

2014-05-13

# El Tratamiento Psicológico del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad

Lapenta, Sabrina

---

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/145>

*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**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN - REQUISITO CURRICULAR**  
**PLAN DE ESTUDIOS O.C.S 143/89**

**Apellido y Nombre:**

- Lapenta, Sabrina. Mat. 6637/04.
- Larroquet, Luján. Mat. 6640/04.
- Musialik, Luciana. Mat. 6715/04.

**Radicación:**

Grupo de Investigación en Psicología Cognitiva y Educacional.

Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación (CIMEPB)

**Supervisor:**

Dr. Sebastián Urquijo.

**Título del Proyecto:**

El Tratamiento Psicológico del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad.

**Descripción Resumida:**

La presente tesis tiene como objetivo estudiar el estado del arte en lo que a tratamiento del TDAH respecta. Se describirán los tratamientos psicológicos citados con mayor frecuencia en la literatura científica en la actualidad.

Para ello, se realizará una sistematización de la literatura científica obtenida en bases de datos específicas (Medline, PsycLit, Eric) y otras fuentes.

**Palabras clave:** Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad – Tratamientos – Psicología – Infanto Juvenil.

**Descripción Detallada:****Motivo y antecedentes:**

La primera descripción sistemática del trastorno fue realizada por el médico inglés Still, quien observó a un grupo de niños que presentaban problemas atencionales, excesiva inquietud motora, conductas agresivas e impulsivas y carecían de capacidad para internalizar reglas. Estos síntomas fueron considerados como fallos en el control moral, los que determinaban una escasa capacidad de adecuarse a las demandas sociales (Still, 1902)

En años posteriores, varios autores evidenciaron la existencia de un grupo de niños que sufrían un daño cerebral y manifestaban síntomas similares a los descritos por Still. Este hecho determinó que el trastorno comenzara a entenderse como una alteración neurológica. En esta línea, se sitúan diversos estudios que se refieren al síndrome como “trastorno de comportamiento post encefálico y síndrome orgánico cerebral” (Still, 1902)

En décadas siguientes, Strauss y Lethien (1947) interpretaron la hiperactividad como síntoma de una lesión cerebral exógena y se acuñó al trastorno como “síndrome de Strauss”.

En los años 60, se consideró a la hiperactividad como disfunción cerebral mínima y se le otorga un papel preponderante a los factores neurológicos como responsables del problema (Clements, 1966). Como este concepto no encontró sustento experimental y empírico, se comienza a concebir la hiperactividad como trastorno conductual. De esta manera, el énfasis se pone en la excesiva actividad motora que presentan los niños hiperactivos. Esta

concepción se ve reflejada en la publicación del DSM II, que constituyó la primera clasificación que incluía este trastorno como “Reacción hiperkinética en la infancia y la adolescencia” (American Psychiatric Association, 1968)

En los años 70, Douglas (1972) argumentó que la deficiencia básica del trastorno residía en la incapacidad de centrar la atención y un signo característico del trastorno era la impulsividad. En la base de estas dificultades se encuentra la capacidad de autorregulación. Estas aportaciones influyeron en la clasificación del DSM III la cual supuso un cambio en el enfoque, al reconocer como ejes básicos la desatención y la impulsividad, dejando a un segundo plano los síntomas de hiperactividad (American Psychiatric, 1980)

Fue con la publicación del DSM- IV y DSM- IV- TR (American Psychiatric Association, 1994-2000) que se vuelve a contemplar el subtipo de TDAH “con predominio del déficit de atención.

En la actualidad, el TDAH puede definirse como un trastorno de base neurobiológica que se manifiesta por distintos grados de inatención, hiperactividad e impulsividad. (Bernaldo de Quirós, Joselevich, Moyano y Scándar, 2003) Estos síntomas nucleares o primarios se presentan de manera más persistente y acusada que lo observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. (Cardo y Servera, 2003; American Psychiatric Association, 2000)

La inatención puede ser definida como la incapacidad o dificultad de mantener o sostener la atención focalizada en los estímulos relevantes de manera prolongada.

La hiperactividad, se refiere a un patrón de movimiento y actividad excesivo incluso cuando esta actividad no tiene un objetivo concreto, todo esto en un grado mayor al esperable para un sujeto de un sexo y grupo étnico determinado.

La impulsividad por su parte, puede definirse como la dificultad para regular, inhibir, o postergar la propia conducta. Faltaría un componente reflexivo previo a la acción, lo que los lleva a no evaluar las consecuencias de sus actos antes de ejecutarlos.

