#) el uso de drogas en combinación, sin embargo aún se conoce poco sobre la [eficacia](#) de esta [modalidad](#) de tratamiento.

Para evitar los fracasos en el [tratamiento](#) farmacológico, es indispensable que el [equipo](#) multidisciplinario detecte adecuadamente el TDAH como diagnóstico, [además](#) de [entrenar](#) a los padres o tutores de niños con déficit de atención, pues son ellos los que supervisarán el [tratamiento](#) en casa. Los psicofármacos no se deben [imponer](#) a [familia](#) que mantienen una actitud negativa hacia ellas, pues se corre el [riesgo](#) que no sigan puntualmente las indicaciones de su [médico](#) con el afán de [demostrar](#) su ineficacia.

Intervenciones psicológicas

1. Tratamiento conductual

La presencia de conductas de [actividad](#) motora excesiva y distracción, propias del niño con TDAH, aún [cuando](#) no sean intensas, van a [perturbar](#) su atención, dificultando la adecuada [asimilación](#) de conocimientos, por lo cual un programa para el [desarrollo](#) de estrategias de [atención](#) deberá considerar [también](#) el control y la modificación de determinadas conductas.

Dentro de las técnicas conductuales tenemos a los de base operante, que consisten en la modificación de determinadas conductas [mediante](#) el establecimiento de un programa de refuerzos en que se le indique al niño la razón y forma de conseguirlos, la cual se da de manera [contingente](#) a la [emisión](#) de la [conducta](#) deseada. Estos niños responden positivamente [cuando](#) las normas que se establecen son claras, explícitas y consecuentes. Lo [básico](#) consiste en la sustitución de reforzadores materiales tales como premios, [comida](#) o [dinero](#) por reforzadores sociales como las alabanzas y felicitaciones.

Miranda y Santamaría (1986) señalan que [además](#) del [cambio](#) comportamental, el niño aumenta los sentimientos de dignidad pues recibe la aprobación [social](#) y se siente responsable del aumento de su autocontrol. Algunas técnicas conductuales para tal fin son:

-[Programa](#) de [economía](#) de fichas.- La gran [mayoría](#) de niños con TDAH no parecen estar tan motivados hacia sus tareas escolares, sobre todo por las constantes exigencias que reciben, como para realizarlos sin [lograr](#) algún tipo de [consecuencia](#) externa positiva, por lo que la [economía](#) de fichas constituye un [programa](#) idóneo.

Esta técnica consiste en la [administración](#) de fichas cada vez que el niño emite una conducta deseada, como la [obediencia](#) al profesor o el estar [quieto](#) en su silla por una mayor [cantidad](#) de tiempo, el no [molestar](#) al compañero. Las fichas serán cambiadas por una serie de privilegios que sean significativos para el alumno tanto en casa como en clase. Luego de algunas semanas se evalúa la [eficacia](#) del programa.

-[Contrato](#) de contingencia.- Es una [técnica](#) útil en el [tratamiento](#) de niños con TDAH cuya edad supere los seis años. El [método](#) establece una [negociación](#) o [contrato](#) en el que se determina concretamente qué es lo que se le pide al niño, y cuáles serán las consecuencias derivadas de su cumplimiento o incumplimiento. Se debe [partir](#) de metas realistas, es decir, de comportamientos simples que el niño pueda realizar, para pasar posteriormente a [negociar](#) contratos más complicados. Se debe tener en [cuenta](#) que los reforzadores deben ser negociados por el propio niño y cambiarse con [frecuencia](#) por otros para no producir saciedad.

- Costo de respuestas.- Consiste en la [administración](#) de cierta [cantidad](#) de fichas significativas para el niño, al [comienzo](#) de cada sesión de tratamiento, las cuales se retirarán una a una [cuando](#) el niño transgreda las normas que se establecieron al [iniciar](#) la sesión, para lo cual se le instruye previamente, al final, las fichas podrán canjearse por premios. Con esta [técnica](#) se busca que el niño aprenda nuevas habilidades en la sesión de terapia, que se pueden dar manipulando el contenido de las tareas a [realizar](#) y las normas establecidas.

- [Tiempo](#) fuera.- Es un procedimiento [mediante](#) el cual se retira el [acceso](#) a las fuentes de reforzamiento durante un [período](#) determinado [contingente](#) a la [emisión](#) de la respuesta. Esta [técnica](#) se utiliza [cuando](#) se conoce cuales son los refuerzos que mantienen una conducta, pero no se pueden controlar dichas fuentes de entrega de reforzadores. Por ejemplo, si el niño golpea a sus compañeros porque no lo atienden, se envía al niño por algunos minutos al [rincón](#) del aula, donde no encuentre reforzadores positivos para su conducta. Los lugares más utilizados en casa son el [cuarto](#) del baño, el lavadero, un [rincón](#) de la habitación no resulta [conveniente](#) pues no se eliminan totalmente los reforzadores positivos existentes en ese lugar. Una vez que haya pasado el tiempo establecido, el niño puede [volver](#) a sus actividades. Esta [técnica](#) se utiliza cuando la [conducta](#) del niño no puede ignorarse.

- Sobrecorrección.- Este procedimiento consiste en [remediar](#) en exceso las consecuencias negativas de la conducta desadaptativa, por ejemplo, el niño que ensucia limpiará [además](#) de lo que ha ensuciado algo más.

- Extinción.- Consiste en la no-aplicación de ningún reforzador o no prestar [atención](#) al niño [cuando](#) la [conducta](#) inadecuada es emitida. Dado que todo [comportamiento](#) se mantiene [cuando](#) se refuerza, se debe [ignorar](#) al niño, esto incluye, retirarse [cuando](#) el niño está fuera de control y no [murmurar](#) o [criticar](#) con otros la [conducta](#) del niño en presencia

2. Tratamiento cognitivo-conductual

Luria (1988) reconoce la [importancia](#) del [lenguaje](#) interior, y el papel que juega en las estructuras de las formas supremas de [atención](#) voluntaria.

Kirby y Grimley (1992) indican que el [lenguaje](#) o habla interna desempeña una [función](#) esencial en la [comprensión](#) de los mecanismos que rigen la atención por los que los niños con trastornos por [déficit](#) de [atención](#) se pueden beneficiar del uso del [lenguaje interno](#) como medio para aumentar la concentración y [reducir](#) la impulsividad.

Miranda (2000) realizó un estudio sobre la [eficacia](#) de un [tratamiento cognitivo](#) conductual en una [muestra](#) española de 32 niños con TDAH con o sin manifestaciones de agresividad asociada. Estos niños siguieron un [programa](#) de entrenamiento en autoinstrucción, [solución](#) de problemas y [control](#) de la ira que incluyó también refuerzo positivo y técnicas de costo de respuestas. Los resultados señalaron que los niños con TDAH que siguieron esta [terapia](#) mostraron mejoras significativas en las valoraciones que padres y profesores hicieron de su funcionamiento conductual, no [obstante](#) estos cambios positivos fueron superiores en el grupo sin agresividad

El entrenamiento en auto-instrucciones verbales.

Fue elaborado por Meichenbaum y Goodman, constituye la base del tratamiento [cognitivo](#) conductual. Las tareas utilizadas varían desde habilidades sensorio-motrices simples a habilidades complejas de [solución](#) de problemas. Se emplean tareas

de copias de modelos y coloreados de [figuras](#) para pasar luego a tareas que requieren de un [pensamiento](#) conceptual para su [resolución](#) (Miranda y Santamaría, 1986)

El entrenamiento en auto-instrucciones verbales pasa por las siguientes fases:

1.- Un [modelo adulto](#) que ejecuta una determinada tarea dándose las instrucciones en voz alta (modelado cognitivo). Las verbalizaciones se refieren a [elementos](#) importantes para desempeñar la tarea, como la [definición](#) del problema, la [planificación](#) de una estrategia [general](#) de ejecución, la focalización de la [atención](#) en las pautas que guían la ejecución, darse autoreforzamientos y autoevaluarse a fin de corregir los errores cometidos en voz alta.

2.- El niño realiza la misma tarea bajo la [dirección](#) de las instrucciones del [modelo](#) (guía externa).

3.- El niño ejecuta la tarea dándose instrucciones en voz alta.

4.- El niño realiza el trabajo susurrando las instrucciones.

5.- El niño trabaja guiándose por su [lenguaje](#) interno.

6.- Es importante que el terapeuta cometa deliberadamente errores, para luego exponer en voz alta cuáles serán los procedimientos que seguirá a fin de corregirlos. Así mismo llegará un momento en que el [terapeuta](#) y el niño se den alternativamente uno al otro las instrucciones explícitas para la ejecución de la tarea.

7.- Las habilidades y estrategias que el niño aprende en el entrenamiento se deben poner en práctica en el juego, casa y escuela, la generalización de estrategias fuera de las sesiones terapéuticas se favorece implicando a los padres del niño y a su profesor como co-terapeutas, para que actúen como modelos a imitar.

Se debe considerar que poco a poco los reforzadores materiales como dulces o figuras, deben ser sustituidos por reforzadores sociales como alabanzas sociales o autoalabanzas. De esta forma se autoreforza contingentemente a la [emisión](#) de las autoverbalizaciones.

Meichembaun (1977; véase en Kirby y Grimley, 1992) sugiere lo siguiente en el manejo de niños difíciles para el [tratamiento](#) con Autoinstrucciones verbales.

- El [terapeuta](#) debe ser entusiasta y sensible al niño.
- El [tratamiento](#) debe [comenzar](#) con juegos o actividades interesantes, no con tareas académicas.
- No se debe permitir que el niño se dé autoinstrucciones de manera mecánica sin comprender el verdadero significado de estos.

Una de las formas de [frenar](#) las respuestas impulsivas a [medida](#) que se trabaja en la [enseñanza](#) de autoinstrucciones verbales al niño, se basan en los experimentos realizados por Palkes, Stewart y Kahena (1968; véase en Ross, 1995) quienes utilizaron en sus sesiones instrucciones escritas con ilustraciones caricaturescas impresas en cuatro tarjetas de recordatorio con la orden de “detenerse, escuchar, mirar y pensar” antes de contestar, las cuales estaban sobre la mesa [frente](#) al niño, quien tenía que leerlas en forma autodirigida: “miraré, pensaré antes de contestar”. Estos [auxiliares](#) de entrenamiento visual contribuyen en [reducir](#) las respuestas rápidas, poco pensadas e impulsivas del niño, y mejoran su desempeño en tareas de atención.

Por otro lado Kirby y Grimley (1992) consideran que la [técnica](#) de costo de respuestas puede ser utilizada en el entrenamiento cognitivo, esta cumple una [función](#) de retroalimentación [cuando](#) al [momento](#) de retirarle las fichas se le comunica al niño la [conducta](#) que realizó en ese momento.

Al final de las sesiones terapéuticas se estimula al niño que utilice las autoinstrucciones en clase y en casa, pudiendo [obtener](#) una ficha extra si en la próxima sesión describe como las ha utilizado. Más [adelante](#) como una forma de [valorar](#) y [reflexionar](#) sobre su propia ejecución, el niño se evalúa a sí mismo en una escala que va del 1 al 5, la cual es mostrada en un [cartel](#) por el [terapeuta](#) y que indican que su ejecución en la tarea fue: nada bien, regular, bueno, muy bueno o excelente, si coincide la calificación del niño con la del terapeuta, aquel obtiene una ficha extra.

Vigilancia Cognoscitiva.

Es un [procedimiento eficaz](#) en niños con [déficit](#) de atención, permite trabajar la [conciencia](#) de [atención](#) del niño. Con este [método](#) se le [enseña](#) al niño a responder al [sonido](#) de una [campana](#) que es emitida a intervalos regulares de tiempo. El [sonido](#) de la [campana](#) es para recordarle al niño que es necesario que razone a fin de resolver bien la tarea. El niño trabaja en una tarea asignada hasta que suena la campana, [entonces](#) anotará en una hoja de respuestas si estaba o no [atento](#) a la tarea al escuchar el sonido. Una vez que el niño aumenta la [conciencia](#) de la [atención](#) se prolonga el [intervalo](#) de [tiempo](#) lo que implica un [periodo](#) más largo de [atención](#) sostenida sin la [función](#) recordatoria que cumple el [sonido](#) de la [campana](#) (Kirby y Grimley, 1992).

- Solución de problemas interpersonales.

La [mayoría](#) de las investigaciones señalan que niños con [déficit](#) de atención e [hiperactividad](#) carecen de estrategias para salir airoosamente de situaciones conflictivas con sus compañeros, son rechazados por ellos y llegan a ser impopulares. El estatus de rechazo está determinado fundamentalmente por las escasas habilidades sociales y de comunicación, es muy posible que un niño con [déficit](#) de [atención](#) e [hiperactividad](#) no pida [permiso](#) para unirse a un juego, y [cuando](#) lo consigue no respeta las reglas establecidas.

Las características desarrolladas en diferentes grados por algunos niños con TDAH como la obstinación, el negativismo, el [carácter](#) dominante, el abuso hacia otros, su labilidad emocional aumentada, la baja [tolerancia](#) a la [frustración](#) y sus explosiones de ira, complican aún más su [ajuste social](#) e interpersonal (Kirby y Grimley, 1992). Es muy posible que las deficiencias atencionales impidan la correcta [comprensión](#) de señales o indicadores claves para el buen desarrollo de las interacciones sociales y el [conocimiento](#) de reglas que regulan esas interacciones. Estos niños saben como deberían [actuar](#) en una determinada situación, sin embargo son impulsivos, y esto dificulta las relaciones con sus compañeros (Miranda, Roselló y Soriano, 1998).

Los niños con TDAH deben ser capaces de generar de [manera](#) rápida una variedad de alternativas, [considerando](#) sus respectivas consecuencias y seleccionando entre ellas una que tenga que tenga probabilidades de superar los obstáculos, de tal [manera](#) que pueda [continuar](#) en la [consecución](#) del objetivo. Las personas con TDAH encuentran estos obstáculos mucho más difíciles de superar, y no se toman [tiempo](#) para [pensar](#) en

opciones que les puedan [ayudar](#) a tener éxito en la [consecución](#) de los mismos (García y Magaz, 2000).

Las deficiencias en las habilidades sociales suelen ser el [motivo](#) más común por el que los niños acuden al especialista (Kirby y Grimley, 1992). Aparentemente algunos niños con el [cuadro](#) TDAH pueden mostrarse soberbios y agresivos. Un estudio comparativo [permanente](#) realizado por medio de entrevistas a 11 familias en los Estados Unidos, reveló que los hermanos de niños con TDAH sentían que eran víctimas de estos, aunque a [menudo](#) esa experiencia de victimización era subestimada por la [familia](#) (Kendall, 1999).

Para Miranda, Roselló y Soriano (1998) el niño con [déficit](#) de [atención](#) e hiperactividad manifiesta un [síndrome](#) de desmoralización, que se caracteriza por sentimientos de [impotencia](#) y minusvalorización en [relación](#) con su rendimiento y [competencia](#) social, lo cual es retroalimentado por las múltiples dificultades que afrontan a diario. Estas frustraciones y castigos están en su mayor parte dirigidas a su [persona](#) y no sólo a su falta de atención, por lo que es [lógico](#) que su [percepción personal](#) esté afectada negativamente, aunque algunos niños intentan [compensar](#) y [conservar](#) su autoimagen.

Kirby y Grimley (1992) trabajaron el [programa](#) de entrenamiento en la solución cognoscitiva de problemas interpersonales (SCPI) que busca [entrenar](#) a niños en la [solución](#) de problemas hipotéticos de [índole](#) social. Este programa incluye el [desarrollo](#) de las siguientes habilidades que integran la comprensión social:

- Sensibilidad a problemas. El niño en el curso de los intercambios sociales, debe percatarse que pueden surgir problemas y ser capaz de reconocerlos.
- Razonamiento alternativo. Es la capacidad de generar diferentes soluciones u opciones al [enfrentar](#) un problema, y crear una serie de posibilidades para resolverlas.
- Pensamiento por medios y fines. [Habilidad](#) para [concebir](#) una [estrategia](#) o procedimientos a [través](#) de una serie de pasos.
- Razonamiento de consecuencias. Es la [habilidad](#) de [pensar](#) en las posibles consecuencias de las estrategias elegidas con respecto a sí mismo y a otros.

- Pensamiento causal. Es la capacidad que refleja cierta [conciencia](#) de que la [conducta](#) de la gente es ordenada, predecible, y obedece a motivaciones personales y sociales.

Al [iniciar](#) las sesiones se debe establecer reglas que estipulen que no se aceptan soluciones inmaduras y poco realistas, pudiéndose [emplear](#) el costo de respuestas para disminuir dichas contestaciones, y a [través](#) de un dialogo entre el niño y el [terapeuta](#) se analiza cómo piensa el niño, y se le guía en la solución de problemas sociales que pueden ser propuestos por el propio niño.

Es importante [enseñar](#) a los niños a reconocer y [manejar](#) emociones. Muy aparte de las prácticas simuladas y los problemas hipotéticos, en la práctica real suele ser difícil para el niño [aplicar](#) lo aprendido, sobre todo en situaciones que requieren una respuesta [social](#) adecuada rápida, fracasan y reaccionan con ira y sentimientos de tristeza. Por esta razón se debe entrenar al niño en el uso de algunas técnicas de [autocontrol](#) y relajación.

Un claro [ejemplo](#) lo constituye la [técnica](#) de la tortuga, diseñado por Schneider y Robin (1976; véase en Miranda y Santamaría, 1986) como un método para [enseñar autocontrol](#) en niños. Implica las siguientes fases.

- Se [enseña](#) al niño a responder a la palabra clave `tortuga` de la siguiente manera: cerrando los ojos y pegando los brazos al [cuerpo](#) se le narra un cuento, cuya idea [central](#) consiste en que una tortuga experta le dice a otra [tortuga](#) que tenía muchas dificultades, la forma como podría resolver dichos problemas, que consistía en encerrarse en su [caparazón](#) cada vez que se encontrase amargo o colérico.

- Posteriormente se pasa a discutir con el niño alternativas disponibles en la [solución](#) de problemas determinados.

- Se generaliza la [aplicación](#) de la técnica a otros ambientes.

Otra forma de [manejar](#) emociones e impulsos consiste en la [enseñanza](#) de palabras que el niño deberá memorizar, tales como SILENCIO, CALMA, FACIL, DESPACIO, SUAVE, las que se presentarán escritas en cartones de colores, el niño deberá respirar profundamente y decirlas de una [manera](#) lenta y [personal](#) siempre que se observe que realiza alguna [actividad](#) sin analizarla o de manera impulsiva. Finalmente se generaliza esta [técnica](#) para tareas que se lleven a cabo en casa o en la escuela.

Entre los métodos más eficaces hasta ahora se encuentra el uso prudente de medicamentos y el manejo de la conducta, a los que se hace referencia en las publicaciones científicas como tratamiento multimodal. El tratamiento multimodal para niños y adolescentes con TDAH consiste en la educación de los padres y del niño con relación al diagnóstico y tratamiento, técnicas de manejo de la conducta, medicamentos, y programación y apoyo escolar. Así se hace hincapié en la importancia de incluir todo el contexto del niño, en especial referencia a su familia y escuela. El tratamiento debe adaptarse a las necesidades únicas de cada niño y familia.

Tratamiento Multimodal

Muchos especialistas relacionados con la atención del trastorno defienden en forma unánime que un tratamiento multimodal es la mejor respuesta disponible a los problemas que presenta el TDAH. Se trata de alcanzar objetivos diversos por métodos diversos. La heterogeneidad del trastorno obliga a considerar qué influencias transaccionales durante el desarrollo modelan el mismo, ya sean éstas ambientales, familiares y culturales. Por ello el tratamiento no puede agotarse en el abordaje farmacológico, sino que debe incluir además uno psico-social y educativo.

Así, teniendo en cuenta la complejidad del TDAH resulta imprescindible que el tratamiento multimodal convoque a un trabajo interdisciplinario en el que estén implicados distintos profesionales, quienes de manera conjunta podrán arribar a una intervención más efectiva y menos parcializada.

El tratamiento multimodal, en sus orígenes, tuvo una estructuración orientada al individuo, pero como se viene desarrollando en esta investigación se hace necesario dar un formato más amplio, incluyendo todo el contexto del niño, especialmente el que refiere a su familia y escuela.

Estudios realizados permiten comprobar que incorporar las intervenciones psico-sociales en combinación con el tratamiento farmacológico confiere ventajas tanto en el momento inicial del tratamiento como de manera subsecuente (Olvera & otros, 2009)

Formato básico del tratamiento multimodal (Scandar, 2009)

En la práctica clínica, la psicoeducación y la farmacoterapia forman el núcleo terapéutico básico o al menos las técnicas más utilizadas junto con el entrenamiento parental.

Cuadro con las técnicas más usadas en el tratamiento multimodal

Abordaje primario o básico	<ul style="list-style-type: none">• Farmacoterapia• Psicoeducación: Entrenamiento de Habilidades Parentales y/o Programa de Orientación Familiar• Intervenciones aúlicas y/o intervenciones educativas.• Out Reach Approach y, eventualmente, Terapias de Red.
Abordaje Secundario	<ul style="list-style-type: none">• Terapias de educación Remedial de orientación cognitiva y comportamental• Terapia lúdica
Tratamiento de complicaciones y comorbilidades	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento psicopedagógico (si cursa con trastorno de aprendizaje)• Tratamiento psicolingüístico (si cursa con trastornos del lenguaje)• Tratamiento psicomotriz (si cursa con Dispraxias)• Psicoterapia de familia y pareja

	(según adecuación del sistema familiar). <ul style="list-style-type: none">• Psicoterapia individual y/o grupal del niño (según comorbilidades).
--	--

Abordaje primario o básico

Farmacoterapia

No todos los aspectos relevantes del TDAH mejoran con la farmacoterapia. Son tres los abordajes farmacoterapéuticos principales, ellos son psicoestimulantes, antidepresivos y betabloqueantes. En cuanto a los primeros se les presta una atención especial al Metilfenidato, que es una de las drogas más usadas e investigadas. La eficacia del uso de psicoestimulantes es con toda seguridad superior al 70%. La segunda opción farmacológica es el uso de antidepresivos (imipramina, desipramina, nortriptilina, clorimipramina), en general son menos eficaces que los psicoestimulantes. Dentro de los betabloqueantes se utilizan clonidina y guanfacina. El primero de ellos cuando en el TDAH predominan fuertemente los síntomas comportamentales y la guanfacina para el control de la agresividad y para tolerancia a la frustración. En el caso de todas las drogas se comentan las dosis habituales, los beneficios terapéuticos estudiados y los efectos secundarios o colaterales que pudieran provocar.

Psico-educación (entrenamiento de Habilidades Parentales y/o Programa de Orientación Familiar)

Forma parte básica del tratamiento multimodal y tiene por objetivos: dar informaciones, detectar cogniciones y comportamientos inapropiados tanto en el niño como en la familia, percibir la estructura familiar y realizar pequeñas modificaciones, enseñar a la familia técnicas cognitivas y comportamentales básicas y supervisar su utilización. El programa de entrenamiento es muy estructurado, cada entrevista tiene objetivos y procedimientos especiales. La duración estimada es de 8 a 10 reuniones.

Intervenciones áulicas

La escuela es uno de los contextos en donde aparece más claramente las dificultades del niño con TDAH ya que en la misma requiere de comportamientos estructurados tanto en lo cognitivo como en lo conductual. El Modelo de Estrategias Preferenciales (MEP) tiene como objetivo facilitar el aprendizaje a través de una metodología con las siguientes características: pequeños acomodamientos en el proceso de aprendizaje, simpleza, sistematicidad, integración, colaboración, actividad y abordaje en equipo. Como hallar el lugar apropiado del niño dentro del aula, hallar los compañeros apropiados para compartir actividades, estructurar los tiempos de instrucción, centrar la exigencia en los resultados y no en la presentación, disminuir la cantidad de trabajos en base a copias, entre otros

Out Reach Approach y Terapias de Red

Implica hacer conocer la situación del niño con las soluciones que pueden implementarse desde el aula. Que los docentes los valoren los tomen en cuenta. Ayudar a corregir las cogniciones y prácticas educativas disfuncionales en relación con el niño con TDAH. Otra función es servir de apoyo y consulta a los docentes. Es necesario no sólo mantener contacto con la familia nuclear y la escuela del niño sino también con otras personas significativas para él. Se deben formular planes terapéuticos que involucren y asocien positivamente a toda la red social del niño.

Abordaje secundario

Las técnicas terapéuticas no farmacológicas disponibles para abordar el TDAH son básicamente tres; terapia comportamental, cognitiva comportamental y terapia lúdica.

La terapia comportamental se centra en el concepto de “moldeamiento” del comportamiento a través de la modificación de las condiciones ambientales, técnicas de extinción, economía de fichas, coste de la respuesta y contratos comportamentales son las principales herramientas en este campo.

La terapia cognitiva comportamental integra los procesos cognitivos y técnicas comportamentales con el fin de superar las dificultades de falta de generalización que siempre tuvieron los abordajes comportamentales. El foco está en el programa de entrenamiento en Auto-instrucciones verbales y el programa de entrenamiento en Resolución de problemas.

La terapia lúdica es eficaz para integrar técnicas cognitivas y psicodinámicas. Crea un contexto motivacional mucho más fuerte que las dos terapias nombradas anteriormente. El juego permite al niño expresar pensamientos y sentimientos, favorece la regulación emocional, le permite al paciente la actualización de gran parte de su problemática, permite el mejoramiento del autocontrol, permite adquirir habilidades para la resolución de problemas.

Tratamiento de complicaciones y comorbilidades

Tratamiento psicopedagógico (si cursa con trastorno de aprendizaje)

En este caso el niño debe presentar un rendimiento, medido en pruebas estandarizadas, significativamente menor que el de los niños de igual edad, inteligencia y nivel educativo.

Tratamiento psicolingüístico (si cursa con trastornos del lenguaje)

En cuanto al trastorno del lenguaje no se presenta una tasa alta en niños con TDAH, sin embargo se ha detectado dificultades en la fluidez verbal y una demora en el proceso de internalización del lenguaje y algunas diferencias en la manera en que es utilizada el habla interna. La cual se define como el habla que está encaminada a uno mismo y que por ende tiene un importante efecto de autorregulación más que de comunicación.

Tratamiento psicomotriz (si cursa con Dispraxias)

La aparición de algún grado de dispraxias en los niños con TDAH es alta. Los estudios sobre el uso de metilfenidato muestran una significativa mejoría en el nivel de la dispraxias más grave, durante el periodo que el fármaco hace efecto. Es común que los maestros identifiquen fácilmente si el niño o tomado o no el medicamento, simplemente por los cambios en la habilidad motriz. Lamentablemente la suspensión del fármaco deja sin efecto el progreso.

Psicoterapia de familia y pareja (según adecuación del sistema familiar)

La familia en general y los padres en especial, tienen un rol crucial en el auxilio del niño con TDAH. Ellos deben ayudar al niño a crear un ambiente apropiado para luchar con sus dificultades y para expandir sus recursos naturales. Cada vez que un niño es traído a

consulta, el terapeuta debe evaluar adecuadamente los aspectos de la familia. El niño necesita comprensión, estímulo, supervisión amable y firme. Los padres a la vez necesitan que otros familiares los comprendan, además de que los auxilien con el fin de que se eviten las sobrecargas.

Los padres deben tener un empleo adecuado de recompensas verbales y físicas. Además deben ignorar las conductas perturbadoras. Las órdenes siempre deben ser claras, concretas y precisas.

Psicoterapia individual y /o grupal del niño (según comorbilidades)

Se debe capacitar al niño en esperar su turno en conversaciones y juegos, en que debe compartir, cooperar, mantener contacto visual, respetar las reglas de juego, aprender a preguntar por los deseos y necesidades de otros. Ser asertivo lo cual implica expresar las propias emociones, hacerse respetar ser capaz de decir que no a requerimientos impropios y ser capaz de hablar de él mismo.

Las actividades grupales serán breves y se deberá procurar variar la conformación de los mismos en caso que se cambie de una actividad a otra. La inclusión de estos niños en los grupos requieren de un alto compromiso docente.

FUNDAMENTACIÓN

El trabajo de investigación se llevó a cabo en Tres Arroyos, dado que esta constituye la ciudad en la que ejerceremos nuestra profesión. Así, resulta interesante obtener información acerca de la situación actual en relación al conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento del TDAH, que poseen diferentes profesionales, en Tres Arroyos.

METODOLOGÍA

OBJETIVO PRINCIPAL:

Determinar una comparación entre lo que la literatura científica expone acerca de la forma habitual de conceptualizar, diagnosticar y la manera en que se efectúa el tratamiento del TDAH y lo que efectivamente realizan los profesionales en Tres Arroyos.

OBJETIVOS SECUNDARIO:

- Conocer las diversas maneras de conceptualizar el TDAH que tienen los distintos profesionales de nuestra ciudad.
- Obtener una visión sobre el modo en que se lleva a cabo el diagnóstico de TDAH en Tres Arroyos.
- Conocer qué tipos de tratamientos se emplean para TDAH en la ciudad de Tres Arroyos.
- Realizar diversas propuestas relacionadas con la práctica clínica de diversos profesionales involucrados con la atención de dicha temática.

MUESTRA

Se trabajó con una muestra intencional de 21 profesionales vinculados con la atención de TDAH de la ciudad de Tres Arroyos, de los cuales más del 52% son psicólogos, un 29% pediatras, 14% psiquiatras y un 5% neurólogos. Los entrevistados son de ambos sexos (12 femeninos y 9 masculinos) y se encuentran en una franja etárea desde 28 a 62 años.

PROCEDIMIENTO

Para la realización de las entrevistas nos contactamos telefónicamente con los distintos profesionales, explicándoles el motivo y objetivos de nuestro trabajo. Una vez que aceptaron colaborar acordamos un lugar de encuentro. Éstos se efectuaron en consultorios particulares o en las instituciones en las que los profesionales trabajaban, dependiendo de la disponibilidad horaria de los mismos.

MÉTODOS E INSTRUMENTOS

Para obtener datos acerca del abordaje del TDAH que llevan a cabo diferentes profesionales de nuestra ciudad se utilizó como instrumento entrevistas semi-estructuradas, las cuales fueron realizadas de manera personal. En la misma se indagó sobre tres ejes principales: definición del TDAH, diagnóstico y tratamiento.

Este instrumento evalúa el conocimiento que poseen distintos profesionales sobre la definición del TDAH, los instrumentos que utilizan para realizar el diagnóstico y las diferentes alternativas de abordaje que proponen.

Además se preguntó acerca de la implementación del diagnóstico diferencial, la frecuencia con la que atienden estos casos, la asistencia por parte de los profesionales a capacitaciones específicas sobre el TDAH, etc.

Tanto dentro del diagnóstico, como del tratamiento se investigó sobre los distintos instrumentos utilizados para llevarlos a cabo.

Ver anexo 1.

RESULTADOS

A continuación, en el gráfico 1, se expone la cantidad de sujetos entrevistados de nuestra ciudad acerca de la problemática del TDAH, los mismos fueron discriminados por profesión.

Como se observa en este Gráfico, fueron entrevistados un mayor porcentaje de psicólogos correspondiente a un 52%, seguido por un 29% de pediatras, un 14% de psiquiatras y un 5 % corresponde a neurólogos infantiles.

A continuación se analizará los datos recabados, a partir de determinados criterios o ejes tenidos en cuenta para la obtención de información, acerca del conocimiento que poseen los profesionales de nuestra ciudad sobre el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Los tres ejes elegidos para tal fin son: definición del TDAH, diagnóstico y tratamiento.

DEFINICIÓN

Al indagar sobre la definición que poseen los profesionales sobre el TDAH, pudimos observar que, a grandes rasgos, la misma se conceptualizó teniendo en cuenta cuatro posibles posturas:

- El TDAH como trastorno comportamental que hace difícil que una persona pueda sentarse tranquila, controlar su conducta y poner atención, tanto en el ámbito escolar como en su hogar. Se enfatizan estos tres síntomas (inatención, hiperactividad, impulsividad), como propios del trastorno.
- El TDAH entendido como un trastorno de la neurotransmisión de la corteza pre-frontal, zona que desempeña un papel trascendental en la planificación y regulación de la conducta y sirve fundamentalmente para planificar y anticipar eventos futuros. Los individuos se tornan inatentos, se distraen con facilidad, son impulsivos y están poco dispuestos a seguir las reglas establecidas en el hogar, la escuela, etc.
- El TDAH como un índice, un signo, no como un cuadro cerrado, el cual da cuenta de algo que le está sucediendo a ese niño, que busca ser escuchado.
- El TDAH como cuadro diagnóstico definido por el DSM IV, *Manual de diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales*. El mismo se ubica dentro de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o adolescencia. Y se

considera un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad.

Tabla 1 - Definición aportada por cada uno de los profesionales.

Profesional	Tipo de definición
Psicólogo 1	TDAH como trastorno comportamental
Psicólogo 2	TDAH como trastorno comportamental
Psicólogo 3	TDAH como indicio
Psicólogo 4	TDAH como indicio
Psicólogo 5	TDAH como indicio
Psicólogo 6	TDAH como indicio
Psicólogo 7	TDAH como indicio
Psicólogo 8	TDAH como trastorno comportamental
Psicólogo 9	TDAH como trastorno comportamental
Psicólogo 10	TDAH como trastorno comportamental
Psicólogo 11	TDAH como trastorno comportamental
Neurólogo	TDAH como trastorno neurológico
Psiquiatra 1	TDAH definido según el DSM IV
Psiquiatra 2	TDAH como indicio
Psiquiatra 3	TDAH definido según el DSM IV
Pediatra 1	TDAH definido según el DSM IV
Pediatra 2	TDAH definido según el DSM IV
Pediatra 3	TDAH definido según el DSM IV

Pediatra 4	TDAH definido según el DSM IV
Pediatra 5	TDAH definido según el DSM IV
Pediatra 6	TDAH definido según el DSM IV

En el Gráfico 2, se puede apreciar los porcentajes que corresponden a cada una de las categorías de definiciones.

Los datos registrados dan cuenta que seis profesionales que corresponden a un 29%, considera al TDAH como un trastorno comportamental. Otro grupo de seis profesionales encuestados que corresponden a un mismo porcentaje, lo definen como un signo o indicio. Sólo uno de los profesionales que corresponde a un 5% conceptualizó al TDAH como un problema neurológico. Y, por último, ocho encuestados, es decir el 37% lo definió de acuerdo al Manual Diagnóstico de Psiquiatría (DSM IV).

DIAGNÓSTICO

Se indagaron las diversas técnicas utilizadas por los profesionales encuestados para arribar a un diagnóstico del TDAH válido.

Se tuvo en cuenta la clasificación de instrumentos diagnósticos postulada por Scandar (2009): entrevistas clínicas; examen médico, nutricional, físico; escala de medición del comportamiento y evaluación psicológica-educacional.

Tabla 2- Instrumentos diagnósticos utilizados por cada profesional.

	Entrevistas clínicas	Examen Médico, nutricional, físico	Escala de medición del comportamiento	Evaluación Psicológica a educación	Otra

				al	
Psicólogo 1	X		X	X	
Psicólogo 2	X		X	X	
Psicólogo 3	X				
Psicólogo 4	X		X	X	
Psicólogo 5	X		X		
Psicólogo 6	X				
Psicólogo 7	X		X		
Psicólogo 8	X				
Psicólogo 9	X				
Psicólogo 10	X				
Psicólogo 11	X			X	
Neurólogo	X	X			X
Psiquiatra 1	X				
Psiquiatra 2	X	X			
Psiquiatra 3	X	X			
Pediatra 1	X	X	X		
Pediatra 2	X	X	X		
Pediatra 3	X	X	X		
Pediatra 4	X	X	X		
Pediatra 5	X	X			
Pediatra 6	X	X			
TOTAL	21	9	9	4	1

A continuación se presenta un gráfico con los porcentajes de profesionales que emplean las técnicas previamente mencionadas.

Se debe tener en cuenta que en varios casos un mismo profesional utiliza más de una técnica diagnóstica.

En el Gráfico 3, se puede visualizar que el 100% de profesionales (21 entrevistados) recurren a entrevistas clínicas como técnica para realizar el diagnóstico, un 40% (9 encuestados) recurre a examen médico, físico, nutricional. Otro 40% (9 encuestados) emplea escala de medición del comportamiento. Con respecto a la evaluación psicológica/educacional podemos decir que el 19% (4 entrevistados) de los profesionales las usan. Por último, un 5% (1 encuestado) utiliza otras técnicas.

Con el objetivo de visualizar qué porcentaje de los profesionales psicólogos emplean escalas comportamentales o psicológica/educativa se confeccionaron los siguientes gráficos.

Teniendo en cuenta el gráfico anterior podemos decir que el 45% de los psicólogos (5 profesionales) utiliza esta técnica, mientras el 55% no la utiliza al momento de realizar el diagnóstico de TDAH.

Como puede apreciarse en el gráfico anterior, el 36% de los psicólogos encuestados (4 profesionales) utilizan la evaluación psicológica/educacional mediante test. Mientras que el 64% no usa dicha escala. La técnica utilizada por la totalidad de los psicólogos que emplean la evaluación psico-educativa es la de inteligencia para niños de Wechsler.

Si tenemos en cuenta el grupo de pediatras resulta interesante registrar qué porcentaje de ellos emplean escalas comportamentales para realizar el proceso diagnóstico.

En la Gráfico 6, podemos apreciar que el 67%, correspondiente a 4 pediatras encuestados evalúa un diagnóstico de TDAH mediante la utilización de escala de medición del comportamiento. Mientras que ninguno de ellos utilizada la escala psico-educacional.

Las escalas comportamentales son utilizadas por psicólogos y pediatras. Dentro de los primeros profesionales un 33% utiliza la Escala de Conners (2 profesionales), un 17% (1 profesional) emplea la escala Du Paul y un 50% (3 profesionales) opta por otra escala comportamental (2 usan Bender y otro Hora de juego).

Dentro del grupo de pediatras, podemos decir que el 67% elige utilizar la escala de comportamiento y todos ellos optan por la Escala de Conners como técnica de medición.

Cabe aclarar, que uno solo de los profesionales entrevistados, el neurólogo, utiliza otro tipo de escalas como técnica diagnóstica: el TAVIS Y CPT.

El Continuos Performance Test (CPT), Test de Ejecución Continua (Keith Conners, 2000) es un test de administración individual que brinda una medida de la atención selectiva, la atención sostenida y el control inhibitor de respuestas predominantes. La consigna es solicitarle al sujeto que presione una tecla cada vez que aparezca cualquier letra a excepción de la letra X. En el trastorno por déficit de atención este instrumento es de suma utilidad, tanto para el diagnóstico y distinción entre atención e impulsividad como para el seguimiento y control de efectos terapéuticos (Narbona y Chevie-Muller, 1997).

El TAVIS (Test computarizado de atención visual) es un test útil para detectar el déficit de atención en niños y adolescentes, que contribuye a la investigación y el diagnóstico clínico.

Con respecto a la estructura del TAVIS se puede decir que consta de tres tareas que se ocupan de maneras diferentes y combinadas de la atención selectiva, alterna y continua.

Tarea 1. Es hacer que el examinado responda selectivamente a un estímulo objetivo presentado entre distractores diversos estímulos. Cuando el estímulo objetivo aparece en la pantalla, el examinado deberá pulsar el Joystick.

Tarea 2. En esta tarea, el examinado debe prestar atención y responder alternativamente a dos parámetros diferentes: color / forma (para adolescentes) o igual / diferente (para niños). En esta tarea se muestran pares de estímulos, sucesivamente. Cuando el parámetro necesario es "color", el examinado debe empujar la palanca de mando cuando dos estímulos de la pantalla tienen el mismo color. Cuando el parámetro es "forma", se debe presionar el Joystick donde los dos estímulos tienen la misma forma, incluso si tienen diferentes colores. Estos parámetros alternarán aleatoriamente, se muestra siempre en la parte superior de la pantalla el parámetro en cuestión. En caso de niños, se optó por utilizar una alternancia menos compleja: cuando el parámetro es "igual", el niño debe empujar la palanca de mando cada vez que los dos estímulos de la pantalla son iguales y cuando el parámetro es "diferente" donde son diferentes.

Tarea 3. Esta tarea requiere que el examinado permanezca constantemente atento a la pantalla de la computadora por mucho período de tiempo, y responder rápidamente a la aparición de un estímulo, que es siempre el mismo.

Hay que tener en cuenta que la respuesta motora de pulsar un botón (en este caso, Joystick) es el tipo más simple de respuesta en una prueba de atención.

En TAVIS, antes de comenzar las tareas debe hacerse un entrenamiento con el joystick, que pondrá de relieve los problemas motores que el examinado puede presentar que puedan comprometer el resultado. Además, la discriminación visual se evalúa antes de iniciar la prueba, lo que permite una mayor seguridad a la hora de interpretar los resultados.

Para adolescentes dura alrededor de 20 minutos y para niños de unos 15 minutos.

Con respecto a los **profesionales psiquiatras**, ninguno de ellos utiliza escalas comportamentales, ni tampoco psicológica educativa.

Cabe mencionar que en la tabla 2 se puede ver que hay una tendencia en la mayoría de los profesionales psicólogos a complementar la técnica entrevista clínica con las escalas de medición de comportamiento o con la evaluación psicológica/educativa.

Por otra parte, el grupo que representa a los pediatras, psiquiatras y al neurólogo complementan la técnica de entrevista clínica con el examen médico, físico, nutricional.

TRATAMIENTO

En las encuestas realizadas a los diversos profesionales se les propuso como opciones vinculadas al tratamiento del TDAH la intervención farmacológica, intervención psicológica (terapia cognitiva, cognitiva comportamental, otras) y multimodal.

En la siguiente tabla se registra las distintas intervenciones efectuadas por cada uno de los profesionales.

Tabla 3- Tipo de intervenciones empleadas por los profesionales

	Intervención Farmacológica	Intervención Psicológica	Intervención Multimodal
Psicólogo 1		X	
Psicólogo 2		X	
Psicólogo 3		X	

Psicólogo 4		X	
Psicólogo 5		X	
Psicólogo 6		X	
Psicólogo 7		X	
Psicólogo 8		X	
Psicólogo 9		X	
Psicólogo 10		X	
Psicólogo 11		X	
Neurólogo	X		
Psiquiatra 1	X	X	X
Psiquiatra 2	X		
Psiquiatra 3	X		
Pediatra 1	X	X	X
Pediatra 2	X	X	X
Pediatra 3	X		
Pediatra 4	X		
Pediatra 5	X		
Pediatra 6	X		

En el gráfico presentado aquí, se muestra el porcentaje de profesionales que opta por implementar un tratamiento farmacológico, psicológico o multimodal

En el gráfico 9, se observa que el 33% de los encuestados (7 profesionales) emplea la intervención farmacológica exclusivamente. Un 52% (11 profesionales) opta por la intervención psicológica. Y el 15% (3 profesionales) por una combinación de las intervenciones antes mencionadas, es decir, que emplean un tratamiento multimodal.

Si nos centramos en los profesionales que utilizan fármacos, se determina a continuación aquellos que intervienen utilizándolos únicamente y los que consideran que debe combinarse o de hecho la combinan con una intervención psicológica.

A partir de la lectura de las respuestas proporcionadas por los profesionales, pudimos registrar que los fármacos más utilizados para este trastorno son: metilfenidato (principio activo detrás del nombre comercial Ritalina). Los encuestados sugirieron la administración de 0.3 a 0.6 miligramos por día, media hora antes de ir al colegio. También se utiliza para el tratamiento anfetamina.

Uno de los profesionales mencionó la utilización de la risperidona para el tratamiento del TDAH.

Dentro de los tratamientos psicológicos, se indagó en las entrevistas realizadas a profesionales las diferentes líneas de abordaje: cognitivo, cognitivo-conductual u otros (ejemplo: postura psicoanalítica, sistémica, etc)

Tabla 4- Tipo de tratamientos psicológico utilizado por los profesionales encuestados.

	Tratamiento Cognitivo	Tratamiento Cognitivo-conductual	Otro
Psicólogo 1		X	
Psicólogo 2	X	X	
Psicólogo 3			X
Psicólogo 4		X	
Psicólogo 5		X	X

Psicólogo 6			
Psicólogo 7			X
Psicólogo 8			X
Psicólogo 9			
Psicólogo 10		X	
Psicólogo 11			X
Total: 11= 100%	1 = 10%	5 = 45%	5 = 45%

Si consideramos la Tabla 4 anterior se construyó un gráfico reflejando los porcentajes correspondientes a los distintos tipos de tratamientos psicológicos seleccionados por los profesionales encuestados.

Como puede visualizarse en el gráfico anterior dentro del grupo de psicólogos, un 10% de ellos (1 profesional) utiliza terapia cognitiva, un 45% (5 profesionales) usa un tratamiento cognitivo-conductual, y en el mismo porcentaje emplea otros abordajes psicológicos (psicoanálisis, sistémico).

Las técnicas más utilizadas dentro de la corriente cognitiva y cognitiva-conductual son: programas de contingencias de refuerzos y el entrenamiento en auto-instrucciones verbales. Los psicólogos sostienen que para obtener buenos resultados en la modelación de la conducta de los niños es necesario realizar sugerencias a padres, para que ellos implementen estas técnicas en sus hogares.

Tabla 5- Técnicas utilizadas por los psicólogos con orientación cognitiva /cognitiva-conductual.

Psicólogos Cognitivo/Cognitivo- conductual	Técnica utilizada
Psicólogo 1	Contrato de contingencia, Entrenamiento en auto-instrucción verbal
Psicólogo 2	Contrato de contingencia

Psicólogo 3	Contrato de contingencia
Psicólogo 4	Contrato de contingencia
Psicólogo 5	Contrato de contingencia
Psicólogo 6	Entrenamiento en auto-instrucción verbal

Si nos situamos en los psicólogos encuestados resulta importante aclarar que más allá de que no están habilitados para administrar fármacos, dieron su opinión con respecto a la intervención multimodal, es decir a la pertinencia o no de complementar la intervención psicológica que ellos emplean con un tratamiento farmacológico.

Tabla 6- Psicólogos que consideran pertinente el tratamiento multimodal

Psicólogos	Acuerdo o no con un complemento farmacológico en el tratamiento
Psicólogo 1	De acuerdo
Psicólogo 2	De acuerdo
Psicólogo 3	De acuerdo
Psicólogo 4	De acuerdo
Psicólogo 5	De acuerdo
Psicólogo 6	De acuerdo
Psicólogo 7	De acuerdo
Psicólogo 8	De acuerdo
Psicólogo 9	De acuerdo
Psicólogo 10	De acuerdo
Psicólogo 11	De acuerdo

Como se observa en la tabla anterior, la totalidad de los psicólogos creen que es adecuado un tratamiento multimodal en el TDAH. Sin embargo, pudimos distinguir que la postura que los distintos profesionales poseen frente a la farmacología puede diferenciarse teniendo en cuenta la corriente a la que adhieren. Mientras aquellos que tienen un enfoque cognitivo o cognitivo conductual sostienen que es **necesario que todo niño** con trastorno por déficit de atención e hiperactividad cuenten con un tratamiento

farmacológico; los que se posicionan desde una postura psicoanalítica afirman claramente que no están de acuerdo con la medicación excesiva y que **sólo en algunos casos es necesaria**, cuando el monto de angustia es tal que es imposible trabajar de otra manera.

Además de indagar cuestiones relacionadas con los tres ejes básicos en relación al TDAH: definición, diagnóstico y tratamiento, se investigó acerca del grado de especialización que tienen los profesionales en dicho trastorno y la frecuencia con la que atienden casos de TDAH.

Con respecto a la especialización se pudo registrar que ninguno de ellos ha realizado especialización en TDAH, aunque sí la mayoría manifiesta haber asistido a charlas, jornadas o capacitaciones sobre la temática.

Por otra parte, la mayoría de los profesionales han atendido o se encuentran atendiendo casos de TDAH. Ellos acentúan que actualmente son habituales las consultas vinculadas a este trastorno y que reciben frecuentemente casos.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIÓN

Recordemos que el objetivo de nuestro trabajo de investigación es realizar, luego de haber tomado conocimiento de la información disponible en la bibliografía científica sobre el TDAH, una comparación con lo que efectivamente se lleva a cabo en la práctica clínica en Tres Arroyos. Para ello se llevaron a cabo entrevistas a diferentes profesionales.

Teniendo como guía este objetivo y luego del análisis de los datos recabados, arribamos a una serie de conclusiones.

Si nos entramos en la definición del TDAH podemos decir que en la bibliografía se han encontrado varias acepciones del trastorno, algunas de ellas hacían énfasis en la falla en la neurotransmisión, otras en un desorden comportamental y otras en trastorno del desarrollo.

Luego de realizar las entrevistas decidimos agrupar las definiciones que dieron los distintos profesionales en cuatro: el TDAH como trastorno comportamental, caracterizado por inatención, hiperactividad, impulsividad; otro grupo lo considera como un trastorno de la neurotransmisión de la corteza pre-frontal, zona que desempeña un papel trascendental en la planificación y regulación de la conducta y sirve fundamentalmente para planificar y anticipar eventos futuros. Una tercera definición lo considera como un índice, un signo, no como un cuadro cerrado, el cual da cuenta de algo que le está sucediendo a ese niño, que busca ser escuchado. Y, por último, en cuarto lugar lo conceptualizaron como un cuadro diagnóstico definido por el DSM IV (*Manual de diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales*, ubicado dentro de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o adolescencia).

Teniendo en cuenta estas definiciones pudimos observar que cada uno de los profesionales se posicionaba según el marco teórico que rige su labor y, según su profesión o , dentro de la psicología, la corriente a la que adhiere.

Luego del análisis estadístico se visualizó que predominan los profesionales que adhieren a una definición del TDAH basándose en el DSM IV (37%), en segundo lugar aparece el marco teórico del conductismo (29%), luego una postura psicoanalítica (29%) y , en última instancia, aquellos que lo definen como un trastorno de la neurotransmisión (5%).

Con respecto al diagnóstico del TDAH en la literatura científica se plantea que él se realiza con el fin de confirmar el trastorno, tipificarlo, analizar el diagnóstico diferencial y comorbilidades con vistas a diseñar el tratamiento.

Todos los profesionales encuestados sostuvieron que realizan un diagnóstico diferencial mediante la implementación de diferentes técnicas. También ellos sostienen aquello que se plantea en la bibliografía consultada, el hecho de que TDAH no es de fácil diagnóstico, con demasiada frecuencia, los niños difíciles son clasificados incorrectamente como niños que sufren de trastorno de hiperactividad con déficit de atención y, por otro lado, muchos niños que verdaderamente sí lo tienen permanecen sin diagnóstico. En cualquiera de los casos, a menudo se pasan por alto las dificultades relacionadas con el aprendizaje o los problemas de estado de ánimo.

En la literatura científica se tuvo en cuenta la clasificación de instrumentos diagnósticos postulada por Scandar (2009): entrevistas clínicas; examen médico, nutricional, físico; escala de medición del comportamiento y evaluación psicológica-educacional.

Luego de entrevistar a los distintos profesionales vinculados con la atención del TDAH se observó por un lado, que todos ellos utilizan como primer paso en el diagnóstico las entrevistas clínicas. Los profesionales hicieron hincapié en la necesidad de entrevistar no sólo a los padres, sino también a los docentes. Estas indagaciones ocupan un lugar relevante ya que permiten inventariar en forma precisa la modalidad de comportamiento, tanto funcional como disfuncional que son propias del niño. Además los profesionales, mayormente los del campo psicológico, afirman que cobra relevancia la entrevista clínica a los niños (mediante el juego, la observación del comportamiento, etc).

Así, se pudo registrar que la totalidad (100%) utiliza la técnica antes mencionada, un 40% emplea, a la hora de realizar un diagnóstico, el examen médico, físico, nutricional. El objetivo de ello es determinar si los síntomas no son una respuesta secundaria a ciertos trastornos.

El mismo porcentaje encontramos en el caso de aquellos que emplean escala de medición del comportamiento.

Con respecto a la evaluación psicológica/educacional podemos decir que es menor aún la frecuencia con que es utilizada, 19%. Y, por último, sólo un profesional encuestado (5%) utiliza otras técnicas.

Cabe mencionar aquí que los profesionales de Tres Arroyos utilizan algunas de las técnicas diagnósticas comportamentales (Conners y Du Paul) y psicológica-educativas (Wechsler) que se registran dentro de la bibliografía científica como actuales o usuales.

Por último, desarrollaremos aquello que se vincula al tercer eje que guió nuestro trabajo y sobre el cuál se realizaron indagaciones dentro de la encuesta a diversos profesionales, es decir el tratamiento.

En la literatura científica se sostiene que existen diversos tratamientos del TDAH según el profesional que lo lleve a cabo. Así podemos distinguir la existencia de tratamiento médico con fármacos, el psicológico y el combinado (multimodal). Tomando a

Scandar, se adhiere a que la manera más eficaz de llevar a cabo un tratamiento es combinando la modalidad farmacológica y la psicológica.

En los datos procesados se observó que la mayor parte de los profesionales entrevistados utiliza intervención psicológica, un 53%. En menor medida encontramos aquellos que emplean intervención farmacológica exclusivamente, siendo esto un 33%. Y, menor aún son los profesionales que utilizan una combinación de ambos tratamientos, un 14% del total.

Con respecto a la farmacología usada con mayor frecuencia por los profesionales como modalidad de tratamiento para el TDAH aparece la Ritalina. Se sugiere que ella sea administrada con una frecuencia de 0.3 a 0.6 miligramos por día, media hora antes de ir al colegio. También se utiliza para el tratamiento anfetamina. Estas dos drogas psicoestimulantes coinciden con aquellas que figuran en la bibliografía científica, como usuales en el tratamiento del trastorno.

Dentro de los tratamientos psicológicos, se indagó en las entrevistas realizadas a profesionales las diferentes líneas de abordaje: cognitivo, cognitivo-conductual u otros (ejemplo: postura psicoanalítica, sistémica, etc). Pudo visualizarse que dentro del grupo de psicólogos, el tipo de terapia menos utilizada fue la cognitiva (10%), luego se ubicó la cognitivo-conductual (45%), y en otras terapias psicológicas con igual porcentaje, como la psicoanalítica, la sistémica.

Para concluir quisiéramos sostener en primer lugar que, con respecto a la definición del TDAH, las conceptualizaciones relevadas durante la consulta en la literatura científica se observa el mismo debate que se vio reflejado en las entrevistas. Los entrevistados otorgan una definición del trastorno dependiendo su profesión y dentro de ella el enfoque o postura a la que adhieren.

En segundo lugar, centrándonos en los métodos diagnósticos puede apreciarse la importancia que todos los entrevistados le otorgan a las entrevistas clínicas como el elemento imprescindible a la hora de comenzar a pensar en un diagnóstico. Luego, la elección de técnicas comportamentales, psico-educativas u otras se ve influenciada por la labor específica que cada uno de los profesionales realiza. Podemos decir que las

técnicas utilizadas coinciden con las propuestas en la literatura científica como instrumentos diagnósticos actuales.

Por último, en la revisión bibliográfica realizada la modalidad de tratamiento multimodal aparece como la opción más eficaz al momento de pensar en el TDAH. En el trabajo de investigación ello no se ve reflejado. Si bien la mayor parte de los profesionales, el 67% considera que es pertinente combinar la intervención psicológica con la intervención farmacológica, no todos lo llevan a cabo en la práctica. Algunos profesionales no cuentan con una debida actualización o capacitación en el TDAH y, en otros casos, observamos que los profesionales trabajan de manera independiente. Por esta razón consideramos que teniendo en cuenta la realidad actual en Tres Arroyos se hace difícil trabajar interdisciplinariamente y llevar a cabo un tratamiento de tipo multimodal.

A partir de la investigación realizada, bajo la modalidad de tesis, sería oportuno plantear una serie de propuestas.

Propuestas

Sería necesario posibilitar encuentros anuales entre profesionales de diversas disciplinas, posibilitando el intercambio de pensamientos, visiones; gestionándose un debate y un trabajo conjunto en relación al trastorno. Ello está fundamentado en la importancia que tiene un abordaje multidisciplinar y no aislado, parcializado e individual del TDAH, para lograr resultados óptimos, considerando también la complejidad que tiene el mismo.

Además, consideramos pertinente la existencia de cursos o capacitaciones específicas en el TDAH en nuestra ciudad, teniendo en cuenta la falta de la misma que se refleja en las entrevistas realizadas a todos los profesionales. Estas capacitaciones también tendrían el beneficio de que los profesionales de nuestra ciudad, estén actualizados en relación a la bibliografía científica.

Pensamos que sería necesario dar iniciativa a una campaña a realizar en las escuelas, llevada a cabo por distintos profesionales (psicólogos, pediatras, neurólogo, psiquiatra). Esta campaña convocaría a los agentes educativos de la institución y a los padres. La sugerencia está fundamentada en que esta mayor información llevaría a los maestros a enfrentarse al reto de cómo incorporar mayor actividad y novedades en sus métodos y

materiales. Y, en el caso de los padres los ayudaría para un mejor manejo de la problemática, en caso de que tengan un hijo con dicho trastorno. Esta campaña además evitaría que se diagnostique a todo niño inquieto como poseedor de un TDAH o que no se lo diagnostique, esto impediría las consecuencias negativas que podrían llegar a ocasionarse en el niño un diagnóstico inadecuado.

Por último, sería importante gestionar la formación de un grupo que concentre a padres de los niños con TDAH. El objetivo de ello sería compartir y dialogar sobre la información que cada uno tiene, entrenar a padres en técnicas para mejorar el comportamiento y desempeño del niño. También podría funcionar como un espacio en el que puedan expresar emociones, sentimientos, compartir experiencias.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-TR. Ed. Masson, Barcelona.
- Barkley, R. (2002) Niños hiperactivos: cómo comprender y atender. Ed. Paidós, Madrid.
- Filipetti, V. y Mías, C. (2009) Neuropsicología del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: subtipos predominio Déficit de Atención y predominio Hiperactivo-Impulsivo. Disponible en: <http://www.revneuropsi.com.ar/pdf/numero13/AranyMias.pdf>. Extraído el 15 de diciembre de 2012
- Fundación Cantabria (S.f). TDAH: Instrumentos o pruebas para evaluar la Atención, Hiperactividad e Impulsividad. Disponible en: <http://fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-instrumentos-o-pruebas-para-evaluar-la-atencion-hiperactividad-e-impulsividad.html>. Extraído el 13 de septiembre de 2012.
- Gratch, O. (2002) El trastorno por déficit de [atención](#) (ADD-ADHD). Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires- Madrid.
- González Acosta, E. (2006) Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el salón de clases. Tesis de doctorado, Madrid. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/70739417/ucm-t-29215>. Recuperado el día: 18 de Junio de 2012.
- National Dissemination Center for Children with Disabilities (2010) Trastorno por Déficit de Atención /Hiperactividad. Disponible en: <http://nichcy.org/>. Extraído el día 27 de agosto de 2012.
- National Institute of Mental Health.(2009) Trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Disponible en www.nimh.nih.gov. Extraído el día 05 de septiembre del 2012.
- Nesplora, Technology & Behavior (2011). El test más avanzado para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Disponibles en: <http://aulanesplora.com>. Extraído el 15 de diciembre de 2012
- Olvera F. y otros (2009) Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Escolares Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/salmen/sam-2009/sams091c.pdf>. Extraído el 23 de diciembre de 2012.

- Baez, A. (2003) Material de divulgación. Grupo de padres "Ayudar". Baez,A. Tres Arroyos.
- Scandar, Rubén (2009) El niño que no podía dejar de portarse mal. TDAH: su comprensión y tratamiento. Ed. Distral, Buenos Aires.
- Sociedad Argentina de Pediatría (2003). Programa nacional de actualización pediátrica. Ed. Ideográfica, Buenos Aires.
- Torres. K, (2007) Tratamiento por déficit de atención. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com>. Recuperado el día 18 de Junio de 2012.
- Vicario H, y Esperón C. (2008) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Disponible en: http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/USER/Ps_inf_trastorno_deficit_atencion_hiperactividad_tdah.pdf. Extraído el día 21 de agosto de 2012.
- Villar O, (2002) Déficit de atención e hiperactividad. Manual para padres y estudiantes. Ed. CEPE, Madrid.

ANEXOS

ANEXO 1

Modelo de la entrevista realizada a los profesionales vinculados a la atención del TDAH.

ENTREVISTA SOBRE
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

DATOS

Nombre del Profesional:

Profesión:

Edad:

PREGUNTAS

1. ¿En qué lugar realizó su carrera?
2. ¿Cuántos años hace que ejerce?

3. ¿Realizó alguna especialización o capacitación en el TDAH? no
En caso afirmativo, ¿En qué ciudad? ¿Cuándo?

4. ¿Qué definición podría dar del trastorno?

5. ¿Atiende casos de TDAH? ¿Con qué frecuencia?

6. ¿Qué técnicas o instrumentos utiliza para realizar el diagnóstico del trastorno?

a) Entrevistas clínicas

b) Examen médico, nutricional, físico ver el recorrido que han hecho los padres

c) Escalas de medición del comportamiento

¿Cuál?

- Escala de Conners,
- Escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de hiperactividad,
- Escala de DuPaul,
- Cuestionario comportamental para pre/escolares
- Otra:

d) Evaluación psicológica/educacional mediante test

- Test de vigilancia (como Escala de Conners, test de las Variables de la Atención)
- Test de percepción de diferencias (Thurstone-Yela)
- Escala de inteligencia para niños de Wechsler (subtest Aritmetica- dígitos y claves)
- Stroop Color/Word Interference test
- Test de laberintos de Porteus y subtest de laberinto de Wisc R,
- Batería neuropsicológica de Sevilla
- Test Illinois de Aptitudes Psico-lingüísticas: subtest de integración visual,
- Test de la Figura compleja de Rey,
- Test de Wisconsin
- Test de atención D2
- Otro:

7. ¿Cómo realiza un diagnóstico diferencial?

8. ¿Qué tratamiento utiliza para dicho trastorno?

a) Intervención farmacológica

¿Qué fármaco utiliza?

b) Intervención psicológica

- Terapia cognitiva

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

- Terapia cognitivo-conductual

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

- Otra

c) Tratamiento multimodal
¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

d) Otro

ANEXO 2

Entrevistas realizadas a los profesionales (psicólogos, psiquiatras, pediatras, neurólogo)

ENTREVISTA SOBRE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

DATOS

Nombre del Profesional: Pamela D.

Profesión: Psicóloga

Edad: 28 años

PREGUNTAS

1. ¿En qué lugar realizó su carrera?
En Bahía Blanca
 2. ¿Cuántos años hace que ejerce?
2 años
 3. ¿Realizó alguna especialización o capacitación en el TDAH? no
En caso afirmativo, ¿En qué ciudad? ¿Cuándo?
 4. ¿Qué definición podría dar del trastorno?
Puede ser con hiperactividad o sin hiperactividad. Influye el contexto afectivo, económico.
Es un síntoma, no es un cuadro.
 5. ¿Atiende casos de TDAH? ¿Con qué frecuencia?
Sí, atiendo usualmente
 6. ¿Qué técnicas o instrumentos utiliza para realizar el diagnóstico del trastorno?
 - a) Entrevistas clínicas **X**
 - b) Examen médico, nutricional, físico ver el recorrido que han hecho los padres
 - c) Escalas de medición del comportamiento
 - ¿Cuál?
 - Escala de Conners,
 - Escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de hiperactividad,
 - Escala de DuPaul,
 - Cuestionario comportamental para pre/escolares
 - Otra:
- d) Evaluación psicológica/educacional mediante test
- Test de vigilancia (como Escala de Conners, test de las Variables de la Atención)
 - Test de percepción de diferencias (Thurstone-Yela)
 - Escala de inteligencia para niños de Wechsler (subtest Aritmetica- dígitos y claves)
 - Stroop Color/Word Interference test
 - Test de laberintos de Porteus y subtest de laberinto de Wisc R,
 - Batería neuropsicológica de Sevilla

- Test Illinois de Aptitudes Psico-lingüísticas: subtest de integración visual,
- Test de la Figura compleja de Rey,
- Test de Wisconsin
- Test de atención D2
- Otro:

7. ¿Cómo realiza un diagnóstico diferencial? Si uno ve que hay factores orgánicos implicados hay que derivar a un neurólogo

8. ¿Qué tratamiento utiliza para dicho trastorno?

a) Intervención farmacológica

¿Qué fármaco utiliza?

No estoy de acuerdo con la intervención farmacológica generalizada. Al síntoma no lo vamos a callar con la medicación. Hay que ver el caso particular, si ese caso lo necesita.

b) Intervención psicológica

- Terapia cognitiva

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

- Terapia cognitivo-conductual

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

- Otra **X**

c) Tratamiento multimodal **X**

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

d) Otro

ENTREVISTA SOBRE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

DATOS

Nombre del Profesional: Dina B.

Profesión: Psicóloga especialista en niños y adolescentes orientación lacaniana.

Edad: 36 años

PREGUNTAS

1. ¿En qué lugar realizó su carrera?

La Plata

2. ¿Cuántos años hace que ejerce?

8 años

3. ¿Realizó alguna especialización o capacitación en el TDAH?

En caso afirmativo, ¿En qué ciudad? ¿Cuándo?

Sí, participo de una jornada de ADD, en Buenos Aires 2009-2010

4. ¿Qué definición podría dar del trastorno?

Diagnostico muy usado sobre todo en la adolescencia, tiene que ver con el nivel socioeconómico, todos consumimos algo o consumís ropa o medicación. Diagnostico que permite el consumo de fármacos, que tranquiliza. Impide trabajar con la subjetividad, no permite hacer pregunta. La medicación solo cuando hay un diagnóstico claro y es prudente.

En realidad es producto de un síntoma que el adulto no puede registrar

5. ¿Atiende casos de TDAH? ¿Con qué frecuencia?

Sí con ADD y TGD vienen medicados igual.

6. ¿Qué técnicas o instrumentos utiliza para realizar el diagnóstico del trastorno?

- a) Entrevistas clínicas **X**
- b) Examen médico, nutricional, físico
- c) Escalas de medición del comportamiento

¿Cuál?

- Escala de Conners,
- Escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de hiperactividad,
- Escala de DuPaul,
- Cuestionario comportamental para pre/escolares
- Otra **X**

Hora de juego de Winnicott depende el caso- importancia del caso a caso

d) Evaluación psicológica/educacional mediante test

- Test de vigilancia (como Escala de Conners, test de las Variables de la Atención)
- Test de percepción de diferencias (Thurstone-Yela)
- Escala de inteligencia para niños de Wechsler (subtest Aritmética- dígitos y claves)
- Stroop Color/Word Interference test
- Test de laberintos de Porteus y subtest de laberinto de Wisc R,
- Batería neuropsicológica de Sevilla
- Test Illinois de Aptitudes Psico-lingüísticas: subtest de integración visual,
- Test de la Figura compleja de Rey,
- Test de Wisconsin
- Test de atención D2
- Otro:

7. ¿Cómo realiza un diagnóstico diferencial?

Obtura no está de acuerdo con etiquetar se etiqueta y se borran las preguntas como si el niño fuera un ADD solo eso.

8. ¿Qué tratamiento utiliza para dicho trastorno? Se ve el aporte de los padres, de otros profesionales se contextualiza lo familiar

a) Intervención farmacológica

¿Qué fármaco utiliza?

Vienen medicados en general con ritalina o risperidona. En algunos casos me parece que es necesaria la medicación pero en general no estoy de acuerdo con el uso, porque tapa la angustia y nosotros necesitamos la misma para poder trabajar.

b) Intervención psicológica

○ Terapia cognitiva

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

○ Terapia cognitivo-conductual

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

○ Otra

c) Tratamiento multimodal **X**

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza
d) Otro

ENTREVISTA SOBRE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

DATOS

Nombre del Profesional: María G.

Profesión: Psicóloga

Edad: 33 años

PREGUNTAS

1. ¿En qué lugar realizó su carrera?
En la Universidad de Palermo.

2. ¿Cuántos años hace que ejerce?
Dos años

3. ¿Realizó alguna especialización o capacitación en el TDAH?
En caso afirmativo, ¿En qué ciudad? ¿Cuándo?

No. Hice una residencia en niños, pero sobre trastornos de ansiedad, no de atención.

4. ¿Qué definición podría dar del trastorno?
Es un trastorno de la conducta, que puede ser con o sin hiperactividad... en donde lo principal es el componente de inatención, la impulsividad y la hiperactividad que puede estar o no, como decía recién. Este trastorno tiene un alto componente hereditario. Y los problemas aparecen en más de un ámbito, el social, escolar o académico, en la familia.

5. ¿Atiende casos de TDAH? ¿Con qué frecuencia?
Sí, en este momento tengo dos o tres casos.

6. ¿Qué técnicas o instrumentos utiliza para realizar el diagnóstico del trastorno?

a) Entrevistas clínicas **X**

Hago entrevistas con los padres y en las de los niños hacemos hora de juego

b) Examen médico, nutricional, físico

c) Escalas de medición del comportamiento

¿Cuál?

- Escala de Conners,
- Escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de hiperactividad,
- Escala de DuPaul,
- Cuestionario comportamental para pre/escolares
- Otra:

d) Evaluación psicológica/educacional mediante test

- Test de vigilancia (como Escala de Conners, test de las Variables de la Atención)
- Test de percepción de diferencias (Thurstone-Yela)

- Escala de inteligencia para niños de Wechsler (subtest Aritmética- dígitos y claves)
- Stroop Color/Word Interference test
- Test de laberintos de Porteus y subtest de laberinto de Wisc R,
- Batería neuropsicológica de Sevilla
- Test Illinois de Aptitudes Psico-lingüísticas: subtest de integración visual,
- Test de la Figura compleja de Rey,
- Test de Wisconsin
- Test de atención D2
- Otro:

7. ¿Cómo realiza un diagnóstico diferencial?

Lo haría aplicando una batería de test, entrevistas con los padres, observaría como es la relación del chico con los papás... y también en caso de duda haría una consulta inter-profesional.

8. ¿Qué tratamiento utiliza para dicho trastorno?

a) Intervención farmacológica

¿Qué fármaco utiliza?

Considero que es adecuado que el chico tenga la medicación que necesita. Lo que pasa mucho hoy es que se medica mal también.

b) Intervención psicológica **X**

○ Terapia cognitiva

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

○ Terapia cognitivo-conductual **X**

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

Creo que es importante enseñar a controlar más eficazmente lo que no está pudiendo controlar, por ejemplo mediante el premiar el auto-control. No lo puedes analizar, siempre en estos casos tenés que trabajar desde lo conductual. A mi me parece buena la técnica del contrato de contingencias por refuerzos, cuando el niño realiza la conducta correcta se lo refuerza positivamente y sino negativamente.

○ Otra:

c) Intervención multimodal **X**

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

d) Otro

ENTREVISTA SOBRE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

DATOS

Nombre del Profesional: Josefina P.

Profesión: Psicóloga

Edad: 61 años

PREGUNTAS

1. ¿En qué lugar realizó su carrera?
En la Uba

2. ¿Cuántos años hace que ejerce?

Desde el '78

3. ¿Realizó alguna especialización o capacitación en el TDAH?

En caso afirmativo, ¿En qué ciudad? ¿Cuándo?

No.

4. ¿Qué definición podría dar del trastorno?

Es un trastorno del comportamiento en donde tenemos que se caracteriza por tres síntomas básicos: hiperactividad, impulsividad, inatención... Esta disfunción en el comportamiento aparece generalmente primero en la escuela.

5. ¿Atiende casos de TDAH? ¿Con qué frecuencia?

Sí, hoy en día es muy común.

6. ¿Qué técnicas o instrumentos utiliza para realizar el diagnóstico del trastorno?

a) Entrevistas clínicas **X**

Con los niños o adolescentes y ... obviamente con los padres de él también.

b) Examen médico, nutricional, físico

c) Escalas de medición del comportamiento **X**

¿Cuál?

- Escala de Conners, **X**
- Escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de hiperactividad,
- Escala de DuPaul, **X**
- Cuestionario comportamental para pre/escolares
- Otra:

d) Evaluación psicológica/educacional mediante test

- Test de vigilancia (como Escala de Conners, test de las Variables de la Atención)
- Test de percepción de diferencias (Thurstone-Yela)
- Escala de inteligencia para niños de Wechsler (subtest Aritmética- dígitos y claves)
- Stroop Color/Word Interference test
- Test de laberintos de Porteus y subtest de laberinto de Wisc R,
- Bateria neuropsicológica de Sevilla
- Test Illinois de Aptitudes Psico-lingüísticas: subtest de integración visual,
- Test de la Figura compleja de Rey,
- Test de Wisconsin
- Test de atención D2
- Otro:

7. ¿Cómo realiza un diagnóstico diferencial?

Creo que es importante hacer entrevistas con el niño y también aplicar algún test para poder definir más de qué problemática estamos hablando.

8. ¿Qué tratamiento utiliza para dicho trastorno?

a) Intervención farmacológica

La medicación creo que siempre es importante, es importante para trabajar con el adolescente.

¿Qué fármaco utiliza?

b) Intervención psicológica **X**

- o Terapia cognitiva **X**

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

Un programa de refuerzos en donde la conducta deseada es reforzada. Se busca y se le dice al niño qué conducta deseamos que tenga y las consecuencias... y se utilizan refuerzos ... hay veces que es más importante el solo hecho de felicitarlo... pero otras veces y más hoy en día se usan muchos refuerzos materiales, como regalar celular, etc.

- o Terapia cognitivo-conductual

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

- o Otra:

a) Intervención multimodal **X**

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

b) Otro

ENTREVISTA SOBRE

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

DATOS

Nombre del Profesional: Leticia B.

Profesión: Psicóloga

Edad: 39 años

PREGUNTAS

1. ¿En qué lugar realizó su carrera?

Mar del Plata

2.¿Cuántos años hace que ejerce?

7 años

3.¿Realizó alguna especialización o capacitación en el TDAH?

En caso afirmativo, ¿En qué ciudad? ¿Cuándo?

No , solo he asistido a charlas

4.¿Qué definición podría dar del trastorno?

Es un trastorno propio del comportamiento que se caracteriza por hiperactividad, falta de control de los impulsos, como así también la dificultad para prestar atención.

5.¿Atiende casos de TDAH? ¿Con qué frecuencia?

Sí, la verdad que sí

6.¿Qué técnicas o instrumentos utiliza para realizar el diagnóstico del trastorno?

- a) Entrevistas clínicas **X**
- b) Examen médico, nutricional, físico
- c) Escalas de medición del comportamiento **X**

¿Cuál?

- o Escala de Conners,
 - o Escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de hiperactividad,
 - o Escala de DuPaul,
 - o Cuestionario comportamental para pre/escolares
 - o Otra:
- d) Evaluación psicológica/educacional mediante test **X**
- o Test de vigilancia(como Escala de Conners, test de las Variables de la Atención)
 - o Test de percepción de diferencias(Thurstone-Yela)
 - o Escala de inteligencia para niños de Wechsler(subtest Aritmética -dígitos y claves)**X**
 - o Stroop Color/Word Interference test,
 - o Test de laberintos de Porteus y subtest de laberintos de Wisc R,
 - o Batería neuropsicológica de Sevilla,

- Test Illinois de Aptitudes Psico-lingüísticas: subtest de integración visual,
- Test de la Figura compleja de Rey,
- Test de Wisconsin
- Test de atención D2
- Otro:

7. ¿Cómo realiza un diagnóstico diferencial?

Derivando a una consulta con el neurólogo

8. ¿Qué tratamiento utiliza para dicho trastorno?

a) Intervención farmacológica

¿Qué fármaco utiliza?

Aunque no uso fármacos en la mayoría de los casos creo que es muy importante que estén medicados.

b) Intervención psicológica ¿qué tipo de intervención psicológica recomienda?

- Terapia cognitiva

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

- Terapia cognitivo-conductual **X**

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

Trabajar sobre la tolerancia a la frustración, dominio de la impulsividad, trabajo esto con refuerzos... creo que premiando el comportamiento se puede modificar la conducta.

- Otra:

c) Tratamiento multimodal **X**

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

d) Otro

**ENTREVISTA SOBRE
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.**

DATOS

Nombre del Profesional: Carlos A.

Profesión: Psicólogo

Edad: 48 años

PREGUNTAS

1. ¿En qué lugar realizó su carrera?

La Plata

2. ¿Cuántos años hace que ejerce?

18 años

3.¿Realizó alguna especialización o capacitación en el TDAH?

En caso afirmativo, ¿En qué ciudad? ¿Cuándo?

4..¿Qué definición podría dar del trastorno?

Es un trastorno del comportamiento donde predomina la inatención y conductas impulsivas como así también la agresividad

5.¿Atiende casos de TDAH? ¿Con qué frecuencia?

Sí. Bastantes casos recibo

6.¿Qué técnicas o instrumentos utiliza para realizar el diagnóstico del trastorno?

a) Entrevistas clínicas **X**

b) Examen médico, nutricional, físico

c) Escalas de medición del comportamiento **X**

¿Cuál?

- Escala de Conners, **X**
- Escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de hiperactividad,
- Escala de DuPaul,
- Cuestionario comportamental para pre/escolares
- Otra:

d) Evaluación psicológica/educacional mediante test

- Test de vigilancia(como Escala de Conners, test de las Variables de la Atención)
- Test de percepción de diferencias(Thurstone-Yela)
- Escala de inteligencia para niños de Wechsler(subtest Aritmética -dígitos y claves)
- Stroop Color/Word Interference test,
- Test de laberintos de Porteus y subtest de laberintos de Wisc R,
- Batería neuropsicológica de Sevilla,

- Test Illinois de Aptitudes Psico-lingüísticas: subtest de integración visual,
- Test de la Figura compleja de Rey,
- Test de Wisconsin
- Test de atención D2
- Otro:

7.¿Cómo realiza un diagnóstico diferencial?

Recurriendo a entrevistas a los padres, consultando el DSM IV,etc

8.¿Qué tratamiento utiliza para dicho trastorno?

a) Intervención farmacológica

¿Qué fármaco utiliza?

No realizo intervención farmacológica aunque comparto la postura de la medicación conjunta para tratar este trastorno.

b) Intervención psicológica ¿qué tipo de intervención psicológica recomienda?

○ Terapia cognitiva

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

○ Terapia cognitivo-conductual **X**

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

Intervenciones tendientes a la modificación de la conducta mediante la utilización de contingencias sociales de refuerzo... también creo que un entrenamiento a padres y docentes es bueno.

○ Otra:

c) Tratamiento multimodal **X**

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

d)Otro:

**ENTREVISTA SOBRE
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.**

DATOS

Nombre del Profesional: Liliana D.

Profesión: Psicóloga

Edad: 38 años

PREGUNTAS

1. ¿En qué lugar realizó su carrera?

Mar del Plata

2. ¿Cuántos años hace que ejerce?

12 años

3. ¿Realizó alguna especialización o capacitación en el TDAH?

En caso afirmativo, ¿En qué ciudad? ¿Cuándo?

No

4. ¿Qué definición podría dar del trastorno?

Es un trastorno del comportamiento, caracterizado por falta de atención, actividad motora excesiva, que conlleva a una problemática asociada de trastornos de conducta, dificultad de aprendizaje, emocionales, etc.

5. ¿Atiende casos de TDAH? ¿Con qué frecuencia?

Si atiendo aunque con poca frecuencia

6. ¿Qué técnicas o instrumentos utiliza para realizar el diagnóstico del trastorno?

- a) Entrevistas clínicas **X**
- b) Examen médico, nutricional, físico
- c) Escalas de medición del comportamiento **X**

¿Cuál?

- Escala de Conners,
 - Escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de hiperactividad,
 - Escala de DuPaul,
 - Cuestionario comportamental para pre/escolares
 - Otra **X** Bender
- d) Evaluación psicológica/educacional mediante test **X**
- Test de vigilancia(como escala de Conners, test de las Variables de la Atención)
 - Test de percepción de diferencias(Tursthone-Yela)
 - Escala de inteligencia para niños de Wechsler(Subtest Aritmética-dígitos y claves)**X**
 - Stroop Color/Word Interference test,
 - Test de laberintos de Porteus y subtest de laberintos de Wisc R,
 - Batería neuropsicológica de Sevilla,
 - Test Illinois de Aptitudes Psico-lingüísticas: subtest de integración visual,
 - Test de la Figura compleja de Rey,
 - Test de Wisconsin
 - Otro:

7.¿Cómo realiza un diagnóstico diferencial?

Recurriría al DSM-IV para descartar cualquier patología que se le asemeje

8.¿Qué tratamiento utiliza para dicho trastorno?

a) Intervención farmacológica

¿Qué fármaco utiliza?

No utilizo fármacos , pero considero que es un buen complemento del tratamiento en estos trastornos.

b) Intervención psicológica ¿qué tipo de intervención psicológica recomienda?

○ Terapia cognitiva

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

○ Terapia cognitivo-conductual **X**

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

Intervenciones con la finalidad de modelar la conducta.... Con la técnica de contrato de contingencias de refuerzos, se usa mucho en los nenes dar golosinas...a cada uno la que le gusta.

○ Otra:

c) Tratamiento multimodal **X**

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

d) Otro:

DATOS

Nombre del Profesional: Fernanda D.

Profesión: Psicóloga

Edad: 42 años

PREGUNTAS

1. ¿En qué lugar realizó su carrera?

Bahia Blanca y Bs. As.

2. ¿Cuántos años hace que ejerce?

14 años

3. ¿Realizó alguna especialización o capacitación en el TDAH?

En caso afirmativo, ¿En qué ciudad? ¿Cuándo?

Si, en charlas , jornadas

4. ¿Qué definición podría dar del trastorno?

Lo defino como una sintomatología hiperactiva, falta de atención, no coincido con un diagnóstico cerrado. Es un signo que viene a representar otra cuestión que le ocurre al niño.

5. ¿Atiende casos de TDAH? ¿Con qué frecuencia?

Sí son muy frecuentes

6. ¿Qué técnicas o instrumentos utiliza para realizar el diagnóstico del trastorno?

- a) Entrevistas clínicas **X**
- b) Examen médico, nutricional, físico
- c) Escalas de medición del comportamiento **X**

¿Cuál?

- Escala de Conners,
 - Escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de hiperactividad,
 - Escala de DuPaul,
 - Cuestionario comportamental para pre/escolares
 - Otra:
-
- d) Evaluación psicológica/educacional mediante test **X**
 - Test de vigilancia (como Escala de Conners, test de las Variables de la atención)
 - Test de percepción de diferencias ((Thurstone_Yela)
 - Escala de inteligencia para niños de Wechsler (subtest Aritmética- dígitos y claves) **X**
 - Stroop Color/Word Interference test,
 - Test de laberintos de Porteus y subtest de laberintos de Wisc R,
 - Batería neuropsicológica de Sevilla,
 - Test Illinois de Aptitudes Psico-lingüísticas: subtest de integración visual,

- Test de la Figura compleja de Rey,
- Test de Wisconsin
- Test de atención D2
- Otro:

7.¿Cómo realiza un diagnóstico diferencial?

Estudiaría desde cuando tiene el síntoma, cuanto tiempo hace que lo sufre, como es su familia,etc

8.¿Qué tratamiento utiliza para dicho trastorno?

a) Intervención farmacológica

¿Qué fármaco utiliza?

No utilizo fármacos, pero considero que en algunos casos puntuales cuando se hace difícil trabajar , es conveniente contar con la medicación.

b) Intervención psicológica ¿qué tipo de intervención psicológica recomienda?

○ Terapia cognitiva

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

○ Terapia cognitivo-conductual

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

○ Otra **X**

Haría un relevamiento de datos de la dinámica familiar, trabajo con toda la familia desde el inicio , no me baso en un diagnóstico cerrado

c) Tratamiento multimodal **X**

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

d) Otro:

**ENTREVISTA SOBRE
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.**

DATOS

Nombre del Profesional: Bettiana U.

Profesión: Psicóloga

Edad: 30 años

PREGUNTAS

1. ¿En qué lugar realizó su carrera?

Mar del Plata

2. ¿Cuántos años hace que ejerce?

4 años

3. ¿Realizó alguna especialización o capacitación en el TDAH?

En caso afirmativo, ¿En qué ciudad? ¿Cuándo?

No

4. ¿Qué definición podría dar del trastorno?

Es una patología muy compleja, es un trastorno de la conducta en el que predominan indicadores como falta de atención, impulsividad, es de difícil diagnóstico.

5. ¿Atiende casos de TDAH? ¿Con qué frecuencia?

Sí, aunque pocos.

6. ¿Qué técnicas o instrumentos utiliza para realizar el diagnóstico del trastorno?

a) Entrevistas clínicas **X**

b) Examen médico, nutricional, físico

c) Escalas de medición del comportamiento **X**

¿Cuál?

- Escala de Conners,
- Escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de hiperactividad,
- Escala de DuPaul,
- Cuestionario comportamental para pre/escolares

- Otra **X** Bender

d) Evaluación psicológica/educacional mediante test **X**

- Test de vigilancia (como Escala de Conners, test de las Variables de la Atención)
- Test de percepción de diferencias (Thurstone-Yela)
- Escala de inteligencia para niños de Wechsler, **X**
- Stroop Color/Word Interference test,
- Test de laberintos de Porteus y subtest de laberintos de Wisc R,
- Batería neuropsicológica de Sevilla,
- Test Illinois de Aptitudes Psico-lingüísticas: subtest de integración visual,
- Test de la Figura compleja de Rey,
- Test de Wisconsin
- Test de Atención D2
- Otro:

7. ¿Cómo realiza un diagnóstico diferencial?

Utilizaría el DSM-IV para descartar trastornos con sintomatología similar

8. ¿Qué tratamiento utiliza para dicho trastorno?

- a) Intervención farmacológica

No utilizo fármacos aunque estoy a favor de una intervención farmacológica.

- b) Intervención psicológica ¿qué tipo de intervención psicológica recomienda? **X**

- Terapia cognitiva
¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?
- Terapia cognitivo-conductual **X**
¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

Uso técnicas de modificación de la conducta mediante un establecimiento de programas... programas de refuerzo. Un entrenamiento a padres... a veces lo hago también, primero se trabaja con el chico, dándole instrucciones y después se les dice a los padres que lo trabajen en sus casas.

○ Otra:

c) Tratamiento multimodal **X**

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

d) Otro:

**ENTREVISTA SOBRE
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.**

DATOS

Nombre del Profesional: Guillermina M.

Profesión: Psicoanalista lacaniana

Edad: 48 años

PREGUNTAS

1. ¿En qué lugar realizó su carrera?

En la ciudad de La Plata

2. ¿Cuántos años hace que ejerce?

Ejerce hace 14 años

3. ¿Realizó alguna especialización o capacitación en el TDAH?

En caso afirmativo, ¿En qué ciudad? ¿Cuándo?

No realizo capacitación en esta temática

4. ¿Qué definición podría dar del trastorno?

Han convertido un comportamiento en un trastorno. Se considera típico de la infancia, se toma el DSM IV para diagnosticar. Yo lo veo como un síntoma no sé qué más puedo decirte... no considero que sea un trastorno.

5. ¿Atiende casos de TDAH? ¿Con qué frecuencia? No atiendo casos... va no considero que tengan esto; sobre todo en el año 2008 llegaron chicos con ese diagnóstico

6. ¿Qué técnicas o instrumentos utiliza para realizar el diagnóstico del trastorno?

a) Entrevistas clínicas **X**

b) Examen médico, nutricional, físico

c) Escalas de medición del comportamiento

¿Cuál?

- Escala de Conners,
- Escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de hiperactividad,
- Escala de DuPaul,
- Cuestionario comportamental para pre/escolares
- Otra

- d) Evaluación psicológica/educacional mediante test
 - Test de vigilancia (como Escala de Conners, test de las Variables de la Atencion)
 - Test de percepción de diferencias (Thurstone-Yela)
 - Escala de inteligencia para niños de Wechsler (subtest Aritmetica- dígitos y claves)
 - Stroop Color/Word Interference test
 - Test de laberintos de Porteus y subtest de laberinto de Wisc R,
 - Batería neuropsicológica de Sevilla
 - Test Illinois de Aptitudes Psico-lingüísticas: subtest de integración visual,
 - Test de la Figura compleja de Rey,
 - Test de Wisconsin
 - Test de atención D2

7. ¿Cómo realiza un diagnóstico diferencial?

No realizo un diagnóstico diferencial de TDAH porque no lo considero un trastorno específico, yo trabajo sobre los síntomas.

8. ¿Qué tratamiento utiliza para dicho trastorno?

Se ve que le está pasando a ese chico en ese momento, por ejemplo quizás no atiende porque le ha pasado algo a nivel familiar que le ocupan sus pensamientos, está más atento a eso y ha dejado de prestarle atención a la maestra etc. es decir se puede ir desplazando a distintos ámbitos.

a) Intervención farmacológica

¿Qué fármaco utiliza?

Con respecto a esto estoy de acuerdo solo en algunos casos, cuando aparece mucha dificultad para poder trabajar con el paciente.

b) Intervención psicológica **X**

○ Terapia cognitiva

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

○ Terapia cognitivo-conductual

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

○ Otra **X**

c) Tratamiento multimodal **X**

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

d) Otro

ENTREVISTA SOBRE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

DATOS

Nombre del Profesional: Fernanda A.

Profesión: Psicóloga

Edad: 36 años

PREGUNTAS

1. ¿En qué lugar realizó su carrera?

En Bahía Blanca

2. ¿Cuántos años hace que ejerce?

11 años

3. ¿Realizó alguna especialización o capacitación en el TDAH? No

En caso afirmativo, ¿En qué ciudad? ¿Cuándo?

4. ¿Qué definición podría dar del trastorno?

No es un trastorno, es un índice o un síntoma que está indicando que algo está sucediendo con ese niño. La atención protege al individuo de lo externo pudiendo focalizar. Involuntariamente unos elementos ante otros.

Si partimos del supuesto de que la atención no es innata pensar en qué tipo de atención le estamos pidiendo. Muchas veces se comete el error de que si no responde a lo esperado es deficiente y no se ve que cada niño tiene sus tiempos.

Por ejemplo ¿cómo atender en la escuela si hay otra temática que le demanda toda su atención? Freud....aprender....pulsión del saber

5. ¿Atiende casos de TDAH? ¿Con qué frecuencia?

Sí

6. ¿Qué técnicas o instrumentos utiliza para realizar el diagnóstico del trastorno?

- a) Entrevistas clínicas **X**
- b) Examen médico, nutricional, físico
- c) Escalas de medición del comportamiento

¿Cuál?