Estos síntomas primarios conformarían la base del cuadro, viéndose acompañados en cada caso particular, por una constelación de síntomas secundarios, que terminan de completar el cuadro. Diversos autores mencionan como síntomas secundarios: bajo umbral de tolerancia a la frustración, un daño crónico en la autoestima, inconvenientes en la interacción con

otras personas, dificultad para postergar las gratificaciones, trastornos de la conducta social y escolar, dificultades para mantener cierto nivel de organización en la vida y en las tareas personales (estudio, trabajo, relaciones interpersonales), poca consideración y respeto por los sentimientos de otras personas, etc. (Gratch, 2009)

Con respecto a la prevalencia del trastorno puede decirse que se trata de una de las alteraciones neuroconductuales más frecuentes en la infancia y la adolescencia. Afecta aproximadamente al 3-10% de los niños de todo el mundo, es mucho más frecuente en varones que en mujeres, con proporciones varón a mujer que oscilan entre 4:1 y 9:1 (en función de si la población es general o clínica) y, frecuentemente, algunos de sus síntomas persisten en la edad adulta. (Albert, López-Martín, Fernández-Jaén, Carretié, 2008; American Psychiatric Association, 2000).

En la actualidad, el diagnóstico de este trastorno se efectúa siguiendo los criterios proporcionados por el DSM-IV. Los mismos consisten en:

- Presencia de seis o más síntomas de desatención; y/o seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad persistentes por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.
- Presencia de síntomas antes de los 7 años de edad.
- Presencia de alteraciones provocadas por los síntomas en dos o más ambientes.
- Deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un TGD, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

En función de estos criterios diagnósticos, y del predominio de uno u otro conjunto de síntomas, surgirán tres subtipos de TDAH:

*Tipo combinado:* Si aparecen seis o más síntomas de desatención y seis o más de hiperactividad-impulsividad durante los últimos 6 meses.

*Tipo con predominio del déficit de atención:* Si aparecen seis o más síntomas de desatención pero presenta muy pocos o ningún síntoma de hiperactividad-impulsividad durante los últimos 6 meses.

*Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo:* Si aparecen seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad pero presenta muy pocos o ningún síntoma de desatención durante los últimos 6 meses.

Habitualmente, el TDAH es diagnosticado por primera vez, en los años de enseñanza elemental cuando la capacidad escolar queda afectada. (American Psychiatric Association, 2000) En muchos sujetos, los síntomas se atenúan a medida que avanza la adolescencia y durante la vida adulta.

En la evolución y el pronóstico de los niños con TDAH influyen múltiples factores como: la gravedad inicial del trastorno del niño, incluida la presencia o ausencia de signos neurobiológicos menores; la presencia inicial de conductas agresivas u otros trastornos de comportamiento asociados; la prontitud del diagnóstico; la adecuación y éxito de los programas de entrenamiento al perfil cognitivo, comportamental y emocional del caso; las características socio- familiares; la presencia del TDAH en uno o ambos progenitores; la presencia de dificultades de aprendizaje asociados; el éxito de los programas de control de conducta en la familia y en la escuela y el grado de éxito de las medidas de prevención de dificultades académicas. (Orjales Villar, 2000).

El TDAH suele aparecer comorbido junto con: trastorno negativista desafiante; conductas agresivas; dificultades de aprendizaje, como trastorno del cálculo, trastorno de la escritura y trastorno de la lectura; dificultades de coordinación; o trastornos del ánimo, como depresión y/o ansiedad. (Orjales Villar, 2004)

En cuanto a la etiología del TDAH, hasta hoy no se ha conseguido una evidencia definitiva que explique sus orígenes. Entre los especialistas en el trastorno, conviven diferentes teorías etiológicas y explicativas, aunque la mayoría coincide en que es un desorden de etiología compleja, en la cual interaccionan factores genéticos, neurobiológicos, ambientales y sociales. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes, 2010; Etchepareborda y Díaz Lucero, 2009; Albert, et al., 2008; Grau Sevilla, 2006; Cardo y Servera, 2008; Mena Pujol, Nicolau Palou, Salat Foix, Tort Almeida, Romero Roca, 2006) Para sostener esto, los autores se apoyan en los siguientes argumentos:

- Existe evidencia suficiente sobre la base genética del TDAH.
- Diversos estudios señalan que el TDAH tiene una base orgánica relacionada con alteraciones en áreas cerebrales como la frontal, temporal, circuitos cortico-subcorticales, ganglios de la base, estriado y caudado fundamentalmente.
- A nivel neuroquímico, hay evidencia del compromiso de la dopamina y la noradrenalina. La eficacia de los tratamientos con medicamentos dopaminérgicos y noradrenérgicos, como el metilfenidato y la atomoxetina, apoyan estos resultados.
- Si bien el TDAH suele persistir en la edad adulta, hay evidencia de que el tratamiento temprano evita, o por lo menos atenúa, las complicaciones y aparición de estados comórbidos en el futuro. (Etchepareborda y Díaz Lucero, 2009; Grau Sevilla, 2006)

Sin embargo, todavía hay posturas que sostienen que el TDAH como entidad nosográfica no existe, que no existe evidencia científica suficiente para declararlo un desorden objetivo.

Los autores que defienden esta postura, se apoyan principalmente en lo siguiente:

Primero, que las diferencias anatómicas que se encuentran en los pacientes con TDAH pueden ser diferencias no patológicas, fruto de la neurodiversidad de los seres humanos.