- Escala de Conners,
 - Escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de hiperactividad,
 - Escala de DuPaul,
 - Cuestionario comportamental para pre/escolares
 - Otra:
-
- d) Evaluación psicológica/educacional mediante test
 - Test de vigilancia (como Escala de Conners, test de las Variables de la Atención)
 - Test de percepción de diferencias (Thurstone-Yela)
 - Escala de inteligencia para niños de Wechsler (subtest Aritmética- dígitos y claves)
 - Stroop Color/Word Interference test
 - Test de laberintos de Porteus y subtest de laberinto de Wisc R,
 - Batería neuropsicológica de Sevilla
 - Test Illinois de Aptitudes Psico-lingüísticas: subtest de integración visual,
 - Test de la Figura compleja de Rey,
 - Test de Wisconsin
 - Test de atención D2
 - Otro:

7. ¿Cómo realiza un diagnóstico diferencial?

Mi forma de trabajar con los niños tiene que ver con tratar de comprender que es lo que les está sucediendo, que es lo que subyace, sobre el por qué su comportamiento está siendo disfuncional. No lo encuadro dentro de un add u otro trastorno específico, ya que no lo considero pertinente. Porque encasillando pareciera que hubiera una receta luego para tratarlos, pero no es así, cada caso es único.

8. ¿Qué tratamiento utiliza para dicho trastorno?

a) Intervención farmacológica. ¿Qué fármaco utiliza?

No me parece bueno- solo sirve para producir calma y creer tener una solución rápida. Se pueden resistir al tratamiento psicoterapéutico porque este lleva tiempo.

b) Intervención psicológica

○ Terapia cognitiva

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

○ Terapia cognitivo-conductual

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

○ Otra **X**

Intervención psicoterapéutica. Se trabaja con la familia, la escuela y el niño.

c) Tratamiento multimodal **X**

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

d) Otro

ENTREVISTA SOBRE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

DATOS

Nombre del Profesional: Juan Martín P.

Profesión: Neurólogo

Edad: 34 años

PREGUNTAS

1. ¿En qué lugar realizó su carrera?

En la ciudad de Bahía Blanca

2. ¿Cuántos años hace que ejerce?

Ejerce hace 8 años

3. ¿Realizó alguna especialización o capacitación en el TDAH?

En caso afirmativo, ¿En qué ciudad? ¿Cuándo?

Sí – en la ciudad de Buenos Aires en el 2007

4. ¿Qué definición podría dar del trastorno?

Es una alteración del sistema nervioso, genético, neuroanatómico y ambiental. Hay dos sustancias que se liberan menos dopamina y noradrenalina con lo cual la medicación ayudaría a esto. Los lóbulos del cerebro son frontal, parietal, occipital y temporal, afecta el

trastorno al lóbulo frontal que tiene que ver con la atención, con inhibir ciertas conductas con poder quedarse quietos. Hay un alto riesgo entre hermanos, dado que es genético, aun no sé sabe cuál es el cromosoma.

5. ¿Atiende casos de TDAH? ¿Con qué frecuencia?

Sí, es un promedio de 1 o 2 chicos por aula que padecen el trastorno de ADD.

6. ¿Qué técnicas o instrumentos utiliza para realizar el diagnóstico del trastorno?

a) Entrevistas clínicas X

Anamnesis, ver si los padres tuvieron problemas escolares, problemas de desorganización, desprolijidad, si deja hojas en blanco.

b) Examen médico, nutricional, físico X

En general la escuela solicita que el niño vea un pediatra y la demanda nos llega por éste a nosotros

c) Escalas de medición del comportamiento

¿Cuál?

- Escala de Conners,
- Escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de hiperactividad,
- Escala de DuPaul,
- Cuestionario comportamental para pre/escolares
- Otra

c) Evaluación psicológica/educacional mediante test

- Test de vigilancia (como Escala de Conners, test de las Variables de la Atencion)
- Test de percepción de diferencias (Thurstone-Yela)
- Escala de inteligencia para niños de Wechsler (subtest Aritmetica- dígitos y claves)
- Stroop Color/Word Interference test
- Test de laberintos de Porteus y subtest de laberinto de Wisc R,
- Batería neuropsicológica de Sevilla
- Test Illinois de Aptitudes Psico-lingüísticas: subtest de integración visual,
- Test de la Figura compleja de Rey,
- Test de Wisconsin
- Test de atención D2

Otra:

d) Otra: Evaluación neuropsicológica se aplican diferentes tests para ver la atención, para ver cómo funciona su memoria, lenguaje, etc.

Ej. para la atención suele usarse un programa de compu que vaya apretando "x" letra durante 14 minutos . El Tests TAVIS y CPT que son el estándar

Para evaluar lo cognitivo: -atención;memoria;visuoespacial;lenguaje;cognitivo social

7. ¿Cómo realiza un diagnóstico diferencial? Se diagnostica TDAH en el caso de que en sus exámenes se encuentre menor sustancia de dopamina y noradrenalina y en las entrevistas con padres y docentes ayuden a confirmar el diagnóstico (el cual debe repetirse en mas de un ámbito)

8. ¿Qué tratamiento utiliza para dicho trastorno?

Diferente según cada paciente, depende si es más impulsivo, etc.

a) Intervención farmacológica

¿Qué fármaco utiliza? Metilfenidato

Es raro que haya efectos adversos. El efecto de medicación es de 4hs que en general son las que permanece en la escuela, no se ve en la casa el efecto.

No produce adicción, ni tolerancia porque de ser así no se la podría suspender.

Ningún tratamiento farmacológico es eficaz sin una terapia alternativa

b) Intervención psicológica

- Terapia cognitiva

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

- Terapia cognitivo-conductual

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

- Otra

c) Tratamiento multimodal

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

d) Otro

ENTREVISTA SOBRE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

DATOS

Nombre del Profesional: Carlos T.

Profesión: Psiquiatra infantil

Edad: 35 años

PREGUNTAS

1. ¿En qué lugar realizó su carrera?
En la Uba

2. ¿Cuántos años hace que ejerce?
Ocho

3. ¿Realizó alguna especialización o capacitación en el TDAH?
En caso afirmativo, ¿En qué ciudad? ¿Cuándo?
No.

4. ¿Qué definición podría dar del trastorno?

En una descripción sintomática común de muchos padecimientos de los niños que se manifiesta por síntomas de hiperactividad, impulsividad, falta de atención que afecta en más de 2 áreas del funcionamiento del niño.

5. ¿Atiende casos de TDAH? ¿Con qué frecuencia?
Si, frecuentemente.

6. ¿Qué técnicas o instrumentos utiliza para realizar el diagnóstico del trastorno?

- a) Entrevistas clínicas **X**
- b) Examen médico, nutricional, físico
- c) Escalas de medición del comportamiento

¿Cuál?

- o Escala de Conners,
 - o Escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de hiperactividad,
 - o Escala de DuPaul,
 - o Cuestionario comportamental para pre/escolares
 - o Otra:
- d) Evaluación psicológica/educacional mediante test
- o Test de vigilancia (como Escala de Conners, test de las Variables de la Atención)
 - o Test de percepción de diferencias (Thurstone-Yela)
 - o Escala de inteligencia para niños de Wechsler (subtest Aritmética- dígitos y claves)
 - o Stroop Color/Word Interference test
 - o Test de laberintos de Porteus y subtest de laberinto de Wisc R,
 - o Bateria neuropsicológica de Sevilla
 - o Test Illinois de Aptitudes Psico-lingüísticas: subtest de integración visual,
 - o Test de la Figura compleja de Rey,
 - o Test de Wisconsin
 - o Test de atención D2
 - o Otro:

7.¿Cómo realiza un diagnóstico diferencial?

Con las entrevistas a los padres, entrevistas de juego con el niño, entrevistas don la escuela, y en algunos casos observación del niño en la escuela u otro ámbito.

8.¿Qué tratamiento utiliza para dicho trastorno?

a) Intervención farmacológica **X**
¿Qué fármaco utiliza?
En escasas oportunidades utilizo fármacos: metilfenidato

b) Intervención psicológica **X**

- o Terapia cognitiva

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

- Terapia cognitivo-conductual

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

- Otra **X**

Oriento a padres. Hago intervención psicológica, no cognitiva... Ya que los síntomas no los veo como el tema principal sino como una manifestación del padecimiento más profundo.

c) Intervención multimodal **X**

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

d) Otro:

ENTREVISTA SOBRE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

DATOS

Nombre del Profesional: Julio C.

Profesión: Psiquiatra

Edad: 45 años

PREGUNTAS

1. ¿En qué lugar realizó su carrera?

En la Universidad de Buenos Aires

2. ¿Cuántos años hace que ejerce?

14 ños.

3. ¿Realizó alguna especialización o capacitación en el TDAH?

En caso afirmativo, ¿En qué ciudad? ¿Cuándo?

No.

4. ¿Qué definición podría dar del trastorno?

La definición del trastorno es la que da el DSM IV, que va a establecer que es necesario que aparezcan síntomas de inatención, impulsividad con o sin hiperactividad. A partir de los 7 años se puede diagnosticar, antes no los síntomas deben estar presentes en más de un ámbito por un periodo no menor a 6 meses.

5. ¿Atiende casos de TDAH? ¿Con qué frecuencia?

Sí, han aumentado en la última época la cantidad de casos. Hoy se consulta más y se es más conciente de esta problemática.

6. ¿Qué técnicas o instrumentos utiliza para realizar el diagnóstico del trastorno?

- a) Entrevistas clínicas **X**
- b) Examen médico, nutricional, físico **X**
- c) Escalas de medición del comportamiento

¿Cuál?

- o Escala de Conners,
 - o Escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de hiperactividad,
 - o Escala de DuPaul,
 - o Cuestionario comportamental para pre/escolares
 - o Otra:
- d) Evaluación psicológica/educacional mediante test
- o Test de vigilancia (como Escala de Conners, test de las Variables de la Atención)
 - o Test de percepción de diferencias (Thurstone-Yela)
 - o Escala de inteligencia para niños de Wechsler (subtest Aritmética- dígitos y claves)
 - o Stroop Color/Word Interference test
 - o Test de laberintos de Porteus y subtest de laberinto de Wisc R,
 - o Batería neuropsicológica de Sevilla
 - o Test Illinois de Aptitudes Psico-lingüísticas: subtest de integración visual,
 - o Test de la Figura compleja de Rey,
 - o Test de Wisconsin
 - o Test de atención D2
 - o Otro:

7. ¿Cómo realiza un diagnóstico diferencial?

Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM IV: que presente 6 o más ítems de los que figuran allí, tanto con respecto al déficit de atención, como a la hiperactividad-impulsividad.

Como así también es muy importante que los síntomas se presenten por ej en la casa y la escuela y no en un ambiente y en el otro no, porque en este caso ya estaríamos hablando de otro tipo de problemática.

8. ¿Qué tratamiento utiliza para dicho trastorno?

- a) Intervención farmacológica **X**

¿Qué fármaco utiliza?

Metilfenidato

- b) Intervención psicológica
 - o Terapia cognitiva

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

- o Terapia cognitivo-conductual

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

- o Otra
- c) Tratamiento multimodal
¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?
- d) Otro

ENTREVISTA SOBRE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

DATOS

Nombre del Profesional: Carolina F.

Profesión: Psiquiatra

Edad: 40 años

PREGUNTAS

1. ¿En qué lugar realizó su carrera?
En la Universidad de Buenos Aires

2. ¿Cuántos años hace que ejerce?
Diez años más o menos.

3. ¿Realizó alguna especialización o capacitación en el TDAH?
En caso afirmativo, ¿En qué ciudad? ¿Cuándo?
No.

4. ¿Qué definición podría dar del trastorno?
Es un trastorno presente en el DSM IV, en donde plantea que para hablar de TDAH debemos estar en presencia de una serie de síntomas de atención, al menos tienen que ser seis... como así también de hiperactividad e impulsividad, debemos encontrar en el chico al menos seis síntomas que se correspondan. Además los síntomas deben durar como mínimo 6 meses, y estar en más de dos ámbitos.

5. ¿Atiende casos de TDAH? ¿Con qué frecuencia?
Sí, no sé bien bien con qué frecuencia, pero ahora han aumentado la cantidad de casos.

6. ¿Qué técnicas o instrumentos utiliza para realizar el diagnóstico del trastorno?

- a) Entrevistas clínicas **X**
- b) Examen médico, nutricional, físico **X**
- c) Escalas de medición del comportamiento

¿Cuál?

- Escala de Conners,
- Escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de hiperactividad,
- Escala de DuPaul,
- Cuestionario comportamental para pre/escolares
- Otra:

d) Evaluación psicológica/educacional mediante test

- Test de vigilancia (como Escala de Conners, test de las Variables de la Atención)
- Test de percepción de diferencias (Thurstone-Yela)
- Escala de inteligencia para niños de Wechsler (subtest Aritmética- dígitos y claves)
- Stroop Color/Word Interference test
- Test de laberintos de Porteus y subtest de laberinto de Wisc R,
- Bateria neuropsicológica de Sevilla
- Test Illinois de Aptitudes Psico-lingüísticas: subtest de integración visual,
- Test de la Figura compleja de Rey,
- Test de Wisconsin
- Test de atención D2
- Otro:

7. ¿Cómo realiza un diagnóstico diferencial?

Hay que hacerlo porque a veces confunden este trastorno con trastornos en el aprendizaje. Hay que tener bien en claro los criterios diagnósticos del DSM IV: que presente 6 o más ítems de los que figuran allí, tanto con respecto al déficit de atención, como a la hiperactividad-impulsividad.

También debe haber otros requisitos para diagnosticarlo como TDAH, la duración que tiene que ser de más de seis meses, un comienzo antes de los 6 años. Los síntomas deben causar una disfunción importante en varios ámbitos, porque si no le afecta diariamente no es un individuo hiperactivo

8. ¿Qué tratamiento utiliza para dicho trastorno?

a) Intervención farmacológica **X**

¿Qué fármaco utiliza?

Metilfenidato

b) Intervención psicológica

- Terapia cognitiva

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

- Terapia cognitivo-conductual

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

- o Otra:
- c) Intervención multimodal
¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?
- d) Otro

ENTREVISTA SOBRE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

DATOS

Nombre del Profesional: Escalante M.

Profesión: Pediatra

Edad: 62 años

PREGUNTAS

1. ¿En qué lugar realizó su carrera?
En la ciudad de La Plata

2. ¿Cuántos años hace que ejerce?
Ejerce desde el año 80, ósea hace 32 años.

3. ¿Realizó alguna especialización o capacitación en el TDAH?
En caso afirmativo, ¿En qué ciudad? ¿Cuándo?
No ha realizado ninguna especialización en TDAH. Aunque en la ciudad se lo conoce como el especialista en TDAH.

4. ¿Qué definición podría dar del trastorno?
Fragilidad heredable (en general los padres también lo tuvieron) La hiperactividad con los años se va cambiando, en la adultez inmadurez. No se cura es algo que se puede ir adecuando, entrenando. Se diagnostica a partir de los 7 años. Se debe repetir el trastorno en más de un ambiente por más de 7 meses. Es un problema pediátrico exclusivamente. En general vienen a consultar por bajo rendimiento escolar.

5. ¿Atiende casos de TDAH? ¿Con qué frecuencia?
Si aproximadamente hay un chico con ADD por aula.

6. ¿Qué técnicas o instrumentos utiliza para realizar el diagnóstico del trastorno?

- a) Entrevistas clínicas **X**
- b) Examen médico, nutricional, físico **X**
- c) Escalas de medición del comportamiento

¿Cuál?

- Escala de Conners **X** Si da alta puntuación tiene el diagnóstico
- Escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de hiperactividad,
- Escala de DuPaul,
- Cuestionario comportamental para pre/escolares
- Otra:

d) Evaluación psicológica/educacional mediante test

- Test de vigilancia (como Escala de Conners, test de las Variables de la Atención)
- Test de percepción de diferencias (Thurstone-Yela)
- Escala de inteligencia para niños de Wechsler (subtest Aritmetica- dígitos y claves)
- Stroop Color/Word Interference test
- Test de laberintos de Porteus y subtest de laberinto de Wisc R,
- Bateria neuropsicológica de Sevilla
- Test Illinois de Aptitudes Psico-lingüísticas: subtest de integración visual,
- Test de la Figura compleja de Rey,
- Test de Wisconsin
- Test de atención D2

7. ¿Cómo realiza un diagnóstico diferencial?

Tengo en cuenta el DSM IV

8. ¿Qué tratamiento utiliza para dicho trastorno?

Cada 4 semanas se analizan los cambios y cada 1 mes evaluamos como esta en cuanto a la medicación. Se los entrena a los padres, también se dan consejos en la escuela como que no sienten al chico con add cerca de una ventana pasillo ni cerca de los más revoltosos del salón. Que se lo mire a los ojos para darle las consignas sobre lo que debe hacer. Siempre ordenes claras.

a) Intervención farmacológica **X**

¿Qué fármaco utiliza?

Metilfenidato 0,3 a 0,6 miligramo por Kg. Uno solo toma todos los días media hora antes de ir al colegio.

b) Intervención psicológica **X**

- Terapia cognitiva

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

- Terapia cognitivo-conductual

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

- Otra **X**

Me parece importante orientar a los padres cuando vienen con su hijo y también hacer orientaciones a la escuela, dar indicaciones.

c) Tratamiento multimodal

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

d) Otro

ENTREVISTA SOBRE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

DATOS

Nombre del Profesional: Fabián B.

Profesión: Pediatra

Edad: 51 años

PREGUNTAS

1. ¿En qué lugar realizó su carrera?

En La Plata

2. ¿Cuántos años hace que ejerce?

18 años aproximadamente

3. ¿Realizó alguna especialización o capacitación en el TDAH?

En caso afirmativo, ¿En qué ciudad? ¿Cuándo?

No. Sí fui a cursos y capacitaciones, pero no me especializo en eso.

4. ¿Qué definición podría dar del trastorno?

Es un cambio en el comportamiento, en la actitud del niño... que le cuesta mantener la atención, y es muy movedido ... e impulsivo. En este trastorno hay varias cosas que tienen como que cumplirse o verse en el niño, en el DSM hay criterios... criterios diagnóstico que nos sirven a nosotros para saber si se trata de este cuadro o no... por ejemplo la falta de atención puede verse en no poner atención en detalles, no seguir las reglas que se le dan, etc... Y así figuran de los otros dos síntomas también, de la impulsividad e hiperactividad. Generalmente aparecen dificultades en la escuela , pero después vemos que es en otros lugares, como la casa, o en alguna actividad que hace el chico, como futbol... esto también importa... si se repite o no la conducta disfuncional en otros ámbitos. En el Manual diagnóstico también se tiene en cuenta la perduración de estas dificultades, tiene que ser de más de 6 meses.

5. ¿Atiende casos de TDAH? ¿Con qué frecuencia?

Sí, la verdad que muy a menudo.

6. ¿Qué técnicas o instrumentos utiliza para realizar el diagnóstico del trastorno?

- a) Entrevistas clínicas **X**
- b) Examen médico, nutricional, físico **X**
- c) Escalas de medición del comportamiento **X**

¿Cuál?

- Escala de Conners, **X**
- Escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de hiperactividad,
- Escala de DuPaul,
- Cuestionario comportamental para pre/escolares
- Otra:

d) Evaluación psicológica/educacional mediante test

- Test de vigilancia (como Escala de Conners, test de las Variables de la Atención)
- Test de percepción de diferencias (Thurstone-Yela)
- Escala de inteligencia para niños de Wechsler (subtest Aritmética- dígitos y claves)
- Stroop Color/Word Interference test
- Test de laberintos de Porteus y subtest de laberinto de Wisc R,
- Batería neuropsicológica de Sevilla
- Test Illinois de Aptitudes Psico-lingüísticas: subtest de integración visual,
- Test de la Figura compleja de Rey,
- Test de Wisconsin
- Test de atención D2
- Otro:

7. ¿Cómo realiza un diagnóstico diferencial?

A través de entrevistas con padres, en donde escuchas qué dicen sobre sus hijos, sobre sus conductas y modos de ser en ámbitos como la escuela y el hogar. Hay que hacer exámenes al niño y ver cuánto duran estos cambios, tienen que ser más de 5 o 6 meses... también si se mantienen en otros entornos o sólo en su casa o escuela...

8. ¿Qué tratamiento utiliza para dicho trastorno?

a) Intervención farmacológica **X**

¿Qué fármaco utiliza?

Metilfenidato

b) Intervención psicológica **X**

- Terapia cognitiva

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

- Terapia cognitivo-conductual

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

- Otra: Además de la medicación es imprescindible orientar a los padres, tener entrevistas con ellos y hacerles sugerencias... algunos vienen muy angustiados al no saber cómo manejarlos. Es importantísima la atención psicológica aparte de la medicación. Siempre recomiendo que se inicie alguna terapia psicológica...

c) Intervención multimodal **X**

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

d) Otro

ENTREVISTA SOBRE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

DATOS

Nombre del Profesional: Birne A.

Profesión: Pediatra

Edad: 60 años

PREGUNTAS

1. ¿En qué lugar realizó su carrera?

En la ciudad de La Plata

2. ¿Cuántos años hace que ejerce?

34 años

3. ¿Realizó alguna especialización o capacitación en el TDAH?

En caso afirmativo, ¿En qué ciudad? ¿Cuándo? No

4. ¿Qué definición podría dar del trastorno?

Es un trastorno heredable que refiere a un comportamiento impulsivo que puede tener o no hiperactividad, y en general lo que más preocupa a los padres es la falta de atención que los va perjudicando en el desarrollo de las actividades escolares. Considero que si bien existen algunos casos, el problema es que bajo ese diagnóstico se han empacutado y se está medicando indiscriminadamente con un psicofármaco peligroso a muchos chicos que no prestan atención y son inquietos en clase. Es fundamental el DSM IV, además la conducta debe repetirse en más de un contexto por un periodo mayor a 6 meses.

5. ¿Atiende casos de TDAH? ¿Con qué frecuencia?

Sí, se considera 1 niño por aula.

6. ¿Qué técnicas o instrumentos utiliza para realizar el diagnóstico del trastorno?

- a) Entrevistas clínicas **X**
- b) Examen médico, nutricional, físico **X**
- c) Escalas de medición del comportamiento

¿Cuál?

- o Escala de Conners,

- Escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de hiperactividad,
 - Escala de DuPaul,
 - Cuestionario comportamental para pre/escolares
 - Otra:
- d) Evaluación psicológica/educacional mediante test
- Test de vigilancia (como Escala de Conners, test de las Variables de la Atención)
 - Test de percepción de diferencias (Thurstone-Yela)
 - Escala de inteligencia para niños de Wechsler (subtest Aritmetica- dígitos y claves)
 - Stroop Color/Word Interference test
 - Test de laberintos de Porteus y subtest de laberinto de Wisc R,
 - Batería neuropsicológica de Sevilla
 - Test Illinois de Aptitudes Psico-lingüísticas: subtest de integración visual,
 - Test de la Figura compleja de Rey,
 - Test de Wisconsin
 - Test de atención D2
 - Otro:

7. ¿Cómo realiza un diagnóstico diferencial?

Teniendo en cuenta el DSM IV. Se diagnostica cuando está empezando la escolaridad antes no.

8. ¿Qué tratamiento utiliza para dicho trastorno?

a) Intervención farmacológica X

¿Qué fármaco utiliza?

Sí, metilfenidato

b) Intervención psicológica

- Terapia cognitiva

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

- Terapia cognitivo-conductual

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

- Otra

c) Tratamiento multimodal

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

d) Otro

ENTREVISTA SOBRE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

DATOS

Nombre del Profesional: José M.

Profesión: Pediatra

Edad: 52 años

PREGUNTAS

1. ¿En qué lugar realizó su carrera?

La Plata

2. ¿Cuántos años hace que ejerce?

22

3. ¿Realizó alguna especialización o capacitación en el TDAH?

En caso afirmativo, ¿En qué ciudad y qué tipo de capacitación? ¿Cuándo?

No, sólo fui a charlas.

4. ¿Qué definición podría dar del trastorno?

Es un trastorno que se caracteriza por inatención, impulsividad e hiperactividad. De acuerdo a la clasificación que plantea el DSM IV se pueden presentar casos con predominio de uno de los tres síntomas o combinado. Este trastorno se instala a una edad temprana, antes de los 7 años, y genera angustia y perjuicio sobre la vida social del niño.

5. ¿Atiende casos de TDAH? ¿Con qué frecuencia?

Sí, usualmente sí

6. ¿Qué técnicas o instrumentos utiliza para realizar el diagnóstico del trastorno?

- a) Entrevistas clínicas **X**
- b) Examen médico, nutricional, físico **X**
- c) Escalas de medición del comportamiento **X**

¿Cuál?

- Escala de Conners, **X**
 - Escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de hiperactividad,
 - .Escala de DuPaul,
 - Cuestionario comportamental para pre/escolares
 - Otra:
- d) Evaluación psicológica/educacional mediante test
- Test de vigilancia,(como Escala de Conners, test de las Variables de la Atención)
 - Test de percepción de diferencias (Thurstone-Yela)
 - Escala de inteligencia para niños de Wechsler(subtest Aritmética_ dígitos y claves)
 - Stroop Color/Word Interference test,
 - Test de laberintos de Porteus y subtest de laberintos de Wisc R,
 - Batería neuropsicológica de Sevilla,
 - Test Illinois de Aptitudes Psico-lingüísticas: subtest de integración visual,
 - Test de la Figura compleja de Rey,
 - Test de Wisconsin
 - Test de atención D2
 - Otro:

7. ¿Cómo realiza un diagnóstico diferencial?

Descartando otras patologías que pueden tener síntomas similares, derivando a un neurólogo infantil, etc

8. ¿Qué tratamiento utiliza para dicho trastorno?

a) Intervención farmacológica **X**

¿Qué fármaco utiliza?

b) Intervención psicológica

○ Terapia cognitiva

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

○ Terapia cognitivo-conductual

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

○ Otra:

c) Tratamiento multimodal

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

d) Otro:

**ENTREVISTA SOBRE
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.**

DATOS

Nombre del Profesional: Ricardo

Profesión: Pediatra

Edad: 42 años

PREGUNTAS

1. ¿En qué lugar realizó su carrera?

La Plata

2. ¿Cuántos años hace que ejerce?

10 años

3. ¿Realizó alguna especialización o capacitación en el TDAH?

En caso afirmativo, ¿En qué ciudad? ¿Cuándo?

Asistí a cursos, jornadas, etc

4. ¿Qué definición podría dar del trastorno?

Es un trastorno que se manifiesta en tres formas , inatención, hiperactividad e impulsividad. Siendo estos los tres síntomas básicos que se dan predominantemente en dos áreas , como la escuela y el hogar.

5. ¿Atiende casos de TDAH? ¿Con qué frecuencia?

No con mucha frecuencia

6. ¿Qué técnicas o instrumentos utiliza para realizar el diagnóstico del trastorno?

a) Entrevistas clínicas **X**

b) Examen médico, nutricional, físico **X**

c) Escalas de medición del comportamiento **X**

¿Cuál?

- Escala de Conners, (X)
- Escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de hiperactividad,
- Escala de DuPaul,
- Cuestionario comportamental para pre/escolares

- Otra:

d) Evaluación psicológica/educacional mediante test

- Test de vigilancia (como Escala de Conners, test de las Variables de la Atención)
- Test de percepción de diferencias (Thurstone-Yela)
- Escala de inteligencia para niños de Wechsler (subtest Aritmética -dígitos y claves)
- Stroop Color/Word Interference test,
- Test de laberintos de Porteus y subtest de laberintos de Wisc R,
- Batería neuropsicológica de Sevilla,
- Test Illinois de Aptitudes Psico-lingüísticas: subtest de integración visual,
- Test de la Figura compleja de Rey,
- Test de Wisconsin
- Test de atención D2
- Otro:

7. ¿Cómo realiza un diagnóstico diferencial?

Consultando el DSM IV para descartar cualquier trastorno con sintomatología similar.

8. ¿Qué tratamiento utiliza para dicho trastorno?

- a) Intervención farmacológica **X**

¿Qué fármaco utiliza?

- b) Intervención psicológica

- Terapia cognitiva

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

- Terapia cognitivo-conductual

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

- Otra:

c) Tratamiento multimodal

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

d) Otro:

ENTREVISTA SOBRE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

DATOS

Nombre del Profesional: Raúl C.

Profesión: Pediatra

Edad: 44 años

PREGUNTAS

1. ¿En qué lugar realizó su carrera?

La Plata

2. ¿Cuántos años hace que ejerce?

14 años, más o menos

3. ¿Realizó alguna especialización o capacitación en el TDAH?

En caso afirmativo, ¿En qué ciudad ? ¿Cuándo?

Mmm, no

4. ¿Qué definición podría dar del trastorno?

Es un trastorno que se podría definir como de escasa concentración rendimiento defectuoso tanto en la escuela como en el hogar. Tiene una edad de inicio de alrededor

de los 7 años. De acuerdo con la clasificación del DSM IV se dá junto a la hiperactividad e impulsividad.

5. ¿Atiende casos de TDAH? ¿Con qué frecuencia?

Pocos

6. ¿Qué técnicas o instrumentos utiliza para realizar el diagnóstico del trastorno?

- a) Entrevistas clínicas **X**
- b) Examen médico, nutricional, físico **X**
- c) Escalas de medición del comportamiento

¿Cuál?

- Escala de Conners,
- Escala de actividad de Werry Weiss y Peters en la medición de hiperactividad,
- Escala de DuPaul,
- Cuestionario comportamental para pre/escolares
- Otra:

d) Evaluación psicológica/educacional mediante test

- Test de vigilancia (como Escala de Conners, test de las Variables de la Atención)
- Test de percepción de diferencias (Thurstone-Yela)
- Escala de inteligencia para niños de Wechsler (subtest Aritmética -dígitos y claves)
- Stroop Color/Word Interference test,
- Test de laberintos de Porteus y subtest de laberintos de Wisc R,
- Batería neuropsicológica de Sevilla,
- Test Illinois de Aptitudes Psico-lingüísticas: subtest de integración visual,
- Test de la Figura compleja de Rey,
- Test de Wisconsin
- Test de atención D2
- Otro:

7. ¿Cómo realiza un diagnóstico diferencial?

Derivo al neurólogo infantil

8. ¿Qué tratamiento utiliza para dicho trastorno?

a) Intervención farmacológica **X**

¿Qué fármaco utiliza?

Bajo supervisión del neurólogo, metilfenidato

b) Intervención psicológica

○ Terapia cognitiva

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

○ Terapia cognitivo-conductual

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

○ Otra:

c) Tratamiento multimodal

¿En qué consiste, qué técnicas utiliza?

c) Otro.