Segundo, que no se sabe realmente la causa del TDAH y la descripción del trastorno se basa solo en observaciones del comportamiento, por lo cual podría ser un trastorno psicológico o emocional y no una enfermedad real, debida a situaciones particulares de crianza y educación. (Etchepareborda y Díaz Lucero, 2009)

Al consultar la bibliografía nos encontramos con que, si bien es una de las patologías más frecuentes en la consulta psicológica infantil, existen muchos programas para docentes, orientaciones a padres, pautas para modificar el ambiente y la conducta del niño, pero no existe el mismo desarrollo en lo que a programas de tratamiento psicológico se refiere. En este trabajo se intentará, por medio de revisión bibliográfica, identificar las diferentes propuestas de tratamiento tratando de determinar efectos, eficacia e interdisciplina.

**Objetivos generales y particulares:**

- Relevar las investigaciones que configuran el estado del arte sobre el TDAH.
- Hacer una revisión bibliográfica acerca de los diferentes tratamientos psicológicos que existen para el TDAH, analizarlos, compararlos y determinar cuales de los aspectos deficitarios del trastorno tratan y cuales dejan de lado.

**Hipótesis (si correspondiera):**

Por el carácter exploratorio del trabajo, no corresponde.

**Métodos y técnicas:**

Los métodos se basan en la revisión exhaustiva de la literatura científica a través de bases de datos y otras fuentes confiables, y su posterior análisis crítico y sistemático. Éste último se realizará tomando en consideración variables como antigüedad, tipo de tratamiento, enfoque psicológico, interdisciplina, eficacia y duración.

**Cronograma de actividades:**

Actividad	1	2	3	4	5	6
Búsqueda bibliográfica.						
Análisis de la información obtenida.						
Obtención de resultados y conclusiones.						

**Bibliografía básica de referencia:**

- Albert, J., López-Martín, S., Fernández-Jaén, A., Carretié, L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. Revista de Neurología, 47, 39-45.
- Albert, J., López-Martín, S., Fernández-Jaén, A., Carretié, L. (2009) Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. JANO (1729)



- American Psychiatric Association (1968). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2° ed.), Washington DC.
- American Psychiatric Association (1980). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (3°ed.). Washington DC.
- American Psychiatric Association (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4° ed.). Washington DC.
- American Psychiatric Association (2000) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4° ed., texto revisado). Washington DC.
- Benasayag, L. y Dueñas, G. Mi hijo, mi alumno... tiene problemas de atención y/o de hiperactividad. <http://www.forumadd.com.ar/documentos/t9.htm> consulta on line: 15 de julio de 2012.
- Bernaldo de Quirós, G., Joselevich, E., Moyano B. y Scándar, R. (2003). AD/HD Qué es, Qué hacer. Recomendaciones para padres y docente. Paidós. Buenos Aires.
- Cardo, E., y Servera, M. (2003) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Una visión global. *An Pediatr (Barc)* 2003; 59: 225-8.
- Cardo, E., y Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Rev Neurol*, 46 (6), 365-372.
- Douglas, V. I (1972) Stop, Look and Listen. The problem of sustained attention and impulse control in normal children. *Canadial Journal of behavioural Science*, 4, 159-182.
- Etchepareborda, M. y Díaz Lucero, A. (2009) Aspectos controvertidos en el trastorno de déficit de atención. *Medicina (B. Aires)* [online] vol.69, n.1 supl.1 Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Gratch (2009). El trastorno por deficit de atención (ADD-ADDH). Clínica diagnóstico y tratamiento en la infancia. La adolescencia y la adultez. Ed. Médica Panamericana Buenos Aires.
- Grau Sevilla, M. D. (2006) Tesis Doctoral “Análisis del Contexto Familiar de Niños con TDAH” dirigida por Dra. Ana Miranda Casas. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Valencia.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes (2010). Guía de

Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18.

- Mena Pujol, B., Nicolau Palou, R., Salat Foix, L., Tort Almeida, P., Romero Roca, B. (2006) Guía práctica para educadores. El alumno con TDAH. Barcelona. Fundación ADANA. Ediciones Mayo.
- Orjales Villar, I. (2000) Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. Revista Complutense de Educación, vol. 11, n.º 1:71-84
- Orjales Villar, I. (2004) Problemas de conducta en el niño con TDAH: estrategias de intervención en el aula. <http://www.tdahcantabria.es/> consultado on line 25 de junio de 2012.
- Still, G. F (1902). Some abnormal psychological conditions in children, Lancet,pp 1008-1012.
- Strauss,A.A y Lethinen, L (1947) Psychopatology and education of the brain Injured child. New York. Grune Stratton.
- Villegas, O. Tengamos Buenos Días con niños de conducta hiperactiva. <http://www.fnc.org.ar/guias.html> consultado on line: 1 de julio de 2012.

Firma del Supervisor

Firma de los alumnos

P/ Área de Investigación

Resultado de la evaluación (aprobado / rehacer)

Fecha: