

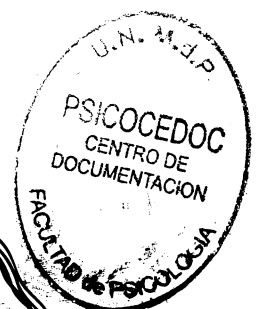
TÉSIS DE PREGRADO  
PEDELABORDE, BÁRBARA MAT. 6737/04  
ROWEIN MAIER, SANDRA VIVIANA MAT. 7103/05  
SUPERVISOR ESP. LILIANA BAKKER  
CO-SUPERVISOR: LIC. JOSEFINA RUBIALES  
NOVIEMBRE 2015

  
UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE MAR DEL PLATA

  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CRITERIOS PROFESIONALES EN EL  
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NIÑOS CON

# TDAH



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**PROYECTO DE INVESTIGACION – REQUISITO CURRICULAR  
PLAN DE ESTUDIOS 1989 O.C.S 143/89**

**APELLIDO Y NOMBRES:**

Pedelaborde, Bárbara

Matrícula N° 6737/04

Rowein, Sandra Viviana

Matrícula N° 7103/05

**TITULO DEL PROYECTO**

“Criterios profesionales en el diagnóstico y tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad”

**SUPERVISOR:** Esp. Liliana Bakker

**CO-SUPERVISOR:** Lic. Josefina Rubiales

**PALABRAS CLAVES:** Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad –  
Tratamiento – Diagnóstico

**DESCRIPCION RESUMIDA**

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el trastorno neurocomportamental mas común en la infancia y en la adolescencia. Etiológicamente es considerado un trastorno multifactorial con una base neurobiológica y predisposición genética que interactúa con factores ambientales. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Investigaciones actuales han subrayado como aspecto clave de su abordaje la evaluación de las comorbilidades asociadas. Actualmente se advierte un interés público

N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
18 p	
	N° INVENTARIO:
	2-01426



creciente hacia el TDAH, con un intenso debate en los medios relativo al proceso diagnóstico, la evaluación del seguimiento y las estrategias terapéuticas en este grupo de pacientes.

El presente proyecto tiene como objetivo explorar los criterios diagnóstico y tipos de tratamientos implementados por los profesionales de la salud en la atención de niños con TDAH orientado a indagar la formación y experiencia clínica en TDAH, así como identificar los procesos diagnósticos y tratamientos implementados, en consonancia con los criterios utilizados en la bibliografía actual. Se corresponde con un diseño transversal, descriptivo no experimental. La muestra abordada estará conformada por profesionales de la salud infanto-juvenil de la ciudad de Mar del Plata.

→ no sería  
comparar?

## DESCRIPCION DETALLADA

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el trastorno neurocomportamental más común en la infancia y en la adolescencia. Se caracteriza como un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en las personas con un grado de desarrollo similar<sup>2</sup> (APA, 2002). Paralelamente a esta tríada diagnóstica, existen numerosas evidencias que confirman que los niños con TDAH presentan déficit en las funciones ejecutivas y que la evaluación de las mismas puede ser útil para identificar a los niños con el trastorno y como herramienta adicional<sup>2</sup> de diagnóstico (Holmes et al., 2010). Además de las disfunciones cognitivas, el trastorno se caracteriza por la presencia de importantes deficiencias motivacionales y emocionales (Bitaubé, López-Martin, Fernández-Jaén & Carretié-Arangüena, 2009). ✓

hasta el quinto la  
1ra vez

El TDAH se inicia antes de los 7 años y puede perdurar hasta la vida adulta en un 75% de los casos. Presenta una prevalencia mundial del 5,29% en niños en edad escolar (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007), ✓ siendo más frecuente en varones que en mujeres con una relación de tres a uno (Valdizán, Mercado, & Mercado-Undanivia, 2007).

La sintomatología provoca un fuerte impacto en el ámbito familiar, social y académico del niño. Las consecuencias generales del desempeño y

comportamiento de personas con TDAH se traducen en un bajo rendimiento en el aprendizaje, en problemas de conducta, en dificultades de convivencia en el hogar, con irritabilidad de los padres y relaciones tensas con los hermanos, en aislamiento provocado por rechazo, frustración, afectación importante de la autoestima y agresividad (Barkley, 1999; Joselevich, 2005).

Etiológicamente es considerado 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. (Vicario, Esperón, 2008).

El diagnóstico es fundamentalmente clínico (García García et al, 2008). Actualmente, se establece el diagnóstico por medio del cumplimiento de criterios clínicos específicos en aquellos niños en los que existan algunos síntomas de sospecha del trastorno (Buñuel Álvarez, 2006). Dichos criterios se encuentran establecidos en las dos clasificaciones científicas internacionales más destacadas: el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, (APA, 2002) y la Clasificación Internacional de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud, OMS, (CIE-10) (1992).

La revisión de la bibliografía actual sobre evaluación del TDAH fundamenta la realización de una evaluación multidisciplinar para alcanzar el diagnóstico que abarque los siguientes aspectos: historia clínica evolutiva, administración de escalas y cuestionarios comportamentales a padres y docentes, entrevista y observación del comportamiento del niño o adolescente, solicitud de informe escolar y entrevista con los profesores, evaluación neuropsicológica/cognitiva, evaluación psicológica y estudios complementarios para descartar patologías clínicas (Joselevich, 2005; Barkley, 2006; Herreras, 2007; Vaquerizo-Madrid, 2008) no está

Investigaciones actuales han subrayado como aspecto clave de su abordaje la evaluación de las comorbilidades asociadas. En un 87% de los casos se ha encontrado asociación con un diagnóstico comórbido. Se entiende por comorbilidad los trastornos psiquiátricos y de aprendizaje que coexisten con el diagnóstico de TDAH, siendo la regla más que la excepción (Vicario, Esperón,



2008). Las comorbilidades más frecuentes del TDAH son: dificultades específicas del aprendizaje, trastornos de ansiedad, problemas de conducta, Trastorno oposicionista-desafiante; Depresión y Síndrome de Tourette o tics (Mulas et al, 2006; Joselevich, 2005; Artigas-Pallarés, 2003).

Respecto al tratamiento la bibliografía actual establece un tratamiento adaptado a cada individualidad, considerando que el tratamiento del TDAH debe planificarse desde una perspectiva multimodal, basado en el complemento de los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos, con una estrecha comunicación entre profesionales (médicos, psicólogos y profesores) y familiares. Es necesario atender al abordaje psicoeducativo del niño, la familia y la escuela. Los objetivos del tratamiento son principalmente el control de los síntomas del TDAH, la comorbilidad asociada y la repercusión sobre el entorno familiar, escolar y social del paciente (Loro-López, 2009).

Actualmente se advierte un interés público creciente hacia el TDAH, con un intenso debate en los medios relativo al proceso diagnóstico, la evaluación del seguimiento y las estrategias terapéuticas en este grupo de pacientes. Se ha destacado el creciente sobrediagnóstico de la enfermedad en los últimos 10 años, y la gran variación en los patrones de diagnóstico y métodos de evaluación de los niños (Martínez-Bermejo, Moreno-Pardillo, Soler-López, 2008).

El presente proyecto tiene como objetivo explorar los criterios diagnóstico y tipos de tratamientos implementados por los profesionales de la salud en la atención de niños con TDAH orientado a indagar la formación y experiencia clínica en TDAH, así como identificar los procesos diagnósticos y tratamientos implementados, en consonancia con los criterios utilizados en la bibliografía actual.

## **OBJETIVO GENERAL**

- Explorar los criterios diagnóstico y tipos de tratamientos implementados por los profesionales de la salud en la atención de niños con TDAH en la ciudad de Mar del Plata.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Caracterizar la formación académica sobre TDAH en los profesionales de la salud infantil en la ciudad de Mar del Plata.
- Describir los procesos diagnósticos implementados por los profesionales de la salud en la atención de niños con TDAH.
- Identificar los tipos de tratamientos implementados por los profesionales de la salud en la atención de niños con TDAH.
- Analizar la correspondencia entre los tratamientos utilizados por los profesionales entrevistados y los criterios actuales en la bibliografía del TDAH

## **METODOS Y TECNICAS**

El presente proyecto se corresponde con un diseño transversal, descriptivo no experimental. La muestra abordada estará conformada por 20 profesionales de la salud infanto-juvenil de la ciudad de Mar del Plata (Psicólogos, Psiquiatras, Neurólogos, Pediatras, Psicopedagogos).

Se realizarán entrevistas en profundidad relevando datos de formación académica, experiencia clínica, proceso diagnóstico implementado y tratamientos utilizados.

Se realizará una búsqueda, exploración y análisis de bibliografía específica, la cual será utilizada para la confección del marco teórico y como parámetro para el posterior análisis.

## **LUGAR DONDE SE REALIZARA EL TRABAJO**

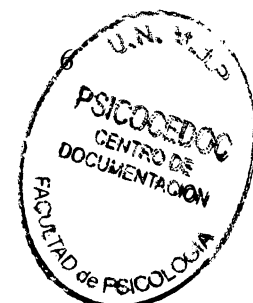
Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MESES					
	1	2	3	4	5	6
Búsqueda y revisión bibliográfica	X	X	X	X	X	X
Desarrollo del marco teórico	X	X				
Elección de los ejes temáticos de las entrevistas, y planificación de las mismas.			X			
Administración de las entrevistas.				X		
Análisis del contenido de las entrevistas				X	X	
Procesamiento de los datos					X	
Elaboración del informe final						X

## BIBLIOGRAFIA

- APA. Asociación Americana de Psiquiatría. (2002) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM IV. Barcelona: Masson.
- Artigas-Pallarés, J. (2003) Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. *Revista de Neurología*; (36), Suplemento 1, S68-78.

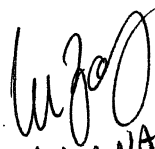


- Barkley, R. A. (1999). *Niños Hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. España: Ed. Paidós.
- Barkley, R. A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de Neurología*, (48), Suplemento 2, S101-106.
- Buñuel Álvarez, J.C. (2006). Diagnóstico del trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad. Una visión desde la evidencia científica. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, (8), Suplemento 4, S25-37.
- Bitaubé, J. A., López-Martín, S., Fernández-Jaén, A., Carretié Arangüena, L. (2009). Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. *JANO*, (1), 729.
- Esperon, C, S., Vicario, I, H. (2008). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. Madrid: Clínica Universitaria, Facultad de Medicina.
- García García, M. D., Prieto Tato, L. M., Santos Borbujo, J., Monzón Corral, L., Hernández Fabián, A., San Feliciano Martín, L. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema actual. Barcelona: *Anales de Pediatría*, (69), Suplemento 3, S244-50.
- Herreras, C (2007), Propuesta psicoeducativa de evaluación y tratamiento en niños/as con TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, (7), Suplemento 1, S110-124.
- ✓ Holmes, J., Gathercole, S. E., Place, M., Alloway, T. P., Elliott, J. G., Hilton, K. A. (2010). The Diagnostic Utility of Executive Function

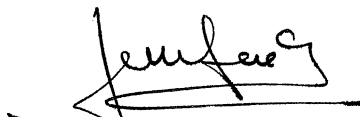
Assessments in the Identification of ADHD in Children. *Child and Adolescent Mental Health*, 15 (1), 37–43.

- Joselevich, E. (2005). AD/HD, qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y docentes. Buenos Aires: Ed. Paidós. ✓
- López, Martín (2009), "Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas". *Revista de Neurología* (1), 39-45. (2)
- Loro-López, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, B., Pando, F., Varela-Casal, P., Campos, J.A., Correas-Lauffer, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, (49), Suplemento 5, S 257-264. ✓
- Martínez-Bermejo A., Moreno-Pardillo D.M., Soler-López B. (2008). Evaluación del diagnóstico y tratamiento de los niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad en España mediante la técnica *Achievable Benchmarks of Care* (ABC). *Revista de Neurología*, (47), Suplemento 9, S451-456. ✓
- Mulas, F., Etchepareborda, M. C., Abad-Mas, L., Díaz-Lucero, A. H., Hernández, S., de la Osa-Langreo, A., Pascuale, M. J., Ruiz-Andrés, R. (2006). Trastornos neuropsicológicos de los adolescentes afectados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, (43), Suplemento 1, S71-81. ✓
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades. Ginebra: Décima revisión (CIE-10). ✓


- Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Lessa Horta, B., Biederman, J, Rohde, L. A. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry*, 164: 942-948. ✓
- Valdizán, J.R., Mercado, E., Mercado-Undanivia, A. (2007) Características y variabilidad clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niñas. *Revista de Neurología*, (44), Suplemento 2, S27-30. ✓
- Vaquerizo-Madrid. (2008). Evaluación clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad, modelo de entrevista y controversias. *Revista de Neurología*, (46), Suplemento 1, S37-41. ✓


  
HANNA BAKKER

Firma del Supervisor

  
Josefina Pulidoles

Firma del Co-supervisor

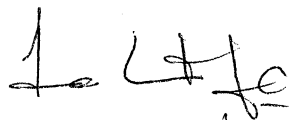
  
Sandra Uruiza Roweiro

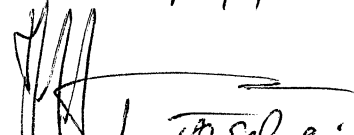
  
Patricia Peñabazca

Firma de los alumnos

DERIVADO A DRA. CIANET JURIC, 2 de mayo 28/09/11

Firma del Evaluador:

  
Lorena Conet Juric

  
Lic. D. Selgei  
Evaluador del Proceso

Resultado de la evaluación: aprobado/ rehacer

Aprobado

Fecha:

5/10/2011

Este informe final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad de los alumnos: Bárbara Pedelaborde, Mat. 6737/04 y Sandra Viviana Rowein Maier, Mat. 7103/05 de la Facultad de Psicología de la Universidad de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores.

El que suscribe manifiesta que el presente informe final ha sido elaborado por los alumnos: Bárbara Pedelaborde, Mat. 6737/04 y Sandra Viviana Rowein Maier, Mat. 7103/05 ; conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 17 días del mes de Noviembre del año 2015.



Sandra Viviana Rowein Maier

Supervisor:

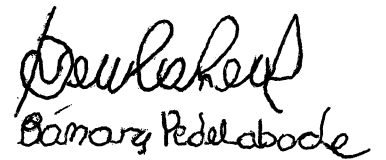
Firma:

Aclaración:

Sello:



BARBARA PEDELABORDE



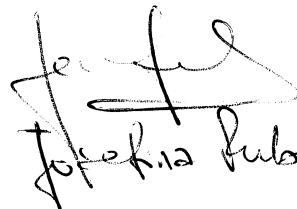
Bárbara Pedelaborde

Co-Supervisor:

Firma:

Aclaración:

Sello:



Josefina Rubiales



### Informe de Evaluación del Supervisor y Co-Supervisor:

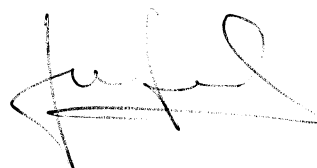
La presente investigación se desarrolló con el objetivo de explorar los criterios diagnóstico y tipos de tratamientos implementados por los profesionales de la salud en la atención de niños con TDAH orientado a indagar la formación y experiencia clínica, así como identificar los procesos diagnósticos y tratamientos implementados, en consonancia con los criterios utilizados en la bibliografía actual.

En calidad de supervisora y co-supervisora de la investigación consideramos que los objetivos del trabajo se lograron satisfactoriamente, realizando las tareas propuestas inicialmente. Las alumnas se han mostrado motivadas y con buena predisposición en todas las etapas del proceso, en la búsqueda y análisis bibliográfico, en el contacto con los profesionales, la administración de las entrevistas, en el análisis de los resultados obtenidos, así como en la elaboración del informe final, demostrando una actitud positiva ante las sugerencias y correcciones realizadas en el transcurso del trabajo.

Los datos obtenidos permiten realizar una descripción de la situación actual en cuanto a los criterios diagnóstico y de tratamiento de los niños con TDAH, generando información valiosa y original para nuestro contexto sociocultural favoreciendo la reflexión y abriendo posibles caminos a futuras líneas de investigación.



Supervisor



Co-Supervisor

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por Bárbara Pedelaborde, Mat. 6737/04 y Sandra Viviana Rowein Maier, Mat. 7103/05

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

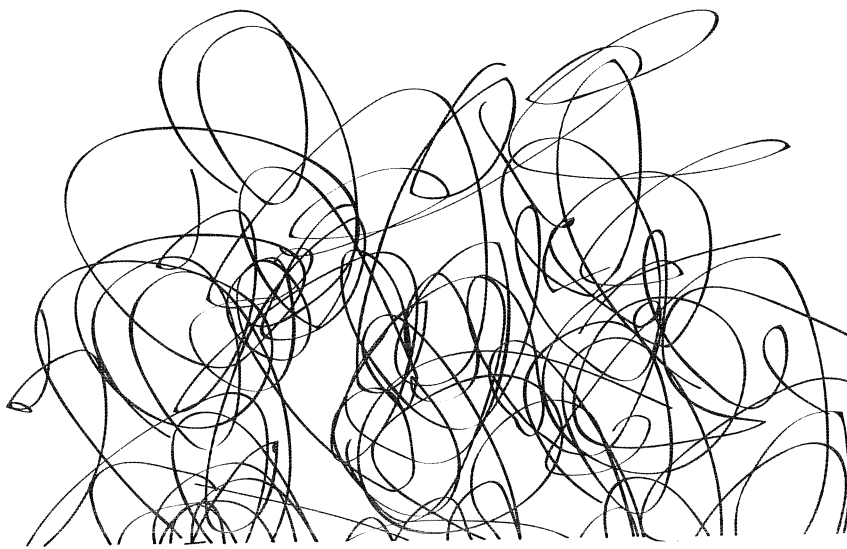
Fecha de aprobación:

» ÍNDICE



» INTRODUCCIÓN.....	04
» FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.....	06
. Definición y descripción	
. Prevalencia	
. Evolución conceptual del trastorno	
. Etiología	
. Manifestaciones clínicas	
» DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TDAH.....	19
. Diagnóstico	
. Subtipos	
. Diagnóstico diferencial y comorbilidades	
. Tratamiento	
» MATERIALES Y MÉTODOS .....	47
» RESULTADOS .....	52
» CONCLUSIONES.....	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	72
» AGRADECIMIENTOS .....	88
» ANEXOS .....	90

# » INTRODUCCIÓN



El Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico, complejo y heterogéneo, que se caracteriza por disfunciones cognitivas y por la existencia de alteraciones afectivas, tanto motivacionales como emocionales (López-Martín, Fernández-Jaén & Carretié, 2008).

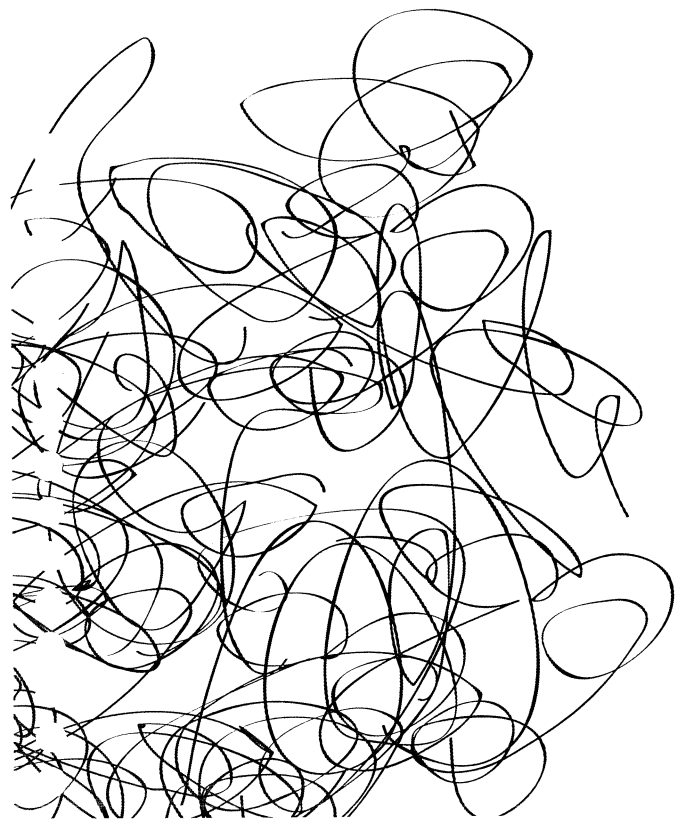
La variabilidad en su manifestación clínica incluye síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad (APA, 2013). Estos síntomas son comunes a la población general, por lo tanto, no es su presencia lo que determina la disfuncionalidad sino la intensidad y frecuencia en cada etapa evolutiva; asimismo se debe considerar el contexto en el que se manifiestan y la repercusión que tienen en el funcionamiento social, emocional y cognitivo del niño (López-Martín, Fernández-Jaén & Carretié, 2008).

Se caracteriza básicamente por una atención lábil y dispersa, impulsividad e inquietud motriz exagerada para la edad del niño, sin dirigirse a un fin. Los síntomas suelen aparecer en edades muy tempranas, generalmente antes de los siete años, dándose con mayor frecuencia entre los varones (Cerdeira, Domic, Quiroz, Ramos & Urzúa, 2009).

Los niños con TDAH presentan, además de excesiva inquietud, dificultades para concentrarse lo cual conlleva problemas en el aprendizaje, inadecuación de su comportamiento en distintos ambientes (ejemplo: casa-escuela) e inmadurez para su edad (Sibón Martínez, 2010).

El presente proyecto tiene como objetivo explorar los criterios diagnóstico y tipos de tratamientos implementados por los profesionales de la salud en la atención de niños con TDAH orientado a indagar la formación y experiencia clínica, así como identificar los procesos diagnósticos y tratamientos implementados, en consonancia con los criterios utilizados en la bibliografía actual.

## » FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA



## **Definición y descripción**

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se caracteriza como un patrón persistente de síntomas de inatención, exceso de actividad e impulsividad (Bitaubé, López-Martín, Fernández-Jaén, & Carretié Arangüena, 2009).

El resultado de esta falta de atención e impulsividad así como su exceso de actividad suele ser, para el niño, un gran problema en la interacción socio-cultural y su rendimiento escolar (Sibón Martínez, 2010), debido a la dificultad en autorregular su comportamiento a causa de una disfunción en el control inhibitorio (Félix Mateo, 2006).

Los primeros síntomas del TDAH se pueden observar tempranamente en la infancia, durante los años preescolares, incluso antes de los 3 años (Amador Campos & Krieger, 2013).

La investigación clínica ha demostrado que más del 50% de los niños y adolescentes con TDAH tendrán manifestaciones sintomáticas en la vida adulta. Sin embargo, aquellos que han aprendido a desarrollar una conducta con buena socialización, presentarán disminuidas las manifestaciones con respecto a los síntomas de hiperactividad (Cela & Herreras, 2007). Se modifican los síntomas ya que la impulsividad se va poco a poco atenuando para dejar en primer plano los problemas atencionales. Para ser posible el diagnóstico de TDAH de adulto, debe existir un TDAH infantil, diagnosticado o no, aunque en este último caso requiere una evaluación retrospectiva con las dificultades inherentes a esta búsqueda (Szerman, 2008).

El diagnóstico se fundamenta en criterios clínicos de déficit de atención e hiperactividad establecidos en las dos clasificaciones científicas internacionales más destacadas: el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V) de la Asociación Psiquiátrica Americana, APA y la Clasificación Internacional de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud, OMS, (CIE-10) (García García, Prieto Tato, Santos Borbujo, Monzón Corral, Hernández Fabián & San Feliciano Martín, 2008).

La quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V APA, 2013) diferencia tres subtipos de TDAH:

- Con predominio del déficit de atención (TDAH-DA).
- Con predominio hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI).
- Combinado (TDAH-C).

Para el CIE-10, se denomina Trastorno Hiperkinético, presentando los siguientes subtipos:

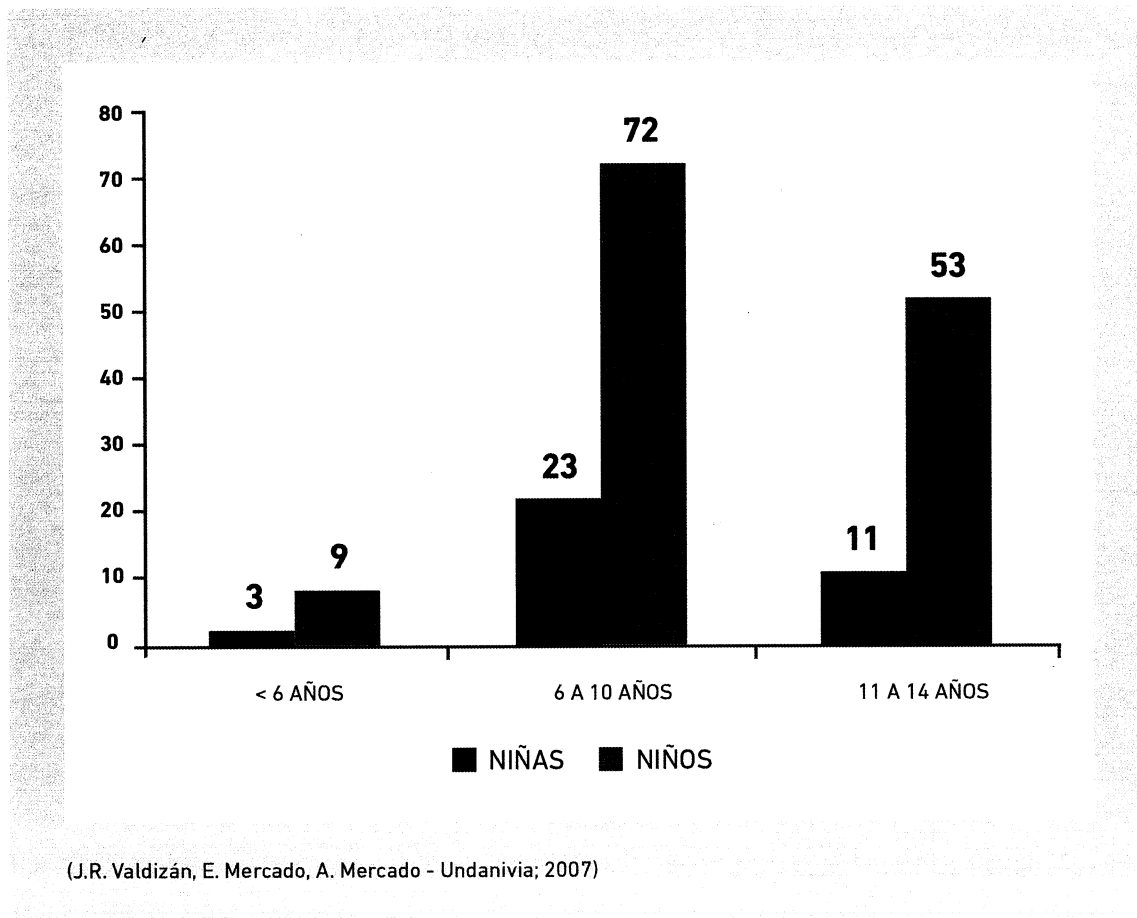
- Déficit de Atención.
- Hiperactividad.
- Impulsividad.

## **Prevalencia**

Presenta una prevalencia mundial del 5,29% en niños en edad escolar (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007), siendo más frecuente en varones que en mujeres con una relación de tres a uno (Valdizán, Mercado, & Mercado-Undanivia, 2007).

En el siguiente gráfico se observan las diferencias de género y edad, anteriormente mencionadas.

**Gráfico N° 1 “Niñas y niños con TDAH”**



## **Evolución conceptual del trastorno**

El TDAH es el resultado de gran variedad de investigaciones. Históricamente se le han dado numerosos nombres entre los que se destacan el de inestabilidad psicomotora, hiperactividad, hipercinesia, lesión cerebral mínima, disfunción cerebral mínima y déficit de atención con y sin hiperactividad.

La primera referencia científica al respecto señala en Alemania a Hoffmann como el primer autor que describe la inestabilidad motora en 1844. (Menéndez Benavente, 2001). Luego, en 1897, Bourneville describe “niños inestables” que se caracterizan por una inquietud física y psíquica, una actitud destructiva y un leve retraso. Y en 1901, Denoor habla de presencia de niños lábiles, que se mueven constantemente, y de dificultad atencional (Senra, 2009).

Sin embargo fue Still en 1902, quien dio la primera descripción de conductas impulsivas y agresivas, falta de atención y, como el mismo describió, problemas conductuales que calificaba de “defectos del control moral” (Menéndez Benavente, 2001). Señaló también la mayor incidencia de este trastorno en niños que en niñas de la misma edad. Still asoció estos trastornos a malformaciones congénitas que se evidenciaban en diferencias de los diámetros craneanos.

La visión parcial que se tenían de estas problemáticas en aquella época radicaba fundamentalmente en el pesimismo en cuanto al pronóstico y el exceso de determinismo biológico, descartando la probabilidad de la influencia de las factores ambientales, de crianza y psicológicos (Gratch, 2009).

El primer autor que plantea la hiperactividad como síndrome es Heuyer en 1914, quién describe una serie de etapas de inadaptación que conducirían hacia la delincuencia y el vagabundeo, y la inadaptación en las áreas familiar, escolar y socio-laboral (Díaz Atienza, 2006).

El primer estudio que introduce variables de tipo neurocognitivo es el de Vermeylen en 1923. Los “niños hiperactivos” obtendrían unos resultados pobres en las pruebas que miden concentración, aunque mejores en las que miden memoria, razonamiento e imaginaciones. Fue el primero en plantear una etiopatogenia psicogenética, proponiendo a la hiperactividad como un trastorno consecuente con una fijación a un estadio arcaico del desarrollo (Díaz Atienza, 2006).

En 1926, Smith propuso utilizar el término de Lesión Cerebral Mínima. Posteriormente y debido a avances en la psiquiatría infantil, de la Neuropsicología y de la Neuropediatría, se decide abandonar el término de Lesión Cerebral Mínima por el de Disfunción Cerebral Mínima ya que no se consideraba que la clínica fuese suficiente para poder emitir el diagnóstico de lesión (Rebollo & Montiel, 2006).

Aparecerá por primera vez, en 1968 en el “Manual de Diagnóstico y Estadística de enfermedades mentales DSM II”, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, bajo el nombre de “Reacción Hiperkinética de la infancia”.

Por otro lado, Douglas en los años 70, argumentó que la deficiencia básica de los niños hiperactivos no era el excesivo grado de actividad, sino la

incapacidad para mantener la atención, especialmente la atención sostenida y la impulsividad, es decir una insuficiente autorregulación (Menéndez Benavente, 2001).

Su trabajo también fue decisivo para que la Asociación Americana de Psiquiatría modificara su descripción en el DSM III, introduciendo nuevos criterios y cambiando el término a “déficit de atención con y sin hiperactividad”. En 1987, en la revisión del manual de diagnóstico y estadística de enfermedades mentales (DSM. III- R), se vuelve a dar importancia a la hiperactividad, situándola al mismo nivel que el defecto de atención (Polaina Lorente, 1997).

Se bien había gran disparidad de criterios entre los años 80 y 90, se realizaron múltiples estudios e investigaciones que culminaron en los criterios diagnósticos de los sistemas actuales de clasificación internacional, siendo los que se manejan en la actualidad: el Manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales- DSM IV TR (APA.2000) y en el elaborado por la organización mundial de la salud, Clasificación internacional de los trastornos mentales, CIE- 10 (OMS, 1992). Aunque la mayoría de los trabajos que se siguen en la actualidad se rigen por las versiones del DSM (Caballo & Simón, 2001).

El modelo de las funciones ejecutivas de Barkley (1997) constituye un intento de justificar y reorientar las hipótesis de investigación con el objetivo de aclarar el diagnóstico y generar programas de intervención mejor adaptado al perfil específico de cada paciente. Teniendo en cuenta la fundamentación neuropsicológica de este modelo, es importante recordar que el empeoramiento o la disminución de la sintomatología en el TDAH se debería a la influencia que la educación tiene en el desarrollo de la capacidad del autocontrol (Orjales Villar, 2000).

Según la clasificación ofrecida por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1994), correspondientes al DSM IV, los subtipos, según el síntoma que predomine, son tres: con predominio del déficit de atención (TDAH-I), con predominio de la hiperactividad-impulsividad (TDAH-H), y mixto o combinado (TDAH-C), con síntomas de los dos anteriores. Esta sería la última clasificación utilizada antes del surgimiento del DSM V.

## **Etiología**

Si bien la etiología ha sido una cuestión debatida y continua en estudio constante, existe consenso sobre la importancia de factores genéticos y ambientales (Ramos Vicente & González Seijo, 2007).

Diversas teorías surgieron a lo largo de los años como intento de explicación de las causas del trastorno. Se trataría de un trastorno multifactorial con una base neurobiológica y una predisposición genética que interactúa con factores ambientales (Hidalgo Vicario & Soutullo Esperón, 2008).

Se considera que es un trastorno heterogéneo con diferentes subtipos, resultado de las distintas combinaciones de los diversos factores de riesgo que actúan conjuntamente.

La etiología del mismo abarcaría los siguientes factores:

- **Factores hereditarios**

Los estudios familiares realizados han encontrado, entre los padres de niños con TDAH, un riesgo relativo entre 2 y 8 veces superior al de la población sin el diagnóstico, de padecer ellos mismos el trastorno. Recíprocamente, el riesgo calculado para un niño de tener diagnóstico de TDAH, si uno de los padres lo padece, es del 57% (Herrerros, Rubio, Sánchez & Gracia, 2002).

El TDAH tiene un marcado componente genético, como así lo indican los estudios de niños adoptados y los estudios en gemelos. Los primeros han observado que la prevalencia del trastorno es mayor entre los familiares biológicos que entre los adoptivos (Bitaubé et al, 2009).

Por su parte, los estudios de gemelos establecen las bases de un trastorno examinando la probabilidad de un niño de padecer un trastorno si su gemelo lo tiene, conocida como la tasa de concordancia. Si un trastorno es fuertemente genético, las tasas de concordancia para los gemelos monocigóticos (idénticos) será mayor en comparación con los gemelos dicigóticos (fraternal) (Kollins, 2009).

Los estudios de gemelos señalan una concordancia del trastorno del 50% al 80% en gemelos monocigotos frente a un 29-33% en dicigotos, siendo este

segundo porcentaje similar al encontrado en otros estudios en relación a hermanos biológicos que no son gemelos. Además, el examen de aquellos gemelos con una expresión clínicamente significativa de TDAH en el estudio de Goodman y Stevens (1989) reveló una heredabilidad del 64% para las dimensiones de hiperactividad e inatención, sugiriendo que cuanto más serio es el grado sintomatológico, más fuertemente intervienen los factores genéticos en el trastorno.

- **Factores neurobiológicos**

El sistema atencional anterior (lóbulo frontal) como estructura cerebral se halla implicado en la ejecución de operaciones cognitivas específicas tales como la memoria, la metacognición, el aprendizaje y el razonamiento. De esta relación se infiere que se encarga de las funciones ejecutivas (Tirapu-Ustárroz, J.M & Muñoz-Céspedes, 2005).

Las funciones ejecutivas son habilidades cognitivas propias de la corteza pre frontal que permiten establecer metas, diseñar planes, seguir secuencias, seleccionar las conductas apropiadas e iniciar las actividades, así como autorregular el comportamiento, monitorizar las tareas y tener flexibilidad en el trabajo cognoscitivo y la organización de la tarea espacio temporal (Delgado-Mejía & Etchepareborda, 2013).

Pineda (2000) (citado por Delgado-Mejía & Etchepareborda, 2013) expone una clasificación de los trastornos con afectación de las funciones ejecutivas como déficit en el sistema de alerta, atención sostenida y selectiva, impulsividad, hiperactividad, memoria de trabajo, así como también dificultades en alguno de los tres mecanismos de control inhibitorio (control de espera, de impulsos o de interferencia), en la autorregulación comportamental, perseveración, rigidez cognitiva, y planificación, entre otros.

El modelo de Barkley considera que el déficit en la inhibición conductual conlleva un deterioro en otras cuatro funciones ejecutivas que dependen de esta inhibición para funcionar adecuadamente. Estas funciones corresponden a:

- 1) Memoria de trabajo no verbal: dificultad en la representación y la manipulación de la información, problema con la organización y manejo del tiempo y déficit en la anticipación de acciones y eventos futuros.
- 2) Memoria de trabajo verbal: capacidad de reflexión interferida, dificultades con las conductas gobernadas o reglas en la solución de problemas, déficit en la comprensión lectora y retraso en el razonamiento moral.
- 3) Autorregulación de las emociones, motivación y activación: excesiva expresión emocional frente a eventos, dificultades para tener en cuenta la perspectiva social de los acontecimientos y déficit en la habilidad para auto-motivarse en el logro de una meta.
- 4) Reconstitución (análisis y síntesis del comportamiento): dificultades en el análisis y síntesis, menor creatividad y diversidad de las conductas dirigidas a metas, dificultad para crear y aplicar reglas, y retraso en la capacidad para imitar y simular conductas.

(Amador & Krieger, 2013).

En los pacientes con TDAH se han observado, a su vez, 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 corteza sensoriomotora; activación de otras redes neuronales y déficit en la focalización neuronal (Hidalgo Vicario & Soutullo Esperón, 2008).

Los trabajos en genética molecular han mostrado asociaciones positivas con diferentes polimorfismos genéticos de sistemas de neurotransmisión implicados en la fisiopatología del TDAH, principalmente con el dopaminérgico, serotoninérgico, noradrenérgico y neurotrofinas como el factor neurotrófico derivado del cerebro (Ramos-Quiroga, Ribasés-Haro, Bosch-Munsóv, Cormand-Rifà & Casas, 2007).

Se han encontrado deficiencias en los neurotransmisores químicos denominados noradrenalina y dopamina en los niños con TDAH. La deficiencia en la liberación de tales transmisores hace más difícil que el organismo mantenga el umbral de estimulación adecuado de las neuronas. De esta manera, los niños con TDAH mantienen una actitud de hipervigilancia, es decir,

que reaccionarían de forma más exagerada a estímulos sensoriales que no despertarían reacciones en niños sin el diagnóstico (Sibón Martínez, 2010).

Así, se presenta una disfunción en el desarrollo de los circuitos cerebrales en que se apoya la inhibición y el autocontrol. Ambos neurotransmisores están implicados en la función atencional y la dopamina también en la regulación motora (Hidalgo Vicario & Soutullo Esperón, 2008).

Existen siete genes que, si bien solo son una parte de aquellos que han sido estudiados, son los candidatos específicos que han obtenido la máxima evidencia de estar realmente asociados con el TDAH: genes receptores de la dopamina (DRD4 y DRD5), gen transportador de la dopamina (DAT1); genes serotoninérgicos (SCL6A4 y HTR1B), gen de la proteína 25 asociado a sinaptosomas (SNAP-25) y el gen de la dopamina beta-hidroxilasa (Kollins, 2009).

Los avances en neuroimagen en la última década han aportado numerosos hallazgos en el TDAH. El rápido desarrollo tecnológico, junto con el de la genética y la investigación neuroquímica, sugiere una disfunción del circuito frontoestriatal que involucra a la corteza prefrontal y a su relación con los núcleos de la base, tálamo y cerebelo, como base fisiopatológica de este trastorno (Fernández-Mayoralas, Fernández-Jaén, García-Segura & Quiñones-Tapia, 2010).

El sustrato neuroanatómico y funcional de los modelos cognitivos más recientes para el TDAH es la alteración de los circuitos estriadotalamocorticales, los cuales serían fundamentales en la regulación sensoriomotora, cognitiva y emocional de la conducta, y estarían implicados en la etiopatogenia de un amplio espectro de trastornos neurodegenerativos y del desarrollo, entre ellos el TDAH. Adicionalmente, estos modelos consideran que las vías funcionales implicadas pueden ser afectadas por el medio ambiente y la sociabilización durante el desarrollo e interactuar entre sí, modificando la presentación clínica (Henríquez-Henríquez, Zamorano-Mendieta, Rothhammer-Engel & Aboitiz, 2010).

- **Factores ambientales**

En la etiopatogenia del trastorno se han implicado diversos factores ambientales aunque ninguno de ellos explica por sí solo la mayoría de los casos. Los más citados están relacionados con diferentes complicaciones prenatales y perinatales (Mick, Bierdeman, Prince, Fisher & Faraone, 2002), tales como: bajo peso al nacer (multiplica por 3,1 el riesgo de tener el diagnóstico de TDAH) y consumo materno de alcohol y de tabaco en el embarazo (multiplica por 2,2 en ambos casos). El nivel socioeconómico, la edad de la madre en el embarazo y el cociente intelectual de los padres no aumentan el riesgo de alcanzar el diagnóstico (Bitaubé et al., 2009).

A su vez, en algunos casos las madres de los niños con TDAH, han padecido un fuerte estrés durante el embarazo, lo que se denomina “estrés psicológico inductor de la hiperactividad” (Sibón Martínez, 2010).

La influencia más importante es la que el niño recibe en el ámbito familiar. Por lo tanto, si el niño con TDAH está afectado por algunas de las causas durante el embarazo mencionadas anteriormente (consumo de alcohol, tabaco, o estrés) y, además, se encuentra dentro de un ambiente familiar disruptivo, el trastorno se acentuará (Sibón Martínez, 2010).

Si bien no se ha establecido una relación causal entre el TDAH y los modos de vida, el modelo de la sociedad actual, de consumo y materialista, que favorecen los refuerzos externos inmediatos (internet, videojuegos, televisión, etc), pueden estar contribuyendo a generar una mayor disfuncionalidad del TDAH, al presentar pocas oportunidades para favorecer la atención sostenida, la cultura del esfuerzo, la demora de recompensa, estrategias reflexivas y el autocontrol (Cardo & Servera, 2008).

Se concluye que tanto los factores biológicos como los psicosociales juegan un papel importante en la aparición y mantenimiento del TDAH (Miranda, Amado & Jarque, 2001).

## Manifestaciones clínicas

Basadas en tres elementos claves de acuerdo a lo establecido por la OMS (OMS, 1992) y el DSM V:

1. Nivel de hiperactividad motora inapropiada para la edad.
2. Desatención.
3. Impulsividad en relación con las normas de conducta.

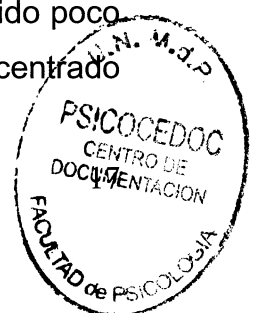
La hiperactividad se vincula con la inquietud, el movimiento constante, la dificultad para permanecer tranquilo y respetar el turno que le corresponde (Beltrán, 2006). Los niños con TDAH presentan una actividad motora elevada en diferentes ámbitos (Senra, 2009), con dificultad para mantenerse sentados en situaciones tales como en la escuela o a la hora de la comida. Inician numerosas actividades sin finalizar ninguna (Loro-López et al., 2009).

La desatención se refiere a la dificultad en mantener la atención y completar tareas, cometer errores por descuido, distraerse muy fácilmente, perder elementos con frecuencia, ser olvidadizo y desorganizado (García García et al., 2008). Los niños con TDAH tienen dificultad a la hora de prestar atención, concentrarse y modular su atención ante respuestas externas (Senra, 2009).

La impulsividad es la dificultad de una persona para controlar sus actos (Gratch, 2009). Estos niños actuarían de forma inmediata sin medir las consecuencias de sus acciones (Senra, 2009).

Paralelamente a esta tríada diagnóstica, los niños con TDAH presentarían déficits en las funciones ejecutivas, resultando útil la evaluación de las mismas para identificar a los niños con el trastorno, y como herramienta adicional de diagnóstico (Holmes et al., 2010). Además de las disfunciones cognitivas, el trastorno se caracteriza por la presencia de dificultades en el plano motivacional y emocional (Bitaubé et al., 2009) debido a la disminución en el nivel atencional que obstaculizaría una buena adaptación al ritmo de estudio (Klimenko, 2009).

Con respecto a las alteraciones emocionales en el TDAH, han sido poco exploradas debido a que el interés de los investigadores se ha centrado



fundamentalmente en los aspectos cognitivos del trastorno. Por tal motivo, los estudios sobre el funcionamiento de las habilidades relacionadas con la competencia emocional (reconocimiento, regulación y expresión de las emociones) en niños y adultos con TDAH son escasos. Sin embargo, ciertos síntomas característicos del trastorno, como la inatención y la impulsividad, podrían dificultar el reconocimiento de distintos estímulos emocionales como las expresiones faciales y la prosodia, originando dificultades en la regulación y expresión de las emociones ya que estarían implicados distintos procesos de control ejecutivo (Albert, López-Martín, Fernández-Jaén & Carretié, 2008).

Por su parte, resulta interesante destacar el estudio que llevaron a cabo Lora Muñoz y Moreno García (2008), en la cual analizaron la relación existente entre el TDAH (incluyendo los diferentes subtipos) y diversos perfiles sociales, concluyendo que el grupo con subtipo combinado (atencional-hiperactividad/impulsividad), es el que obtiene el mayor índice de alteraciones, muestra un perfil de socialización más desajustado, elevado negativismo y escasa consideración con los demás. Mientras que el grupo con subtipo inatento, con respecto al subtipo combinado, destaca la capacidad de empatía y respeto hacia los demás, con un elevado nivel de ansiedad, retraimiento y timidez en las relaciones sociales, menor capacidad asertiva e iniciativa social, factores que contribuyen a que estos niños tiendan a retraerse y aislarse de sus compañeros, repercutiendo negativamente en su autoestima influyendo de manera adversa a su capacidad atencional. El negativismo y el retraimiento social acentúan la sintomatología hiperactiva en ambos grupos. Las variables más significativas que constituyen el autocontrol y acatamiento de normas sociales, favorecen la disminución de la sintomatología hiperactiva (Lora Muñoz & Moreno García, 2008).

# DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO



## Diagnóstico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Se deberá realizar una anamnesis, en la cual se valorará la presencia de síntomas y su persistencia en distintos ambientes, así como los antecedentes personales y familiares. La exploración física deberá incluir una valoración neurológica, visual y auditiva. Los exámenes complementarios se solicitarán según los hallazgos de anamnesis y exploración física. La evaluación neuropsicológica determinará el nivel intelectual, la capacidad de atención y concentración, así como aspectos emocionales (García García, 2008).

Los estudios psicológicos son complementarios para el diagnóstico, evolución y tratamiento del TDAH (Vasquez, Cardenas, Feria, Benjet, Palacios & de la Peña, 2010).

La entrevista clínica es considerada una herramienta importante en la evaluación diagnóstica, recogiendo información, al menos de tres fuentes: padres, niño y docente, utilizando los criterios del DSM V y/o CIE-10, tanto como para la presencia de síntomas como para los otros criterios de inicio, duración, generalización en distintos ambientes, y deterioro clínicamente significativo, teniendo en cuenta el estadio evolutivo y que los síntomas no aparezcan en el transcurso de, o se expliquen mejor por otro trastorno, aplicado por profesionales con experiencia. En el proceso diagnóstico es muy importante evaluar el funcionamiento familiar (modelos de comunicación, estilos de crianza, conflictos conyugales, estrés, etc.) y el contexto psico-social del niño (impacto del ambiente, de la situación vital del niño, demandas externas, etc.) (Jara Segura, 2009).

La elaboración de una historia clínica completa (antecedentes familiares, personales, patológicos, historia del desarrollo), aporta descripciones conductuales específicas en diversas situaciones como: en tareas estructuradas y/o no estructuradas, el manejo en el trabajo grupal e individual y en actividades de ocio y tiempo libre.

A partir del proceso diagnóstico se evidenciará cuando interconsultar a un especialista y cuando referirlo a otro nivel de atención (Vásquez et al, 2010).

Intervenir en la infancia y adolescencia permite acceder a los problemas en una época de mayor plasticidad del sujeto y de las relaciones que su familia establece con él y, además, contribuye a realizar un trabajo preventivo de la psicopatología posterior (Aznar Bolaño, 2009).

## Criterios diagnósticos y Subtipos

En la actualidad las dos clasificaciones de los trastornos mentales más utilizadas son el DSM V y el CIE-10; ambas describen el trastorno de forma similar, con algunas variaciones sobre los criterios para el diagnóstico y la aceptación de los subtipos (Vásquez, 2010).

A continuación se exponen los criterios diagnósticos del TDAH establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-V).

TABLA 1. *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Criterios diagnósticos del DSM V.*

DESATENCIÓN	HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD	COMBINADO
<p><b>A. 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 (por ejemplo: pasa por alto o no se fija en los detalles, el trabajo es incorrecto o está equivocado)</b></p> <p><b>B. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (por ejemplo: tiene dificultades para mantener la atención durante las clases, conversaciones, o para leer escritos largos)</b></p> <p><b>C. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo: su mente parece estar en otro lugar, incluso en la ausencia de cualquier distracción evidente)</b></p> <p><b>D. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza</b></p>	<p>Seis (o más) de los siguientes síntomas de han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es incompatible con el nivel de desarrollo y que tienen un impacto directo en las actividades sociales y académicas / profesionales</p> <p>Nota: Los síntomas no son únicamente una manifestación de la conducta de oposición, desafío, hostilidad o falta de comprensión de las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 años o más) se requieren, al menos, cinco síntomas.</p> <p><b>A.</b> A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento</p> <p><b>B.</b> A menudo abandona su asiento en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo: deja su lugar en el aula, oficina u otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren permanecer sentado)</p> <p><b>C.</b> A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (Nota: en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)</p>	<p>Si tanto el Criterio A1 (falta de atención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) se cumplen durante los últimos 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> Con predominio del déficit de atención: si se satisface el criterio A1 (falta de atención), pero no el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.</p> <p><input type="checkbox"/> Predominantemente hiperactivo / impulsivo: Si el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) se cumple y el Criterio A1 (falta de atención) no se cumple durante los últimos 6 meses</p>

tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (por ejemplo: comienza tareas pero pierde rápidamente el foco y se distrae fácilmente)

**E. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (por ejemplo: dificultad para realizar las tareas una tras otra, de manera secuencial; dificultad para mantener los materiales y objetos en orden; los trabajos están desordenados y poco organizados; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos)**

**F. A menudo evita, le disgusta o es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo: tareas escolares o domésticas; para adolescentes mayores y adultos, la elaboración de informes, formularios, completar o revisar documentos largos).**

**G. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo: materiales escolares, lápices, libros, herramientas, carteras, llaves, documentos, gafas o teléfonos móviles)**

**H. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes (para los adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados)**

**I. A menudo es descuidado en las actividades diarias (por ejemplo: tareas, hacer recados; para los adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las cuentas, acudir a las citas)**

**D. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio**

**E. A menudo "está en marcha" o suele actuar "como si tuviera un motor" (por ejemplo: no puede estar quieto por un tiempo prolongado, o se siente incómodo, en restaurantes, reuniones, etc.; los demás lo perciben inquieto, que es difícil seguirle el ritmo)**

**F. A menudo habla en exceso**

**G. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas (por ejemplo: completa las frases de otras personas y se entromete en las conversaciones, no puede esperar el turno en la conversación)**

**H. A menudo tiene dificultades para guardar turno (por ejemplo: mientras espera en una cola)**

**I. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo: se entromete en conversaciones o juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de los demás o las coge sin pedir permiso o tenerlo; para adolescentes o adultos pueden entrometerse en lo que otros están haciendo)**

**J. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención estaban presentes antes de los 12 años de edad.**

**K. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la casa, escuela o en el trabajo, con amigos, familiares o en otras actividades).**

**L. Deben existir pruebas claras de que los síntomas interfieren con o reducen la calidad de la actividad social, académica o laboral**

**M. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el curso de una esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno de estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, un trastorno de la personalidad, intoxicación por sustancias o abstinencia).**

**En remisión parcial: Especificar si todos los criterios no se han cumplido durante los últimos 6 meses, aunque anteriormente si se cumplieran todos, y los síntomas presentes todavía causan deterioro en el funcionamiento social, académico u ocupacional.**

**Especifique la gravedad actual:**

**Leve: Poco o ninguno de los síntomas por encima de los necesarios para hacer el diagnóstico están presentes y los síntomas provocan deterioros menores en la actividad laboral o el funcionamiento social.**

**Moderado: Síntomas o deterioro funcional entre "leves" y "graves" están presentes.**

**Grave: Muchos más síntomas de los requeridos para establecer el diagnóstico, o varios síntomas que son particularmente graves, están presentes, o los síntomas dan lugar a un importante deterioro en el funcionamiento social u ocupacional.**

(APA, 2013).

A continuación, en la siguiente tabla pueden verse los criterios del manual CIE-10, elaborado por la Organización Mundial de la Salud publicado en el año 1993 avocado a las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento entre los que se incluye el trastorno hiperactivo.

TABLA 2. Criterios de investigación CIE –10 para el trastorno hiperactivo.

DÉFICIT DE ATENCIÓN	HIPERACTIVIDAD	IMPULSIVIDAD
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.</li> <li>2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.</li> <li>3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice</li> <li>4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.</li> <li>5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.</li> <li>6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido.</li> <li>7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.</li> <li>2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.</li> <li>3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.</li> <li>4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.</li> <li>5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.</li> <li>2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.</li> <li>3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.</li> <li>4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.</li> </ol>

-El inicio del trastorno no es posterior a los siete años.

-Los criterios deben cumplirse en más de una situación.



-Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.

-No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad (OMS, 1992).

El CIE-10 considera necesaria la existencia simultánea de los tres síntomas: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad constituyendo el cuadro “alteración de la actividad y la atención”. Reconoce además una categoría separada “el trastorno Hiperkinético de la conducta”, cuando coincide además de los tres síntomas una alteración de la conducta (Hidalgo Vicario, 2007). De este modo con el CIE-10 al ser los criterios más restrictivos se diagnostican menos cuadros que con el DSM V, ya que los de este último no contemplan la existencia de los tres síntomas en simultáneo, sólo habla del predominio de uno u otro (desatención o impulsividad/hiperactividad) y del tipo combinado según la predominancia de un síntoma o su presentación de forma mixta (ambos síntomas se presentan simultáneamente durante 6 meses). También el DSM V agrega en su clasificación el grado de presentación del trastorno, por lo cual si bien el CIE-10 es más restrictivo, el DSM contempla la variabilidad del mismo según sea “leve, moderado, o grave”. Otra de las diferencias existentes entre ambas es que el CIE-10 no cuenta con adaptación del criterio diagnóstico en la adultez, considerando de este modo al DSM V más abarcativo, no reduciéndose únicamente a la presentación del trastorno en la niñez.

## **Diagnóstico diferencial y comorbilidades**

El TDAH se debe diferenciar de diversas patologías neurológicas, psiquiátricas y trastornos del comportamiento y de múltiples factores o situaciones psicosociales (Palacio, Ruiz-García, Bauermeister, Montiel-Navas, Henao & Agosta, 2009).

Establecer un diagnóstico constituye sólo el primer paso de una evaluación completa. Para formular un adecuado plan terapéutico, el

profesional necesita más información sobre el consultante, que la requerida para realizar el diagnóstico según los criterios del DSM y el CIE-10. Por lo tanto es necesario establecer un diagnóstico diferencial. Para el logro de dicho propósito, es necesario tener en cuenta muchos de los limitantes que dificultan dicha tarea, ya que durante la primera infancia puede ser difícil distinguir los síntomas del TDAH de ciertos comportamientos propios de la edad en niños activos (por ej., correr sin cesar o actuar ruidosamente) (Jaramillo Hernández, 2010).

La comorbilidad se define como la co-existencia temporal en el mismo individuo, de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad. En este sentido Artigas-Pallares (2003) propone que al término comorbilidad requiera de dos elementos determinantes: el primero es “que la presencia de la comorbilidad condicione una forma de presentación, pronóstico y abordaje terapéutico, distinto para cada proceso comórbido...” (p.68); y el segundo elemento se relaciona con la frecuencia de aparición de uno de los trastornos cuando el otro está presente; esto será significativo a nivel de la prevalencia aislada en la población general (Fandiño Tabares, 2013).

Considerar el concepto de comorbilidad ha permitido que se tenga en cuenta la aparición y evolución de otras patologías paralelas al TDAH, y con esto, el desarrollo de una mejor aproximación diagnóstica y terapéutica de los pacientes y sus familias (Palacio, 2006).

Los estudios clínicos sobre el TDAH en diferentes edades demuestran que la comorbilidad psiquiátrica se presenta en el 70-80% de los casos (Palacio, Ruiz-García, Bauermeister, Montiel-Navas, Henao & Agosta, 2009).

Las comorbilidades más frecuentes del TDAH son: Trastorno oposicionista-desafiante, Trastornos de conducta, Síndrome de Tourette o tics, Trastornos del desarrollo de la coordinación, Trastornos del aprendizaje, Trastornos de la comunicación, Trastornos depresivos y Trastornos de ansiedad (Mulas et al, 2006; Joselevich, 2005; Artigas-Pallares, 2003).

- **Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD)**

El trastorno negativista desafiante, se caracteriza por un patrón de comportamientos hostiles hacia adultos o compañeros (Jaramillo Hernández,

2010). Estos comportamientos negativistas y desafiantes se expresan con terquedad persistente, resistencia a las órdenes y renuencia a comprometerse, ceder o negociar con adultos o compañeros. Las provocaciones también pueden incluir la comprobación deliberada o persistente de los límites establecidos, usualmente ignorando órdenes, discutiendo o no aceptando el ser acusado por los propios actos. La hostilidad puede dirigirse a los adultos o a los compañeros y se manifiesta molestando deliberadamente a los otros o agredidos verbalmente (Pino-Calderón, Gallardo-Gil & Herreros-Rodríguez, 2004).

Estos niños generalmente presentan un núcleo familiar conflictivo, y sus conductas problema no guardan una relación directa con el nivel intelectual y, aunque muestren conductas inatentas o de falta de control, éstas parecen vincularse más a situaciones de hostilidad que a un problema neurológico o cognitivo como es el caso de los niños hiperactivos (Jaramillo Hernández, 2010).

Los síntomas del trastorno suelen ser más evidentes en las interacciones con adultos o compañeros a quienes el niño conoce bien, y, por lo tanto, pueden no manifestarse durante la exploración clínica. Normalmente los niños con este trastorno no se consideran a sí mismos negativistas ni desafiantes, sino que justifican su comportamiento como una respuesta a exigencias o circunstancias no razonables (Pino-Calderón et al, 2004).

En particular, en niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH la comorbilidad con este trastorno es del 35 al 60% (Amador Campos & Krieger, 2013).

El trastorno es más prevalente en varones que en mujeres antes de la pubertad, pero probablemente las tasas se igualan más tarde. Los síntomas suelen ser similares en cada sexo, con la excepción de que los varones pueden incurrir en más comportamientos de confrontación y sus síntomas ser más persistentes. Durante los años escolares pueden presentar baja autoestima (o lo contrario, un exceso de autoestima), labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, utilización de palabras soeces y un consumo precoz de alcohol, tabaco o sustancias ilegales (Pino-Calderón et al, 2004).

El adolescente con TOD se identifica de forma precoz por su tendencia manipulativa y por los problemas de disrupción familiar que suele provocar (Mulas et al, 2006; Artigas-Pallarés, 2003).

- **Comorbilidad del TDAH y Trastornos de Conducta (TC)**

Los trastornos de conducta (TC) constituyen, junto con las dificultades escolares, la repercusión más negativa del TDAH. Es, por lo tanto, difícil determinar si representan un trastorno comórbido o simplemente son una de las manifestaciones principales del TDAH (Rodríguez Molinero, López Villalobos, Garrido Redondo, Sacristán Martín, Martínez Rivera, & Ruiz Sanz, 2009; Artigas-Pallarés, 2008).

Es frecuente encontrar altos índices de disfunción familiar (familias uniparentales o divorcios) y pautas de crianza y educativas inadecuadas en niños con TDAH que presentan TC (Jaramillo Hernández, 2010).

En este sentido, Buró y col. (citado por Díaz, 2006) estudiaron la interacción entre la conflictividad familiar y la influencia de los genes en la presentación de trastornos de conducta en el TDAH. Estos investigadores concluyen que existen factores que aumentan el riesgo de presentar esta comorbilidad, entre los que se encuentran la conflictividad familiar, el nivel socioeconómico bajo, y el maltrato físico y/o psíquico (Fandiño Tabares, 2013).

Es importante identificar ésta comorbilidad, no solo por las consecuencias en el desempeño escolar, sino también, por las repercusiones familiares que se presentan aún a pesar del tratamiento. En general estos casos se asociarían a un peor pronóstico debido a la probabilidad en el riesgo de desarrollar un abuso de sustancias (Palacio, 2006), evidenciando una forma de TDAH especialmente grave (Herrera-Yribas, 1992).

Las características predominantes en los TC son la trasgresión de las normas sociales, agresividad, impulsividad, ausencia de sensibilidad a los sentimientos de los otros, carácter manipulador, falta de respuesta a los premios y castigos. Este patrón persistente de transgresión de las reglas sociales y de la ausencia de sensibilidad por los derechos de los otros, es un

predictor del trastorno de personalidad antisocial en el adulto (Sell-Salazar, 2003).

La comorbilidad del TDAH con este trastorno es importante. La cifra de frecuencia de TC en niños con TDAH es de 35% a 40% (Palacio, 2006).

- **Comorbilidad del TDAH y Síndrome de Tourette o tics**

El síndrome de Tourette es un cuadro clínico grave que ocurre en el 0,4% de la población general, caracterizándose por la presencia de múltiples tics motores y al menos un tic vocal (los cuales no siempre aparecen simultáneamente), los cuales comienzan a manifestarse antes de los 18 años ocurriendo varias veces al día, durante al menos un año (Díez Suárez, Figueroa Quintana & Soutullo Esperón, 2006).

En ocasiones, las manifestaciones “tourettianas” de tics hacen su aparición por primera vez después de la administración de metilfenidato en un niño con TDAH o trastornos de la conducta (Artigas-Pallarés, 2003).

Los síntomas de déficit de atención con hiperactividad normalmente preceden en dos a tres años el inicio de los tics y la proporción es claramente mayor en niños que en niñas (Martínez-Granero et al, 2005; Fernández-Álvarez, 2002).

Casi la mitad (48%) de los pacientes con un trastorno de tics presenta TDAH, y en muestras clínicas se ha observado que el 12% de los pacientes con TDAH presenta un trastorno de tics. Ambos trastornos evolucionan de manera independiente y no afectan al curso clínico del otro: mientras que la tasa de remisión del TDAH tiende a ser baja (25%), la del trastorno por tics es alta (65%) (Díez Suárez et al., 2006).

Dado que es una condición crónica, puede interferir de forma grave con la interacción personal y la integración social del adolescente (Mulas et al, 2006; Castellanos, Acosta, 2004; Artigas-Pallarés, 2003).

- **Comorbilidad del TDAH y Trastornos del Desarrollo de la Coordinación (TDC)**

Se debe entender como una disfunción motora, precisa o no, que no se corresponde con los síntomas neurológicos clásicos (Artigas-Pallares, 2002).

Las alteraciones de la coordinación motora interfieren en el aprendizaje escolar y las actividades cotidianas. Kadesjo et al (2001) detectaron un trastorno de la coordinación motora en un 47% de los escolares con TDAH. En general, esa población se considera torpe, con dificultad en el equilibrio y el ritmo. Se perciben algunas alteraciones en la coordinación global, en la orientación espaciotemporal y en la motricidad fina, fundamentalmente en la escrita (Poeta & Rosa Neto, 2007).

En realidad, el TDC podría asimilarse a los llamados “signos blandos”, en contraposición a los “signos duros”, detrás de los cuales siempre subyace una lesión neurológica anatómicamente demostrable. Los signos blandos representan una evidencia sutil de alteración del sistema nervioso, en las cuales se incluyen diversas disfunciones motoras, tales como movimientos anormales, alteraciones de los reflejos, movimientos asociados, retraso en las adquisiciones motoras, mala coordinación y torpeza en general. Sin embargo, alguno de estos signos puede estar presente en cualquier niño, sin que ello represente ningún problema. Por tanto, se debe ser muy cauto en su interpretación (Artigas-Pallarés, 2002).

Este trastorno afecta el desarrollo cognitivo, afectivo, social y motor del niño (Poeta & Rosa Neto, 2007).

También es relativamente frecuente que los niños con TDC tengan asociado algún problema de aprendizaje, con lo cual la probabilidad de que se sientan marginados y con una autoestima baja es considerable. En el aspecto social, se ha detectado que los niños con TDC son menos competentes, presentan un nivel más elevado de ansiedad, se perciben a sí mismos como más torpes y tienen una baja autoestima (Artigas-Pallarés, 2002).

En general, las dificultades en la coordinación motora de niños con TDAH pueden ser el resultado de la falta de control de la fuerza y del movimiento. El constante movimiento corporal y la escasa capacidad para

mantener la atención pueden contribuir en los problemas motores (Poeta & Rosa Neto, 2007).

- **Comorbilidad del TDAH y Trastornos del Aprendizaje (TA)**

Varios estudios muestran que los niños con TDAH ejecutan sus tareas escolares con mayor dificultad en lectura, matemáticas y expresión escrita, obtienen calificaciones más bajas y necesitan más apoyo extraescolar que los niños que no poseen el trastorno (Rodríguez-Molinero et al, 2009).

Las dificultades que estos niños presentan para cumplir con las metas, que le fijan la escuela y el hogar, repercuten en la autoestima y la motivación a medio plazo. De manera que es importante recalcar que la comprensión y el análisis de sus dificultades deben ser multidisciplinarios (Sell-Salazar, 2003).

A medida que el niño avanza en el estudio, las dificultades mencionadas se acentúan. La coocurrencia de TDAH y las dificultades del aprendizaje es de 50% hasta 90% de acuerdo a los diferentes estudios. Pero puede ser menor cuando se usan criterios más estrictos para el diagnóstico de TDAH (10% al 23%) (Palacio, 2006).

La comorbilidad entre TDAH y TA es alta e implica la necesidad de evaluar constantemente a todos los niños con el objetivo de ofrecer tratamiento para cada una de ellas (Martínez-Zamora, Henao-López & Gómez, 2009).

- **Comorbilidad del TDAH y Trastornos de la Comunicación (TC)**

Los niños con TDAH poseen dificultades en la organización fonológica (relación sonido-grafema) y en la sintaxis (lugar que ocupa cada palabra en la oración). De este modo, manifiestan mayores problemas en aquellas tareas que requieren organización semántica. La información que manejarían es desorganizada, originándose mayores errores al recordar que los niños sin este trastorno (Vaquerizo-Madrada, Estévez-Día &, Pozo-García, 2005).

Las tareas lingüísticas requieren niveles altos no sólo de atención, sino también de inhibición, de memoria de trabajo y de planificación y organización, aspectos en los que los niños con TDAH presentan dificultades. Es probable que los requerimientos cognitivos de dichas tareas sean los que determinan el

mal rendimiento de estos niños más que la ausencia de un dominio de la lengua (Ygual-Fernández, Miranda-Casas & Cervera-Mérida, 2000).

Por otro lado, se ha encontrado que algunas zonas del cerebro, comúnmente relacionadas con el TDAH, muestran diferencias en los pacientes disléxicos respecto a la población normal. Según algunos estudios, en la dislexia, además de hallar alteraciones en las zonas habitualmente relacionadas con la dislexia, como el giro superior temporal izquierdo y el giro angular izquierdo, también se hallan alteraciones en el lóbulo frontal, el caudado y el tálamo, zonas vinculadas a los circuitos frontoestriados (Artigas-Pallarés, 2003).

No se conoce con exactitud qué porcentaje de niños con TDAH pueden presentar alguna disfunción psicolingüística, pero sí que se presentan en una mayor proporción que la población general y, especialmente, en su aspecto semántico-pragmático (Vaquerizo-Madrída et al., 2005).

- **Comorbilidad del TDAH y Trastornos depresivos**

Los trastornos emocionales se encuentran en una proporción de niños no menor a un 20%. En esta categoría se incluyen los trastornos afectivos como la depresión, la distimia y en los últimos años el Trastorno afectivo bipolar (Palacio, 2006).

Los síntomas típicos del niño con depresión son: apatía más que tristeza (se aburre, está cansado y sin ganas de hacer nada, quiere estar solo) e irritabilidad, sobre todo en adolescentes. Además, también presentan alteraciones en el sueño, en el apetito, ideas de inutilidad, de culpa o de suicidio, y afectación del rendimiento académico y de las relaciones sociales (Díez Suárez et al., 2006).

La depresión suele aparecer años después de que se hayan manifestado los síntomas de TDAH y no parece que las características y la evolución de la depresión en niños con el trastorno difieran de la depresión en niños sin TDAH. En lo que respecta al trastorno bipolar, el solapamiento de síntomas con el TDAH se marca todavía más que para el trastorno depresivo y la distimia. Los síntomas más observados son: el sentimiento de grandiosidad, el ánimo exaltado, la realización de actos atrevidos, la falta de inhibición en

dirigirse a las personas, pensamiento veloz, disminución de la necesidad de dormir, humor irritable, lenguaje acelerado, entre otros (Artigas-Pallarés, 2003). Los datos sugieren que la comorbilidad de la depresión y el TDAH en la infancia y la adolescencia no es benigna, produce una alta morbilidad, incapacitación y peor pronóstico a largo plazo (López-Villalobos et al, 2004).

La depresión en niños y adolescentes puede llegar a ser una enfermedad grave, y está muy subdiagnosticada. No se debe olvidar que la depresión es la principal causa de suicidio a cualquier edad, por lo que debe ser diagnosticada y tratada de forma adecuada y precoz (Diez Suarez et al., 2006).

- **Comorbilidad del TDAH y trastornos de ansiedad**

La prevalencia de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes es del 18%. Los síntomas ansiosos repercuten de manera marcada en el rendimiento escolar y el funcionamiento social y familiar del niño, asociándose a un aumento del riesgo de presentar un trastorno depresivo o ansioso en la edad adulta (Diez Suarez, 2006).

Estos niños se anticipan de forma emocionalmente negativa ante eventos futuros, tales como: visitas al médico, cambio de colegio, paseos, entre otros. Según Brown (2003), los niños y adolescentes con presencia de trastornos de la ansiedad y TDAH, son descritos por sus padres y docentes como sujetos que poseen una preocupación excesiva por su competencia en distintas áreas, preocupación irreal por acontecimientos futuros, necesidad excesiva de asegurarse, quejas somáticas, hipersensibilidad o susceptibilidad importante a la vergüenza o la humillación (Fandiño Tabares, 2013).

La mayoría de los niños con TDAH presenta algunos síntomas de ansiedad como miedo a dormir solos o a separarse de los padres, preocupación excesiva por la salud y el bienestar de su familia, molestias físicas cuando van al colegio, entre otras, que suelen estar relacionados con el fracaso escolar y las críticas recibidas de sus padres, amigos y profesores (Diez Suarez, 2006).

Uno de los aspectos más distintivos del niño con TDAH con trastorno de ansiedad es que no suele ser hiperactivo y disruptivo, en cambio, si suele ser más lento e ineficiente que los que no presentan la comorbilidad. Sin embargo, también en este caso, existe un gran solapamiento con el subtipo de TDAH inatento (Artigas-Pallarés, 2003; Newcorn et al, 2001).

Los trastornos de ansiedad mayormente relacionados con el TDAH son: ansiedad de separación, trastorno de angustia, agorafobia, fobias específicas fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, Trastorno de ansiedad generalizada (Fandiño Tabares, 2013).

## **Tratamiento**

Como se ha mencionado anteriormente, el TDAH es uno de los problemas más prevalentes en la infancia, y suele estar asociado a otros trastornos comórbidos, por lo cual es necesaria la elaboración de un plan de tratamiento que considere los siguientes aspectos:

- El TDAH como diagnóstico crónico.
- Evaluar la existencia de otros trastornos psiquiátricos comórbidos.
- Considerar las evidencias actuales relativas a los tratamientos más eficaces.
- Planificar un abordaje desde una perspectiva multimodal, que puede incluir tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico.
- Considerar las preferencias y preocupaciones de pacientes y familiares.
- Realizar una revisión y modificación sistemática de los tratamientos, si no hay respuesta de los síntomas (Loro-López et al., 2009).

De forma relativamente tradicional, se suele presentar una tríada de perspectivas en la acción terapéutica en el TDAH, constituida por la intervención farmacológica, psicológica y psicopedagógica (Mas Pérez, 2009).

Sin embargo se considera actualmente que el tratamiento debe ser integral, personalizado, multidisciplinario, según las necesidades y características específicas de cada niño (Palacio, De la Peña Olvera, Palacios Cruz & Ortiz León, 2009). Por tanto, el tratamiento debería efectuarse desde

una perspectiva multimodal, incluyendo el abordaje psicoeducativo del niño y de su entorno, en estrecha relación con los profesionales, la familia y la escuela; de esta manera el resultado es mayor que la suma de las partes. Si bien existen diversas alternativas para el tratamiento, la individualización del mismo es primordial, ya que no se dispone de un tratamiento universalmente eficaz (Loro-López et al., 2009). Por lo que es necesario elaborar un plan de tratamiento específico para cada caso, con el objetivo de reforzar los aspectos positivos de estos niños (López Martín et al., 2009).

## **Tratamiento Psicológico**

Las alteraciones en el carácter que este trastorno produce, las dificultades en la convivencia con otros, los riesgos que supone en la vida de una persona la impulsividad y la baja autoestima, debido al reiterado fracaso en la consecución de los logros, especialmente en la etapa escolar, difícilmente pueden ser superados sin la ayuda que provee un tratamiento psicoterapéutico (Gratch, 2009).

Existen diversas alternativas de tratamiento psicológico. La atención oportuna puede mejorar significativamente el pronóstico, por lo que es necesario que las familias se informen adecuadamente, y reciban asesoramiento acerca de cuáles son las alternativas de tratamiento disponibles (Sánchez Encalada & Damián Díaz, 2009).

Todo tratamiento debe estar basado en pruebas, entrevistas, test, método observacional, entre otras, el cual tiene como objetivo primordial la fundamentación en datos científicos. Con lo cual las decisiones tendrán una base para el uso racional, explícito y actualizado de los mejores datos objetivos aplicados al tratamiento de cada paciente (Bukstein, 2010).

Las intervenciones psicosociales, incluyendo el entrenamiento conductual a padres y docentes, la modificación cognitiva de la conducta, el entrenamiento en habilidades sociales y las modificaciones académicas, han demostrado ser un complemento fundamental del tratamiento farmacológico.

Estudios empíricos de la última década señalan la conveniencia de implicar a múltiples contextos y de combinar diferentes técnicas para potenciar la efectividad de las intervenciones psicosociales en TDAH (Presentación Herrero et al., 2010).

- **Abordaje cognitivo-conductual**

Las dificultades propias del TDAH, como la impulsividad, la inatención y las dificultades de autorregulación emocional, pueden llevar a experiencias de fracaso, bajo rendimiento y problemas interpersonales. Estas experiencias suelen desencadenar pensamientos desadaptativos y el desarrollo de estrategias de afrontamiento compensatorias como la evitación, confrontación y la conducta dirigida al refuerzo inmediato. Estas variables psicológicas dificultan al paciente el manejo de los síntomas del TDAH y pueden generar consecuencias emocionales de culpabilidad, ansiedad, rabia, tristeza y preocupación (Ramos Quiroga et al., 2012). La terapia cognitivo-conductual trabaja sobre la hipótesis de que el comportamiento de los niños se puede modificar trabajando directamente sobre él mediante asociaciones adecuadas. La idea que justifica este enfoque es sus comportamientos se realizan en función de las consecuencias que reciben, por lo tanto se pueden manejar las consecuencias de la conducta para aprender cómo se han de hacer las cosas. Según diversas investigaciones, Taylor (1991); MTA CooperativeGroup (1999); Jensen, Hinshaw, Swanson, Greenhill, Conners (2001) los niños que reciben este tipo de terapia obtienen los siguientes efectos positivos:

- Aumento de atención y mejora del rendimiento académico.
- Mejor autocontrol de la actividad motora excesiva.
- Mejora de la interacción social, como consecuencia del control de la impulsividad (Loro-López, 2009).

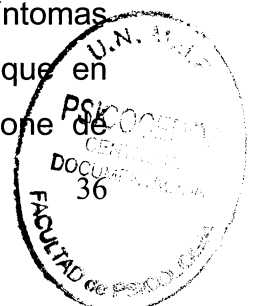
Según Del Prette (2002) (citado por Camacho Gómez & Camacho Calvo, 2005), las habilidades sociales deben ser concebidas como repertorios de comportamientos que se presentan en la vida cotidiana y que contribuyen de modo determinante en el logro de buenos resultados en las relaciones interpersonales.

Los indicadores sociométricos destacan que el 74% de los niños con un TDAH subtipo combinado son rechazados por sus compañeros y que el rechazo suele ser frecuente y constante (Pardos et al., 2009). Por tanto, el área social es una de las áreas donde mayores dificultades tienen los niños y adolescentes con TDAH. La adquisición de pautas, estrategias y habilidades para relacionarse de manera adecuada mediante un proceso de entrenamiento favorecerá la interacción social (Orjales Villar, 2008).

Tal entrenamiento, se basa en la enseñanza y práctica, por ejemplo, a través del roll playing, de distintas habilidades tales como: conversación (saludar, presentarse, interrumpir correctamente, etc.), de amistad (hacer amigos, iniciar y unirse a actividades de grupo, etc.) y/o de resolución de situaciones problemáticas (ante alguna situación de conflicto, aprender a conciliar distintos puntos de vista) (Casas & Ferrer, 2010).

Uno de los modelos con mayor apoyo empírico en la actualidad es el modelo de Safren (2010) que combina técnicas cognitivo-conductuales y de tipo motivacional, la cual está dirigida a los pacientes y su entorno familiar. Es un tratamiento basado en la práctica de habilidades para el afrontamiento de los síntomas y la integración de estas estrategias en la vida cotidiana del niño. Consiste en informar sobre el trastorno (su naturaleza, factores etiológicos implicados, curso y opciones terapéuticas) y valorar su posible implicación en las dificultades de adaptación en diferentes contextos (individual, familiar, escolar y social). La información es terapéutica y permite desarrollar formas más efectivas de afrontamiento. La estructura de este modelo, se divide en los siguientes módulos: Psicoeducación (introducción al TDAH y conocimiento del mismo), Organización y planificación (tareas de planificación y organización de tiempo y espacio, Atención (mejora de la capacidad atencional), y Estrategias cognitivas (Identificación y manejo de pensamientos) (Ramos Quiroga et al.; 2012).

Otro de los modelos utilizados es el de Barkley. Según este autor el TDAH es quizá uno de los trastornos mentales o emocionales más estudiados, y se ha llegado a entender bastante bien qué es y cómo este afecta al cerebro. Gracias a esto, se posee una visión de cómo y por qué esos síntomas convierten la vida diaria de quien lo padece en un arduo camino, que en ocasiones se vuelve cuesta arriba. Resalta, a su vez, que se dispone de



tratamientos muy efectivos para abordar el mismo. El TDAH no es una categoría en la que un sujeto entra o no, sino que se considera más bien como una dimensión, en cuya escala se sitúan personas distintas en distintos puntos. Pero, ¿dónde se encuentra la línea divisoria entre lo que se considera trastorno y lo que no? Allí donde aparecen dificultades en las principales actividades de la vida del niño. Los síntomas se consideran como la manera en que el trastorno se manifiesta en forma de pensamientos y acciones. Las limitaciones son las consecuencias adversas resultantes de la externalización de esos síntomas (Barkley, 2013).

A raíz de este marco, el modelo que Barkley propone se basa en el análisis de las interrelaciones entre la inhibición conductual y la autorregulación. La inhibición conductual incluye tres procesos interrelacionados:

- La capacidad para inhibir respuestas prepotentes.
- La capacidad para detener patrones de respuesta habituales y permitir una demora en la toma de decisión.
- La capacidad para proteger este período de demora y las respuestas autodirigidas que acontecen en él de las interrupciones que derivan de eventos y respuestas competitivas (control de interferencia).

Por su parte el concepto de autorregulación es definido por el autor como: cualquier respuesta o cadena de respuestas del individuo que altera la probabilidad de que ocurra una respuesta que normalmente sigue a un evento, y que además altera a largo plazo la probabilidad de sus consecuencias asociadas (Servera-Barceló, 2005).

Entre sus implicaciones la autorregulación en la conducta se centra más en el individuo que en el evento, se altera la probabilidad de que ocurra de modo subsiguiente al evento, se trabaja para resultados a largo plazo ,a veces frente a ganancias inmediatas, se desarrolla una capacidad para la organización temporal de las consecuencias de la conducta. En realidad el factor del tiempo, se establece como la clave de la autorregulación; por lo que las implicaciones del TDAH, se entienden más como un trastorno de la ejecución que un trastorno de habilidad o capacidad, el problema no es que

estos niños no sepan qué hacer y cómo hacerlo; lo que ocurre es que no saben cuándo y dónde hacerlo. Por eso, estamos ante niños con un nivel intelectual y de procesamiento de la información, en general, dentro de los parámetros normales (Jaramillo-Hernández, 2010).

Por lo que un tratamiento basado en el modelo de Autorregulación de Barkley, debe regirse de las siguientes características:

a) Intervención por medio de guías, póster, notas, grabaciones, etc., externalizando la información en tareas tanto escolares como cotidianas. Ya que uno de los principales problemas en el TDAH es la falta de representación interna de la información, la falta de la función controladora del habla y la falta del reloj cognitivo, la solución podría ser que dichas tareas se encuentren expuestas y disponibles, adaptando el ambiente en donde se mueve el niño, controlando distractores y focalizando en instrucciones y secuenciación.

b) La externalización de la información debe estar acompañada de la internalización de fuentes como la motivación y el refuerzo. El tratamiento debe incorporar programas de manejo de reforzadores, tanto sociales como de tareas o materiales.

c) Los programas operantes de economía de fichas o los contratos conductuales se han mostrado eficaces.

d) Las intervenciones más eficaces suceden en el ámbito natural del niño ya que derivan de programas de modificación de conducta; es decir, tratamientos que alteran las condiciones ambientales estímulares para provocar cambios en el comportamiento del niño.

e) El tratamiento del TDAH que deriva del modelo de autorregulación es el habitual en síndromes crónicos: intervenciones multimodales, con distintos profesionales, formación de padres y educadores, con el objetivo de reducir el impacto de sus efectos secundarios: trastornos de conductas, fracaso escolar, problemas de adaptación social, de autoestima, etc. (Servera-Barceló, 2005).

Incrementar la competencia de los padres, mejorar la relación paterno-filial mediante una mejor comunicación y aumentar la atención al desarrollo del

niño, son algunos de los objetivos de los programas conductuales. Por tanto, los programas de entrenamiento conductual están dirigidos a enseñar a los padres técnicas de modificación de conducta que les ayuden a eliminar o reducir las dificultades en los niños con TDAH. Se les enseña a identificar y manipular los antecedentes y consecuentes de la conducta de sus hijos con el objetivo de aumentar los comportamientos positivos, por ejemplo, mediante atención positiva, elogios y recompensas, reduciendo los comportamientos no deseados (Bitaubé et al., 2009).

Algunas técnicas para la adquisición de conductas adecuadas (reforzadores):

- Alabanza. Requisitos de aplicación: debe ser descriptiva y específica, debe ser sincera, con un tono de voz agradable, incluir comentarios positivos y evitar sarcasmos y comparaciones con situaciones anteriores. Es importante ser oportuno en su aplicación.

- Atención. Es un reforzador que no requiere gran esfuerzo, ya que, a veces, es suficiente con mirar al niño a los ojos, sonreírle, hacerle un comentario personal o realizar una actividad con él.

- Contacto físico. En especial con los niños pequeños.

- Recompensas y privilegios. Las recompensas tangibles y los privilegios son específicos para cada niño en función de sus gustos.

Cualquiera que sea el refuerzo que apliquemos, es importante que siempre tenga las siguientes características:

- Dar el refuerzo de inmediato, nunca antes de emitido el comportamiento.

- Ser consistente en su aplicación, al menos al principio.

- Cambiarlo con frecuencia para evitar el aburrimiento o la saturación.

(Miranda-Casas, 2000).

Respecto a los padres y educadores que han sido entrenados en este tipo de técnicas, se obtienen los siguientes resultados:

- Mejora de la percepción del comportamiento general del niño.

- Mayor control del comportamiento infantil en el entorno natural, a través de la generalización de los métodos aprendidos en el tratamiento.

- Cambios positivos en la interacción padres-hijos.

– Reducción del estrés familiar y mejoría del ambiente en clase.  
(Loro-López, 2009).

- **Abordaje Sistémico:**

Dentro de este abordaje, la familia es concebida como un sistema donde sus componentes interactúan entre sí , y a la vez como un subsistema dentro de otros más amplios (por ejemplo: la escuela, la comunidad y la cultura, etc.). De este modo es considerada como un sistema abierto que mantiene intercambios con su medio. A su vez, la escuela se constituye también en otro sistema que ha de permanecer abierto a la familia. De tal forma que ambas generan una nueva estructura con sus propias sinergias y peculiaridades (Valladolid et al., 2014).

Algunas de las estrategias utilizadas son: la retroalimentación estructural familiar, para lograr la modificación en variables tales como la disfuncionalidad familiar, el bienestar psicológico individual, de pareja y familiar, y de qué modo repercute en el comportamiento del niño en la escuela.

La intervención terapéutica desde la perspectiva del Modelo Estructural, el cual sustenta este abordaje, se dirige a los cambios en la estructura familiar disfuncional para entonces eliminar el síntoma que se presenta en el niño; acentuando que la unidad de intervención terapéutica será la familia. Por tal motivo, la meta de esta terapia será establecer cambios en la interacción familiar de manera que esta sea funcional, con base en el aquí y ahora; produciendo a su vez modificaciones en el ambiente escolar (Zambrano Sánchez, del Río Carlos, Dehesa Moreno, Vázquez Urbano & Alfaro Rodríguez, 2014).

Desde este abordaje sistémico, por lo tanto, se comprende a la familia como un sistema con capacidad de autorregulación; inmerso en un contexto más amplio y complejo que posee dimensiones múltiples en las relaciones que se co-construyen; entendiendo el diagnóstico de TDAH como un fenómeno con propiedades cambiantes que genera posibilidades de acción conjunta entre los diversos integrantes de la familia, de la comunidad educativa y del equipo de

salud, potencializando el desarrollo y el curso de evolución de los sistemas (Pedraza-Vargas, Perdomo-Carvajal & Hernández-Manrique, 2009)., basándose en técnicas de entrenamiento en comunicación, negociación y compromiso para ayudarse y sostenerse mutuamente (Jaramillo Hernández, 2010)

- **Abordaje Psicoanalítico:**

Las propuestas teóricas del Psicoanálisis también conformaran una línea interesante en torno a pensar al tratamiento situándolo en el desciframiento que corresponde a la conformación del síntoma en el niño y al papel que juega el cuerpo en la constitución subjetiva (Aguilar Metaca, 2014).

Para el psicoanálisis el concepto de TDAH como lo presenta el DSM no existe, ya que este modelo no tiene como opción la rotulación de los individuos, clasificación y agrupación que los homogeniza y los aleja de su condición única e irrepetible, siendo este el principal argumento para no diagnosticar, reconociendo la esencia del ser humano, en especial su singularidad, su subjetividad y su historia (Zuluaga Valencia, 2012).

Comprender el TDAH desde el psicoanálisis, es proponer otro enfoque en donde la mirada es hacia el mundo emocional infantil, un mundo psicológico, con características propias que es necesario indagar, conocer, comprender y divulgar (Schenetti, 2006).

Según Winnicott (1958) (citado por Monserrat, 2007) el origen de TDAH tiene que ver con alguna carencia en el paso del niño por el proceso de omnipotencia, la agitación, la hiperkinesia y la falta de atención son consecuencias propias de la dificultad de ser y sentirse cuidado y protegido lo que más tarde se llamará incapacidad para concentrarse.

En este sentido, la función materna adecuada permitirá al niño poder dirigir su intereses hacía el exterior diferenciándolo de su interior, por lo cual es necesario fortalecer la capacidad de atención en los niños, como función psicológica básica, lo cual le permitirá relacionarse con el entorno, con la realidad, y a partir de ahí se podrá conectar con los objetos, manipularlos y aprehenderlos (Urza, 2007).

Por lo tanto las fallas en la relación con el objeto primario y el fracaso en esta función materna, impediría al niño encontrar en quien depositar sus

descargas pulsionales que le permitan disminuir la tensión interna (Montserrat, 2007).

El psicoanálisis posibilitara una escucha al niño que necesita expresarse, sacarlo de la corporalidad, permitirle que se comunique por medio del lenguaje, facilitando que sus conflictos se exterioricen, donde todos (padres y docentes) puedan entender y acomodarse a sus necesidades, a partir de la palabra del sujeto que padece, permitiendo que por medio del habla logren entender su padecimiento (Zuluaga-Valencia, 2012). De esta manera, pretende darle importancia al discurso propio del niño y de sus padres, interesándose por el sentir y el pensar de los propios sujetos que lo viven (Uribe & Vásquez, 2007).

## **Tratamiento Psicopedagógico**

Según Barkley (1999) (citado por Cepeda, Bakker & Rubiales, 2013), una variable que tiene un papel fundamental en el éxito escolar del niño con TDAH es el docente, quien con sus creencias y practicas incide en forma directa en ellos. La intervención psicopedagógica constituye un pilar fundamental en el tratamiento del TDAH en niños donde las intervenciones se dirigen tanto al rendimiento académico (mediante reeducación psicopedagógica) cómo a aquellas tendientes a la mejora del entorno escolar y, por lo tanto, de su adaptación (GPC, 2010).

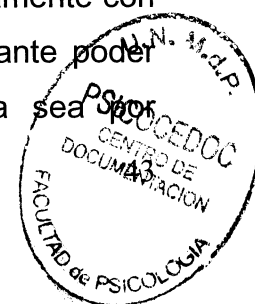
Las intervenciones académicas para niños con TDAH tienen como objetivo la reducción de las conductas problemáticas y la potenciación del aprendizaje a través de adaptaciones curriculares que consideren las necesidades educativas específicas que presentan. En general, suelen abarcar una serie de procedimientos instruccionales, acomodaciones ambientales y organizacionales que han mostrado eficacia para potenciar la motivación y para desarrollar la atención y auto-regulación ante diferentes tareas escolares (Casas & Ferrer, 2009).

La reeducación psicopedagógica es un refuerzo escolar individualizado que tiene como objetivo paliar los efectos negativos del TDAH en el niño que lo

presenta, en relación a su aprendizaje o competencia académica, que debe incluir acciones encaminadas a:

- Mejorar el rendimiento académico de las diferentes áreas (las instrumentales y aquellas más específicas para cada curso escolar).
- Trabajar los hábitos que fomentan conductas apropiadas para el aprendizaje (manejo del horario y el control de la agenda escolar) y las técnicas de estudio (prelectura, lectura atenta, análisis y subrayado, síntesis y esquemas o resúmenes).
- Elaborar y enseñar estrategias para la preparación y elaboración de exámenes.
- Mejorar la autoestima en cuanto a las tareas y el estudio, identificando habilidades positivas y aumentando la motivación por el logro.
- Enseñar y reforzar conductas apropiadas y facilitadoras de un buen estudio y cumplimiento de tareas.
- Reducir o eliminar comportamientos inadecuados, como conductas desafiantes o malos hábitos de organización.
- Mantener actuaciones de coordinación con el especialista que trate al niño y con la escuela para establecer objetivos comunes y ofrecer al docente estrategias para el manejo del niño o adolescente con TDAH en el aula.
- Intervenir con los padres para enseñarles a poner en práctica, monitorizar y reforzar el uso continuado de las tareas de gestión y organización del estudio en el hogar (Jaramillo-Hernández, 2010).

En este sentido se considera de gran importancia la formación docente en esta problemática, ya que posibilitará la implementación de recursos estratégicos junto a una flexibilidad cognitiva para poder resolver situaciones concretas en el aula, de muchas formas posibles y eligiendo para cada caso la mejor. Como parte de estas estrategias se intentará reforzar en todo momento la buena conducta (por ejemplo, cuando respeta la fila) ignorando algunas conductas inadecuadas de menor importancia (por ejemplo, hablar en voz baja). También se le facilitarán situaciones donde pueda aliviar la tensión física (por ejemplo, rayar una hoja, borrar el pizarrón, etc.) y se le enseñarán técnicas de autocontrol y resolución de problemas (por ejemplo, pactar previamente con él señales, recordatorios para el uso de las mismas). Será importante poder prever momentos en que el niño por diversas cuestiones (ya sea



aburrimiento, o una tarea poco planificada) pierda fácilmente el control (Orjales Villar, 2008).

A su vez será importante tener en cuenta la distribución física del niño en el aula intentando que se sienta cerca de la mesa del profesor y alejado de fuentes de distracción externa y ante la programación de alguna actividad en grupo será conveniente que participe con compañeros que sean atentos, reflexivos y tranquilos en su conducta (Cela & Herreras, 2007).

## **Tratamiento farmacológico**

El tratamiento farmacológico, según los casos, puede incluir la prescripción de fármacos estimulantes o no estimulantes

- **Fármacos estimulantes**

Los fármacos estimulantes, presentan una estructura química y modos de acción similar a los neurotransmisores catecolaminas –dopamina (DA) y noradrenalina (NA)-, de manera que elevan el nivel de alerta y actividad del Sistema Nervioso Central (Soutullo & Álvarez-Gómez, 2013).

El metilfenidato y las anfetaminas son los fármacos estimulantes más utilizados para el tratamiento del TDAH. Estos fármacos modulan tanto la noradrenalina como la dopamina. El metilfenidato funciona únicamente como bloqueador de los transportadores de noradrenalina y dopamina. Las anfetaminas tienen este mismo efecto, pero, además, producen la liberación de noradrenalina, dopamina y serotonina desde las vesículas neuronales presinápticas. Las anfetaminas son más eficientes en aumentar los niveles sinápticos de dopamina, al no requerir que las neuronas estén activadas para producir la liberación de neurotransmisores. Los aumentos de dopamina producidos por estos fármacos se han identificado en el estriado; sin embargo, es probable que los efectos de los fármacos sean también importantes en otros circuitos cerebrales, particularmente en la corteza prefrontal. El bloqueo del transportador de noradrenalina en circuitos de la corteza prefrontal también aumenta los niveles de dopamina (Castellanos & Acosta, 2011).

El metilfenidato, por su parte, induce mejoras en medidas de atención, impulsividad cognitiva, tiempo de reacción, memoria a corto plazo y aprendizaje de material verbal y no verbal.

Estos fármacos estimulantes han demostrado ser eficaces, dependiendo de la dosis, en un amplio espectro de las alteraciones comportamentales asociadas al TDAH, como así también en la mejora significativa de las relaciones interpersonales. El cambio en este aspecto es fundamental debido a la influencia que tiene la impulsividad en el funcionamiento social a medida que el niño crece (Loro-López et al., 2009).

- **Fármacos no estimulantes**

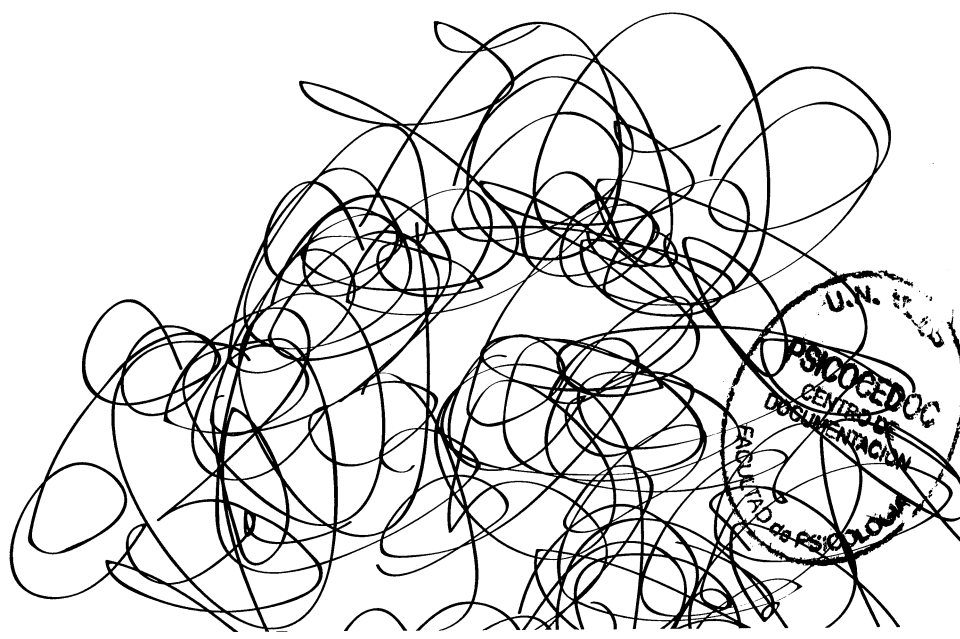
Entre un 10-30% de los niños con TDAH no responde a estimulantes o presentan intolerancias debido a efectos secundarios. Además, la duración corta del efecto, así como el potencial de abuso y el estigma de tomar una medicación controlada, son razones para considerar alternativas a los estimulantes en niños y adolescentes con TDAH. Actualmente, la atomoxetina es la única medicación no estimulante con suficientes estudios doble ciego controlados por placebo (Soutullo & Álvarez-Gómez, 2013), aprobada para el tratamiento del TDAH en niños, adolescentes y adultos; habiéndose constatado su eficacia y seguridad, rivalizando con el metilfenidato.

La atomoxetina es un potente inhibidor selectivo de la recaptación de la noradrenalina. Se ha recomendado su elección, especialmente, en casos de potencial abuso de fármacos, ya que no presenta riesgo en este sentido; para pacientes con trastornos por tics, porque no sólo no los provoca o empeora, sino que los disminuye; y en niños con ansiedad comórbida (la presentarían entre el 25-35% de los niños con TDAH), resultando tener buena tolerancia y eficacia para ambos trastornos frente a placebo (Loro-López et al, 2009).

La elección del tratamiento farmacológico del TDAH está condicionada por los siguientes factores:

- Comorbilidad.
- Efectos adversos potenciales (bajo apetito, insomnio, tics y potencial abuso de la medicación).
- Preferencia del paciente y de los padres.

## » MATERIALES Y MÉTODOS



## **OBJETIVO GENERAL**

- Explorar los criterios diagnóstico y tipos de tratamientos implementados por los profesionales de la salud en la atención de niños con TDAH en la ciudad de Mar del Plata.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Caracterizar la formación académica sobre TDAH en los profesionales de la salud infantil en la ciudad de Mar del Plata.
- Describir los procesos diagnósticos implementados por los profesionales de la salud en la atención de niños con TDAH.
- Identificar los tipos de tratamientos implementados por los profesionales de la salud en la atención de niños con TDAH.
- Analizar la correspondencia entre los tratamientos utilizados por los profesionales entrevistados y los criterios actuales en la bibliografía del TDAH.

## **DISEÑO**

El presente proyecto se corresponde con un diseño transversal, descriptivo no experimental.

Muestra: conformada por 12 profesionales de la salud infanto-juvenil de la ciudad de Mar del Plata, de los cuales 6 de ellos son Lic. En Psicología, (3 con orientación Psicoanalítica y 3 en orientación Cognitiva- Conductual, Sistémica), 2 Psicopedagogos (1 con orientación Cognitiva-Conductual y 1 con formación en Neuropsicología) y 4 profesionales de la Medicina, de los cuales 2 son especializados en Psiquiatría, 1 en Neurología y 1 en Pediatría.

## **INSTRUMENTOS**

La entrevista en profundidad, es una técnica de obtención de información profesional para el estudio analítico de investigación. En este trabajo, fueron de tipo estructurada (dirigida), mediante un cuestionario de preguntas elaboradas y ordenadas previamente por las entrevistadoras a fin de obtener la información necesaria para cumplimentar los objetivos de la presente tesis.

Los procesos realizados fueron: la construcción del cuestionario, elección de la muestra de profesionales del ámbito de Salud Mental, elección del informante, contacto con el mismo, realización de entrevista, desgrabación y análisis de los datos recogidos.

El cuestionario elaborado y utilizado en las entrevistas fue el siguiente:

### **CUESTIONARIO A PROFESIONALES**

-Profesión:

- Neurólogo
- Neurólogo Infantil
- Pediatra
- Psiquiatra
- Psiquiatra infantil
- Psicólogo
- Psicólogo infantil
- Psicopedagogo

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	
Cognitivo-Conductual	
Sistémico	
Ninguno específico	
Otro:	

-Años de experiencia en su profesión:

- 1 a 5  6 a 10  11 a 15  16 a 20  21 a 25  Más de 25

### **EXPERIENCIA EN TDAH**

2-¿Posee formación y/o capacitación específica en TDAH?

3-¿Ha tratado o trata actualmente pacientes con este trastorno?

4-¿Habitualmente de que edades son los mismos?

## **MOTIVO DE CONSULTA**

5-¿Cómo llegan generalmente a la consulta los pacientes?

6-Si es por derivación, ¿De dónde?

7-¿Cuál es el síntoma o los síntomas que mayormente manifiestan quienes se acercan a consultar?

## **DIAGNÓSTICO**

8-¿Conoce los criterios diagnósticos del TDAH del DSM o CIE?

9-En caso de conocerlos, ¿Utiliza estos criterios para establecer el diagnóstico de TDAH?

10-¿Cuáles son las técnicas y/o instrumentos que utiliza para la determinación del diagnóstico?

11-¿Utiliza técnicas diversas según se trate de niños, adolescentes y/o adultos?

12-¿Cuál considera que le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

13-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnóstico?

14-En caso de respuesta afirmativa, ¿Con profesionales de que disciplina?

15-¿Cómo diagnostica las comorbilidades?

16-¿Qué trastorno comórbido se presenta más frecuentemente en su práctica?

## **TRATAMIENTO**

17-¿Cuál es el tratamiento que frecuentemente realiza?

18-¿Varia el tratamiento según la edad del paciente?

19-Si la respuesta es afirmativa, ¿En que se diferenciarían los mismos?

20-¿Realiza derivación a otros profesionales para el tratamiento?

21-¿Cuál es el tratamiento que considera más efectivo?

Tratamiento farmacológico

Tratamiento psicológico

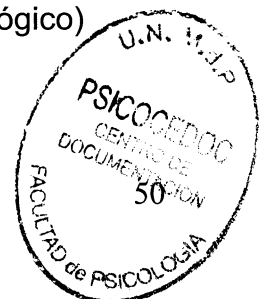
Tratamiento combinado (psicológico y farmacológico)

Tratamiento combinado (psicopedagógico y farmacológico)

Tratamiento combinado (psicológico y psicopedagógico)

Tratamiento combinado (psicológico, psicopedagógico y farmacológico)

Otro



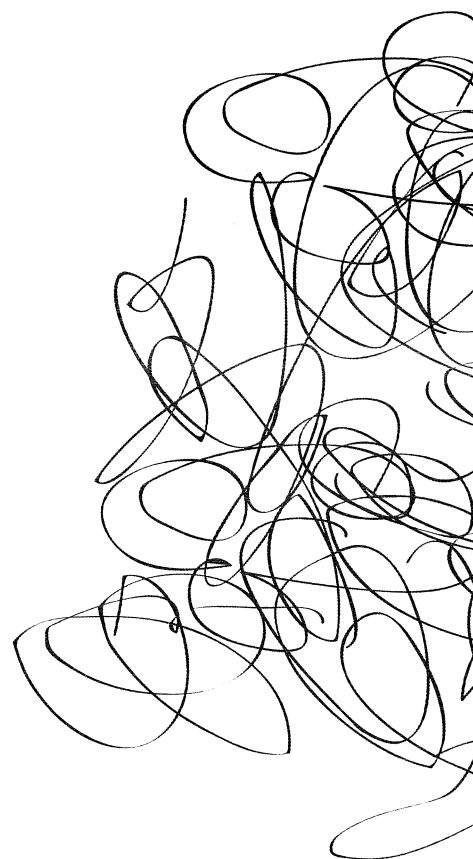
22-¿Qué estrategias usted implementa o sugiere implementar en el tratamiento?

23-¿Cuáles creería usted que son las áreas que menos desarrolladas se encuentran en lo que hace al tratamiento del TDAH, en la clínica en general?

24- ¿Cuál es la frecuencia con que un paciente con diagnóstico de TDAH asiste a consulta con usted?

24-¿Algún comentario que le interese agregar desde su experiencia práctica?

## » RESULTADOS



A continuación se presentan los resultados de las entrevistas, ordenadas según las temáticas abordadas.

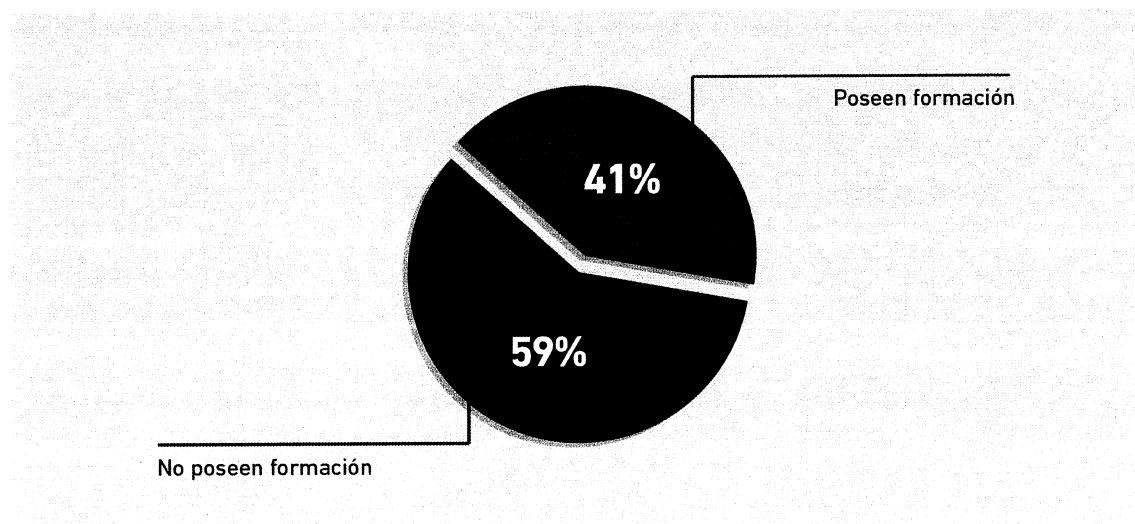
## EXPERIENCIA EN TDAH

- **Formación y/o capacitación específica en TDAH**

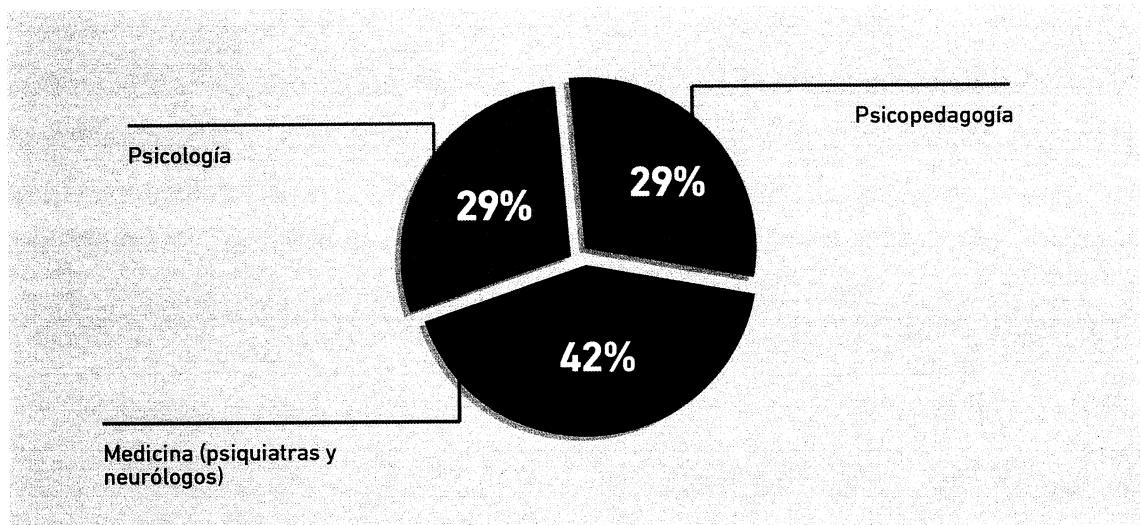
Como se puede observar en el gráfico X el 59% de los profesionales encuestados posee formación específica en dicho trastorno, de los cuales el 42% corresponde al área de la Medicina (Psiquiatras y Neurólogos), el 29% corresponde a profesionales de la Psicología con orientación Cognitivo-Conductual Sistémico y el 29% restante a los profesionales de Psicopedagogía (Gráfico x).

Los profesionales que no poseen formación específica en TDAH corresponden al 41% de la muestra, de los cuales el 80% se asignan a los profesionales de la Psicología con orientación predominante en Psicoanálisis, siendo el 20% restante asignado al Profesional de la Medicina (pediatría).

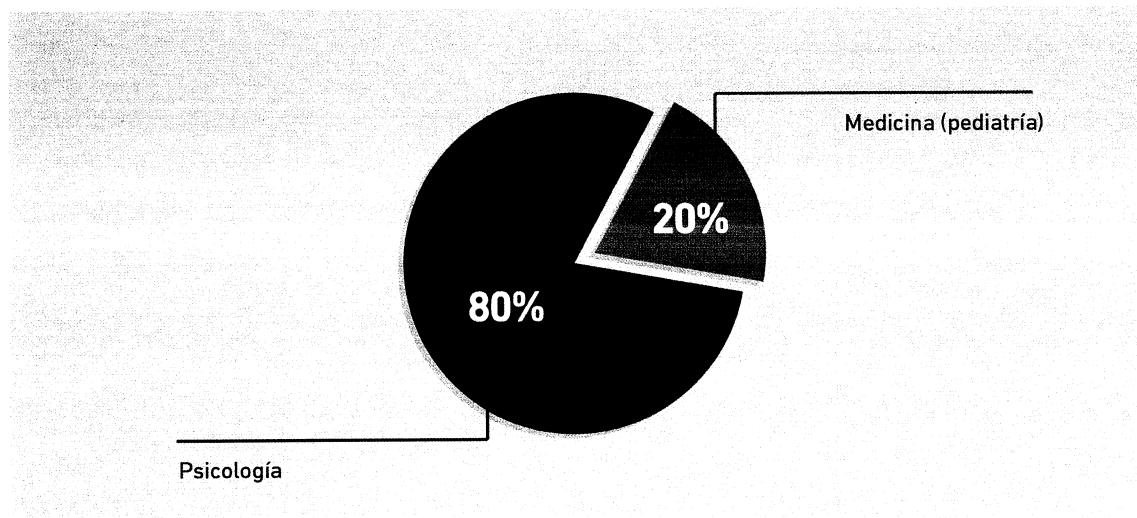
**Gráfico 2.** Formación y/o capacitación específica en TDAH.



**Gráfico 3.** Profesionales con formación TDAH.



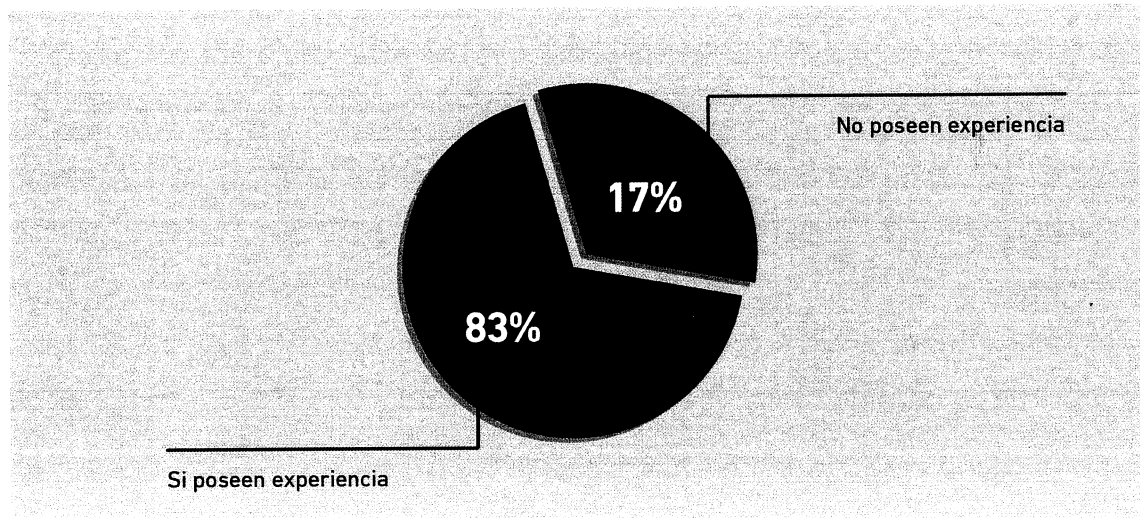
**Gráfico 4.** Profesionales sin formación en TDAH.



- **Experiencia en pacientes con TDAH**

El 83% de los profesionales encuestados respondió afirmativamente, el restante 17% que respondió negativamente corresponden a 2 profesionales de la Psicología.

**Gráfico 5.** Experiencia en pacientes con TDAH.



- **Edad de los pacientes**

Las edades de los pacientes tratados oscilan entre los 4 y los 18 años, independientemente de la orientación profesional.

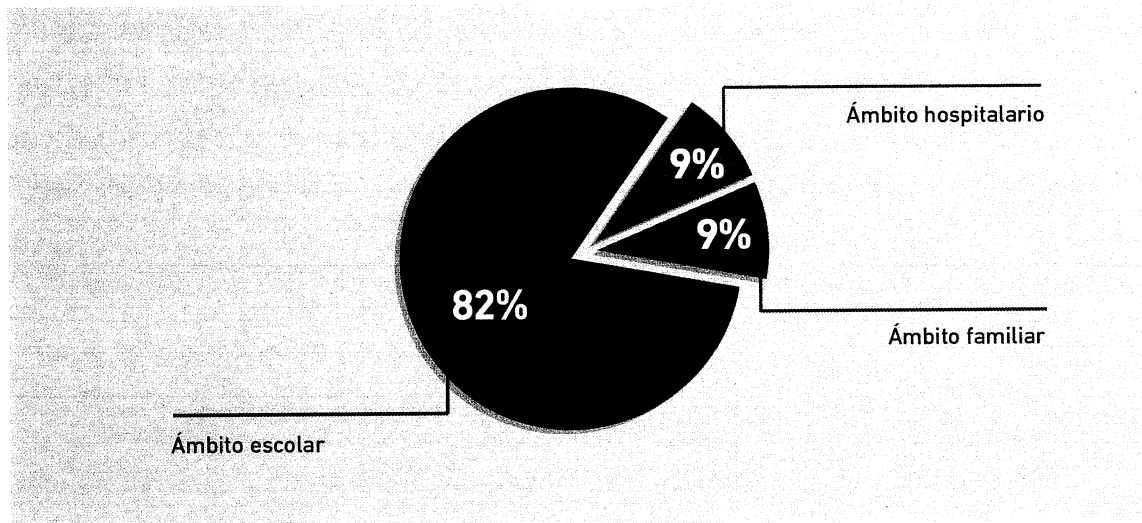
## MOTIVO DE CONSULTA

- **Fuente de derivación**

El 82% de los profesionales respondió que la fuente de derivación es la escuela, el 9% desde el ámbito familiar y un 9 % del ámbito hospitalario.



**Gráfico 6.** Fuentes de derivación.



- **Síntoma/s motivo principal de consulta**

En la totalidad de los profesionales entrevistados la respuesta acerca de los síntomas que presentan quienes se acercan a consultar corresponden con síntomas de hiperactividad, desatención e impulsividad, como así también a las distintas comorbilidades asociadas al trastorno.

## **DIAGNÓSTICO**

- **Conocimiento y utilización de criterios diagnósticos del DSM o CIE-10**

La totalidad de los profesionales respondieron afirmativamente respecto a que conocen los criterios diagnósticos.

El 59% de la muestra respondió que utiliza estos criterios para la determinación del diagnóstico.

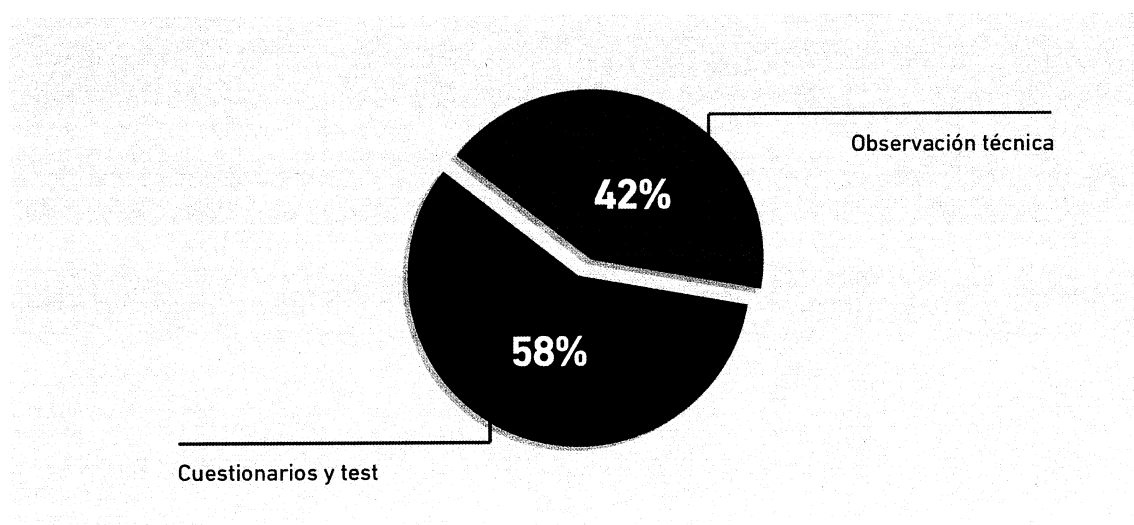
- **Técnicas y/o instrumentos que utiliza para la determinación del diagnóstico**

El 58% de los profesionales utiliza test (tanto neuropsicológicos como proyectivos) y cuestionarios para la determinación del diagnóstico tales como:

- Test Gestáltico Visomotor: Bender.
- Dibujo de la Figura Humana: DFH.
- Test de Apercepción Temática Infantil: C.A.T.
- Test de Inteligencia de Wechsler: WISC III.
- Escala Conners para padres y profesores, las dos versiones consideradas son: *Conners Parent Rating Scale-Revised* y *Conners Teacher Rating Scale- Revised*
- Escala de Swanson, Nolan & Pelham, adaptadas a los criterios del DSM IV, versión en español y validada en la Argentina: SNAP IV.
- Child Behavior Checklist: listado de conductas infantiles (CBCL).
- Test de apercepción infantil con figuras humanas: Tavis.
- Test de atención: D2,
- Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin: WCSAT
- Test de atención de todos los días: TEA-Ch.

El restante 42% de los profesionales utilizan preferentemente la observación clínica para arribar al diagnóstico de TDAH.

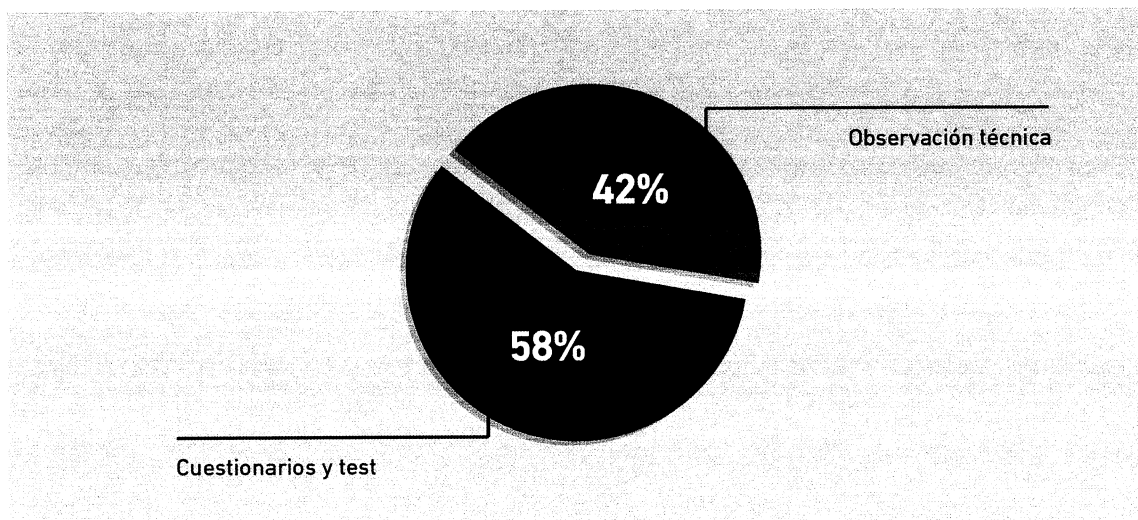
**Gráfico 7.** Técnicas y/o instrumentos que se utilizan para la determinación del diagnóstico.



- **Utilización de técnicas específicas de acuerdo a la edad del paciente**

El 92% de los entrevistados respondieron que a partir de la experiencia en niños y adolescentes, utilizan técnicas diversas según la edad de los mismos. Un sólo profesional, representando el 8% y perteneciente al área de psiquiatría no utiliza diferenciación de técnicas según la edad del paciente.

**Gráfico 8.** Implementación de técnicas específicas de acuerdo a la edad del paciente.



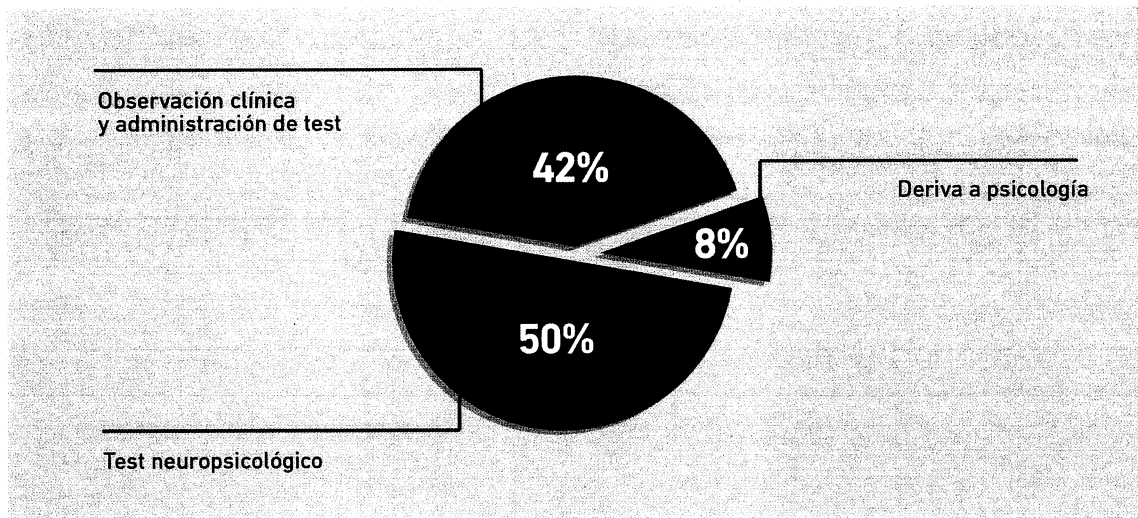
- **Consideración de herramientas más útiles en el diagnóstico**

El 50% de los profesionales destacan la observación clínica como la herramienta más útil para arribar al diagnóstico de TDAH y la administración de test, acentuando la importancia de considerarlo de manera global, y no confiando en una única técnica o único parámetro.

El 42% de los profesionales utilizan la administración de Test Neuropsicológicos para el Diagnóstico.

El 8% realiza derivación al área de Psicología para el Diagnóstico.

**Gráfico 9.** Herramientas más útiles en el diagnóstico.

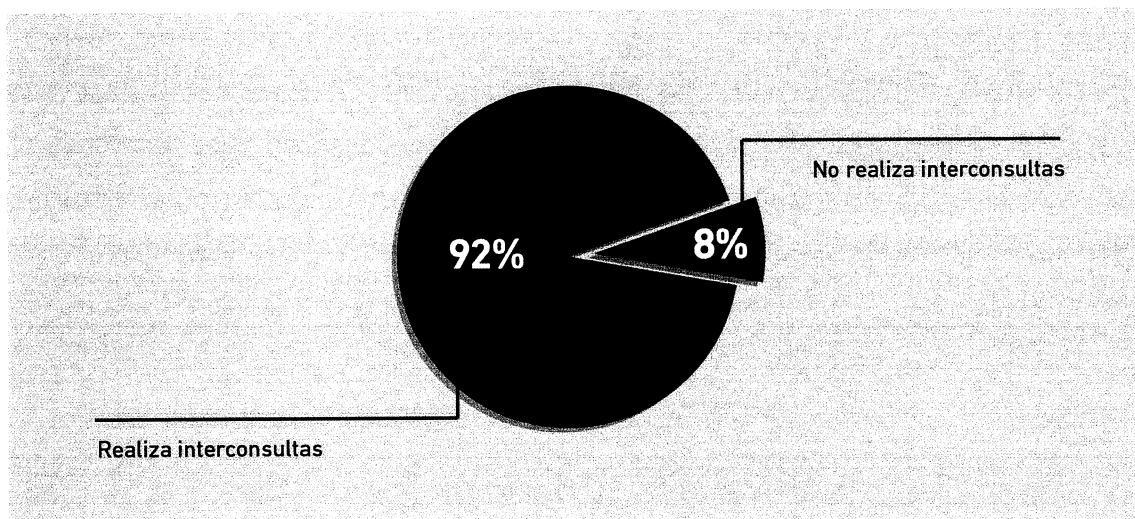


- **Implementación de interconsulta para confirmar el diagnóstico**

El 92% de los profesionales entrevistados realizan interconsulta con otras disciplinas tales como Psicología, Neurología, Terapia Ocupacional y Psicopedagogía para confirmar el diagnóstico del paciente.

Sólo uno de los profesionales entrevistados correspondiendo al 8% respondió negativamente, con respecto a la realización de la interconsulta para la confirmación del diagnóstico, correspondiendo al profesional Psicólogo con orientación Cognitivo-Conductual Sistémico.

**Gráfico 10.** Implementación de interconsulta para confirmar el diagnóstico.



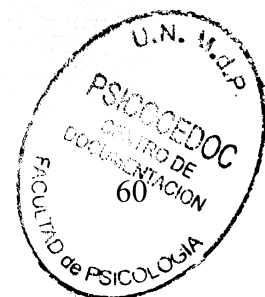
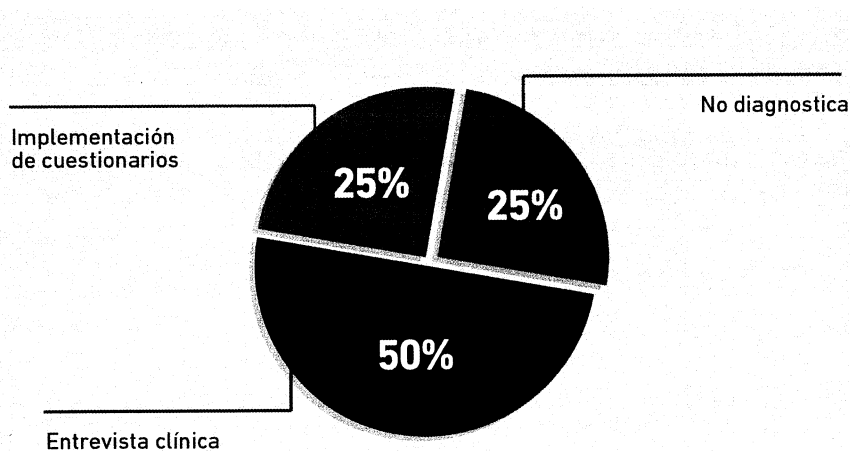
- **Diagnóstico de comorbilidades**

El 50% de los profesionales utiliza la entrevista clínica para el diagnóstico de comorbilidades.

Un 25% de profesionales Psicólogos de orientación Cognitivo-Conductual Sistémico, implementan el cuestionario Child Behavior Checklist: listado de conductas infantiles (CBCL), al igual que el profesional de la Medicina con especialización en Neurología.

El restante 25%, correspondiente al área de psicopedagogía y un psicólogo de orientación Psicoanalítica no diagnostican las Comorbilidades.

**Gráfico 11.** Diagnóstico de comorbilidades.

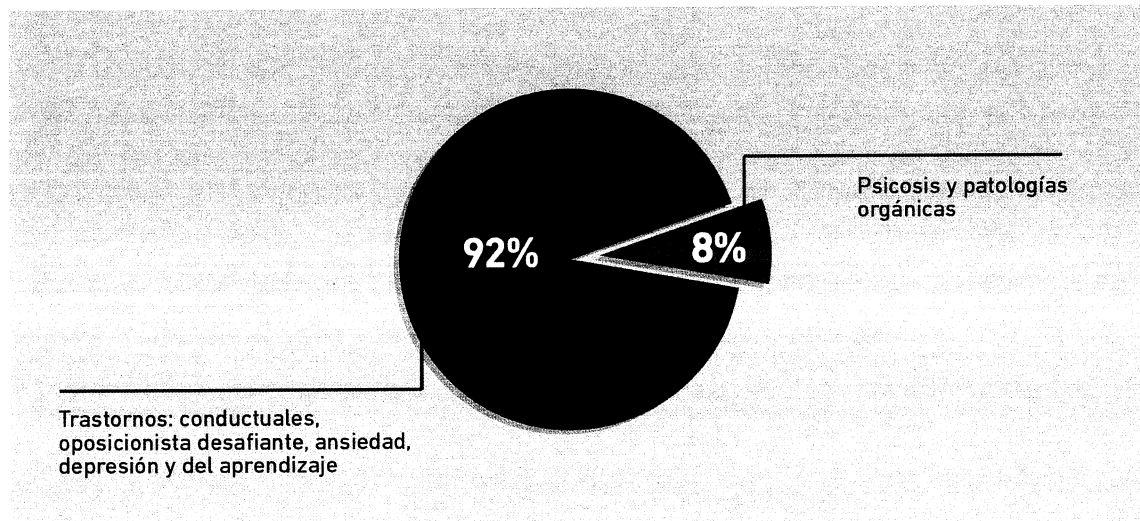


- **Trastorno comórbidos con mayor frecuencia en la práctica**

Según los entrevistados, los trastornos comórbidos que se presentan con mayor frecuencia en su práctica son: Trastornos de conducta, trastornos oposicionista desafiante, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y trastornos específicos del aprendizaje, todos en igual medida.

Por su parte uno de los profesionales Psiquiatría, correspondiente al 8% respondió que son la Psicosis y las cuestiones orgánicas, los trastornos comórbidos que más se presentan en su práctica.

**Gráfico 12.** Trastorno comórbidos con mayor frecuencia.



## TRATAMIENTO

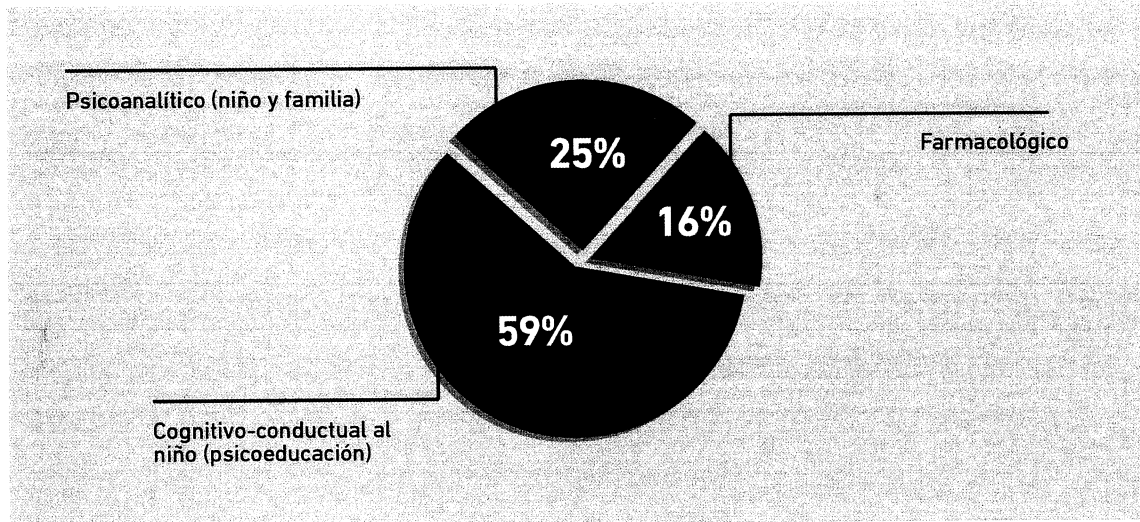
- **Tratamiento de mayor frecuencia**

Según los entrevistados, el tratamiento que más frecuentemente realizan es el Cognitivo-Conductual, representando el 59%, incluyendo la psicoeducación tanto en niños, padres y escuela.

Los profesionales Psicólogos con orientación Psicoanalítica, representando el 25% realizan el tratamiento Psicoanalítico, tanto al niño como a la familia.

Por su parte los profesionales de la Medicina señalaron el tratamiento farmacológico representando el 16% dependiendo el caso.

**Gráfico 13.** Tratamientos en el TDAH.



- **Tratamiento acorde a la edad del paciente**

Representando el 100% de las respuestas de los profesionales entrevistados el tratamiento varía según la edad del paciente. Los 12 entrevistados acuerdan en que variará el tratamiento y las técnicas que se implementen según el nivel madurativo y cognitivo del niño, pero no en el abordaje.

Representando el 25% de la muestra, desde el área de Psiquiatría como de Neurología manifiestan que variará la medicación implementada según la edad (basándose en las contraindicaciones de los mismos) y las comorbilidades presentadas.

- **Derivación a otros profesionales para el tratamiento**

La mayoría de los profesionales, representando un 92%, realizan derivación para el tratamiento, el 8% que respondió negativamente pertenece al área de Psicología con orientación cognitiva-conductual-sistémico.

- **Tratamiento que se considera más efectivo**

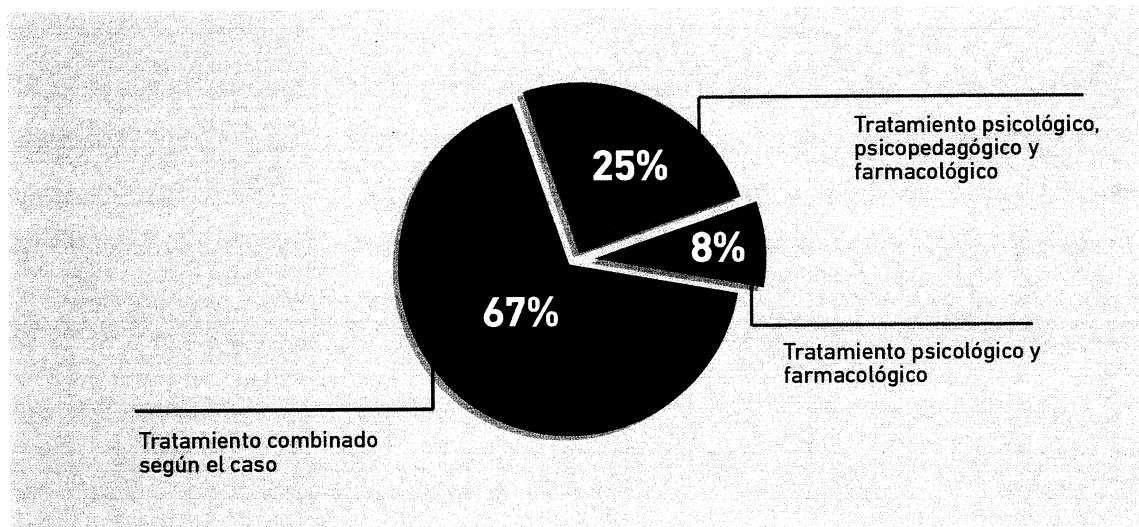
- 1)  Tratamiento farmacológico
- 2)  Tratamiento psicológico
- 3)  Tratamiento combinado (psicológico y farmacológico)
- 4)  Tratamiento combinado (psicopedagógico y farmacológico)
- 5)  Tratamiento combinado (psicológico y psicopedagógico)
- 6)  Tratamiento combinado (psicológico, psicopedagógico y farmacológico)
- 7)  Otro

El 67% de los entrevistados respondió que el tratamiento más efectivo sería uno combinado que dependerá según el caso. Opción 7.

El 25% de los entrevistados contestó la opción 6 que corresponde al combinado: Psicológico, Psicopedagógico y farmacológico. Correspondiendo a un profesional de la Psicología con orientación Psicoanalítica, un profesional de la Psicopedagogía y un profesional de la medicina con especialización en Neurología.

El restante 8% corresponde a un profesional de la Psicología con orientación Cognitivo-Conductual Sistémico que eligió la opción 3, tratamiento combinado: Psicológico, farmacológico.

**Gráfico 14.** Tipos de tratamientos en el TDAH.



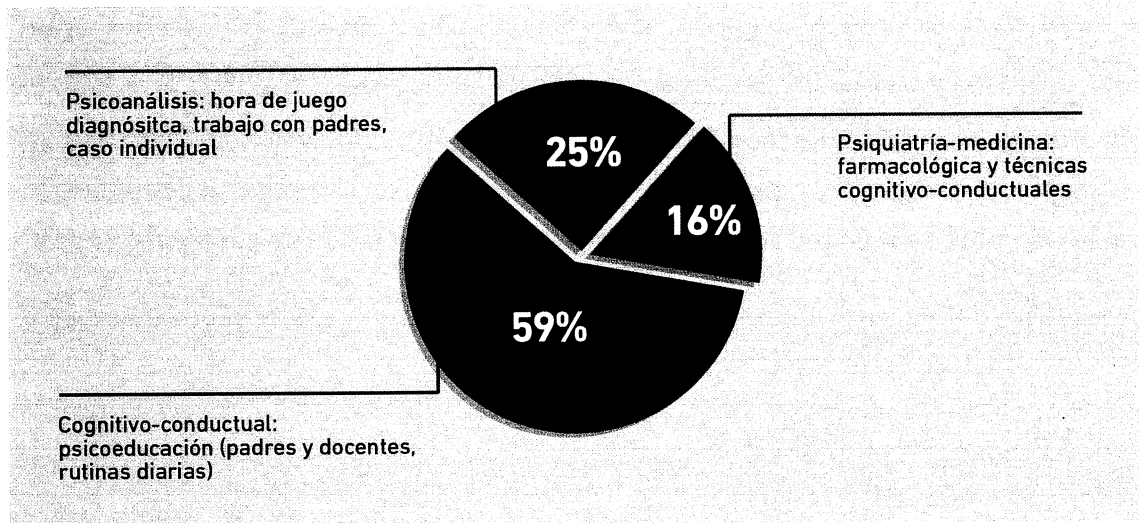
- **Estrategias implementadas en el tratamiento**

El 59% de los profesionales respondió que la estrategia que sugieren implementar, dentro del marco Cognitivo Conductual, es la Psicoeducación tanto a padres como a docentes, con rutinas diarias.

Los profesionales de la Psiquiatría, representando un 16% agregaron la farmacología, reforzando con técnicas Cognitiva- Conductuales.

Los profesionales de la Psicología con orientación Psicoanalítica representando el 25% respondieron “hora de juego diagnóstica”, “Depende el caso”, “el trabajo con padres”.

**Gráfico 15.** Estrategias en el tratamiento del TDAH.

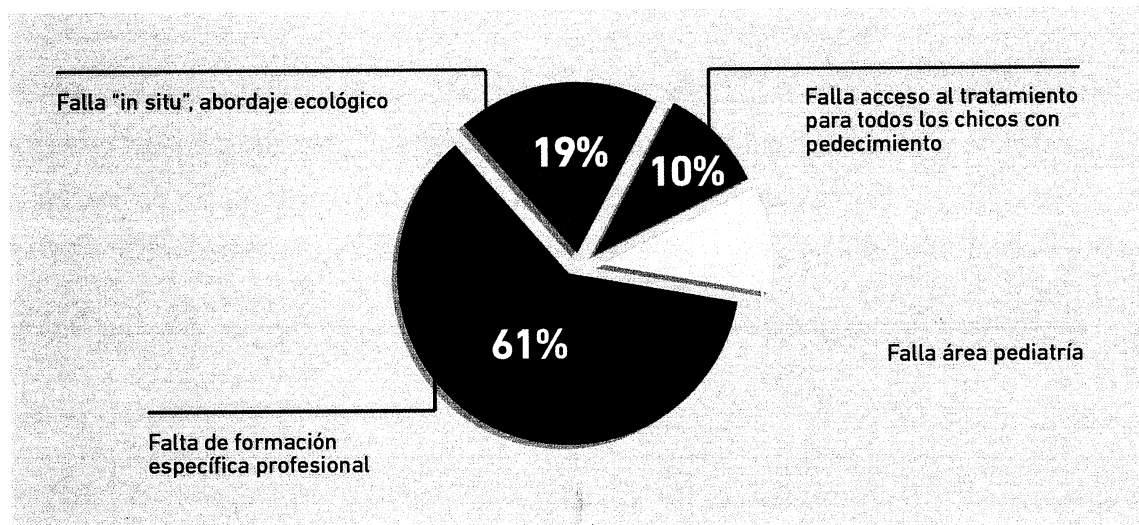


- **Creencia en cuanto a cuáles son las áreas menos desarrolladas**

De los profesionales entrevistados un 50% coincidió en la falta de formación profesional específica del trastorno, y en la Psicoeducación a padres y docentes, destacando un Psicólogo con orientación Psicoanalítica: *“aprender a trabajar interdisciplinariamente”*.

El restante 50%, oscilaron en: falla el abordaje de lo ecológico, “in situ”, respuesta de ambos Psicopedagogos, un profesional Psicólogo respondió que falla el área de Pediatría, el Profesional Pediatra respondió que falla el acceso al tratamiento para todos los chicos con este padecimiento.

**Gráfico 16.** Áreas menos desarrolladas.



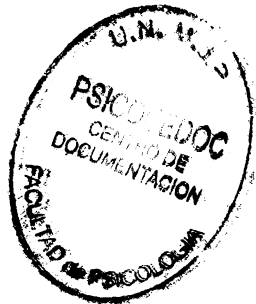
- **Frecuencia con que un paciente con diagnóstico de TDAH asiste a consulta**

Todos los profesionales tanto del área de Psicología como de Psicopedagogía, respondieron que ven a los pacientes una vez por semana.

Los profesionales del área de Medicina variaron la frecuencia. El profesional especialista en Pediatría la frecuencia es cada 6 meses, los Psiquiatras una vez por mes, y el Neurólogo respondió 5 veces al años los más seguidos, y dos o tres veces al año los demás.

## » CONCLUSIONES

[Illegible scribbled text]



A partir de considerar los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas respecto a los criterios de los profesionales de la salud para el diagnóstico y tratamiento de niños con diagnóstico de TDAH, se ha llegado a las consideraciones y conclusiones que se exponen a continuación.

Más de la mitad de los profesionales encuestados poseen formación específica en TDAH, encontrándose el mayor porcentaje de la misma en el área de Psiquiatría y Neurología. A su vez, los Psicopedagogos también respondieron afirmativamente y, en cuanto a los profesionales de la Psicología, los que poseen formación específica en TDAH corresponden a la orientación Cognitivo-Conductual y Sistémica.

Por otro lado, la mayoría de los profesionales, independientemente de la orientación profesional, han tenido pacientes con TDAH de entre los 4 y los 18 años.

Con respecto a las preguntas orientadas al diagnóstico de TDAH, todos los profesionales entrevistados manifiestan conocer los criterios diagnósticos internacionales, los cuales son: el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V) de la Asociación Psiquiátrica Americana, APA y la Clasificación Internacional de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud, OMS, (CIE-10) (García García, Prieto Tato, Santos Borbujo, Monzón Corral, Hernández Fabián & San Feliciano Martín, 2008).

Si bien la mayoría de los profesionales hacen uso de estos criterios internacionales, utilizan, a su vez, tests (tanto neuropsicológicos como proyectivos) y cuestionarios para la determinación del diagnóstico.

Menos de la mitad de los entrevistados, respondieron que a partir de su experiencia con niños y adolescentes, utilizan técnicas diversas según la edad de los mismos. Sin embargo, cabe destacar, que un profesional, del área de Psiquiatría, no utiliza técnicas diferenciadas según la edad del paciente.

Al indagar sobre cuál consideraban que constituye la herramienta más útil para arribar al Diagnóstico, la mayoría destaca la observación clínica y la administración de tests, acentuando, a su vez, la importancia de considerarlo de manera global, y no confiando en una única técnica o único parámetro. Al respecto, el resto de los profesionales utiliza solo la administración de Tests Neuropsicológicos para el Diagnóstico. Finalmente, un mínimo porcentaje de los entrevistados realiza derivación al área de Psicología para el Diagnóstico.

Es importante destacar que, según la bibliografía encontrada sobre la temática y las respuestas de los entrevistados, el diagnóstico es fundamentalmente clínico (García García, 2008). A este respecto, la entrevista clínica es considerada una herramienta importante en la evaluación diagnóstica, recogiendo información, al menos de tres informantes: padres, niño y docente, utilizando los criterios del DSM V y/o CIE-10, tanto como para la presencia de síntomas como para los otros criterios de inicio, duración, generalización en distintos ambientes, y deterioro clínicamente significativo, teniendo en cuenta el estadio evolutivo y que los síntomas no aparezcan en el transcurso de, o se expliquen mejor por otro trastorno, aplicado por profesionales con experiencia (Jara Segura, 2009).

Según Vásquez et al (2010) es a partir del proceso diagnóstico donde se evidenciará cuando interconsultar a un especialista y cuando referirlo a otro nivel de atención. Así, al indagar en las entrevistas con respecto a la realización de interconsultas con otras disciplinas para confirmar el diagnóstico del paciente, se obtuvo, en su mayoría, respuestas afirmativas, siendo principalmente destinatarios de las mismas los profesionales pertenecientes al área de Psicología, Neurología, Terapia Ocupacional y Psicopedagogía. Sólo un entrevistado, de la Psicología con orientación Cognitivo- Conductual Sistémico respondió negativamente.

Por su parte, al indagar acerca del Diagnóstico de las comorbilidades, la mitad de los profesionales encuestados respondió que utiliza la entrevista clínica para arribar a las mismas. Sin embargo, un cuarto de la muestra, correspondiente a profesionales del área de Psicología y Neurología también implementan un cuestionario conductual. El restante, referido al área de Psicopedagogía y un Psicólogo de orientación Psicoanalítica no diagnostican las comorbilidades.

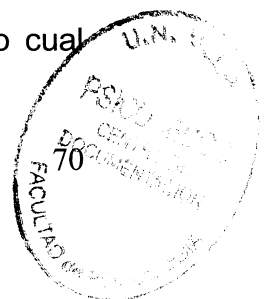
Considerar el concepto de comorbilidad ha permitido que se tenga en cuenta la aparición y evolución de otras patologías paralelas al TDAH, y con esto, el desarrollo de una mejor aproximación diagnóstica y terapéutica de los pacientes y sus familias (Palacio, 2006). Respecto a lo cual los entrevistados afirmaron que, los trastornos comórbidos que se presentan con mayor frecuencia en su práctica son: Trastornos de conducta, trastornos oposicionista desafiante, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y trastornos

específicos del aprendizaje, todos en igual medida. Esto coincide con la bibliografía consultada, según la cual las comorbilidades más frecuentes del TDAH son: Trastorno oposicionista-desafiante, Trastornos de conducta, Síndrome de Tourette o tics, Trastornos del desarrollo de la coordinación, Trastornos del aprendizaje, Trastornos de la comunicación, Trastornos depresivos y Trastornos de ansiedad (Mulas et al, 2006; Joselevich, 2005; Artigas-Pallares, 2003).

A este respecto, también se destaca la respuesta del área de Psiquiatría, planteando a la Psicosis y a las cuestiones orgánicas, como los trastornos comórbidos que más se presentan en su práctica.

En lo referente al tratamiento, el que más frecuentemente se realiza, representando la mayoría de la muestra, es el Cognitivo-Conductual, incluyendo, a su vez, a la Psicoeducación tanto en los niños, escuela a la que asiste, y los padres. Por su parte, los profesionales Psicólogos con orientación Psicoanalítica, realizan el tratamiento clínico Psicoanalítico, abordando con el mismo tanto al niño como a la familia. Con respecto a esto, es importante lo que expone Gratch (2009), señalando que las alteraciones en el carácter que este trastorno produce, las dificultades en la convivencia con otros, los riesgos que supone en la vida de una persona la impulsividad y la baja autoestima, debido al reiterado fracaso en la consecución de los logros, especialmente en la etapa escolar, difícilmente pueden ser superados sin la ayuda que provee un tratamiento psicoterapéutico. A su vez, los profesionales de la Medicina señalaron al tratamiento farmacológico, pero siempre dependiendo el caso en cuestión.

Respecto al tipo de tratamiento para cada edad, la totalidad de los profesionales acuerdan que el mismo varía según la edad del paciente. En referencia a esto último es importante destacar que todos los profesionales consultados acuerdan en que variará el mismo y las técnicas que se implementen según el nivel madurativo y cognitivo del niño, pero no en el abordaje. Tanto los profesionales del área de Psiquiatría como los correspondientes a la de Neurología manifiestan qué variará la medicación implementada como parte del tratamiento según la edad (basándose en las contraindicaciones de los mismos) y las comorbilidades presentadas, lo cual



está en acuerdo con la bibliografía al respecto (Soutullo & Álvarez-Gómez, 2013).

En cuanto a las implicaciones que se derivan de lo anteriormente expuesto, la mayoría de los profesionales acordaron que el tratamiento más efectivo para el TDAH sería uno combinado, cuya combinación dependerá según el caso en cuestión. Una cuarta parte de los entrevistados afirman que combinan tratamientos psicológico, psicopedagógico y farmacológico. Mientras que un profesional de la Psicología con orientación Cognitivo-Conductual Sistémico combina tratamiento psicológico y farmacológico.

Atendiendo a estas consideraciones, Bukstein (2010) acentúa que todo tratamiento debe estar basado en pruebas, entrevistas, test, método observacional, entre otras, el cual tiene como objetivo primordial la fundamentación en datos científicos. Con lo cual las decisiones tendrán una base para el uso racional, explícito y actualizado de los mejores datos objetivos aplicados al tratamiento de cada paciente.

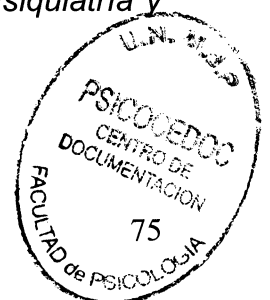
En cuanto a las limitaciones del presente trabajo de investigación, se menciona el cambio hacia el DSMV, habiendo iniciado el presente con los criterios correspondientes a la 4ta edición del Manual, y teniendo que modificar dicho marco ante la publicación de la siguiente edición.

## REFERENCIAS

- Aguilar Metaca, N. (2014). *El trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una perspectiva psicoanalítica*. Tesis Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Querétaro. México.
  
- Albert, J., López-Martín, S., Fernández-Jaén, S. & Carretié, L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurología de la conducta*, 47(1): 39-45.
  
- Amador Campos, J. A. & Krieger, V.E. (2013). TDAH, funciones ejecutivas y atención. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Extraído el 24 de Enero de 2014. Disponible en: [www.disposit.ub.edu](http://www.disposit.ub.edu)
  
- A.P.A. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM IV). Barcelona: Masson.
  
- A.P.A. (2012). DSM V, *The future of Psychiatric diagnosis*. Extraído el 10 de octubre de 2012. Disponible en: [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)
  
- A.P.A. (2013). DSM V. *American Psychiatric Association*. Extraído el 30 de Enero 2014. Disponible en: [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)
  
- 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 (1):39-45.
  
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*(36):68-78.

- Artigas-Pallarés, J. (2011). ¿Sabemos qué es un trastorno? Perspectivas del DSM-V. *Revista de Neurología*, 52(1): 59-69.
- Artigas-Pallarés, J. (2002). Problemas asociados a la dislexia. *Revista de Neurología*; 34 (1): 7-13.
- Aznar Bolaño, M. (2009). Actualidad en Clínica de niños y adolescentes. *Revista de Clínica y Salud*, 20 (3): 209-210.
- Barkley, R. A. (1997). ADHD y la naturaleza del auto-control. New York.
- Barkley, R. A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de Neurología*, 48(2): 101-106.
- Barkley, R.A. (2013). Tomar el control del TDAH en la edad adulta. Ediciones OCTAEDRO, S.L. Barcelona, España.
- Benítez, L. (2012). Conocer a Carl Jung: Un chamán del Siglo XX. Ediciones Lea S.A., Buenos Aires, Argentina.
- Bernal-Lafuente, M. (2004). Estudio polisomnográfico en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 38(1):103-110.
- Bitaubé, J. A., López-Martín, S., Fernández-Jaén, A. & Carretié Arangüena, L. (2009). Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. *Revista JANO*, 1: 18-26.
- Buñuel Álvarez, J. C. (2006). Diagnóstico del trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad. Una visión desde la evidencia científica. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8 (4): 25-37.

- Bukstein, O., C. (2010). Clinical practice guidelines for attention-deficit/hyperactivity disorder: a review. 122:69-77.
- Casas, A. M. & Ferrer, M. S. (2010). Tratamientos Psicosociales eficaces para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista de Información Psicológica*; 100: 100-114.
- Castellanos, F. X. & Acosta, M. T. (2011). Anfetaminas; Atomoxetina; Guanfacina; Metilfenidato; Receptores dopaminérgicos D1; Receptores noradrenérgicos alfa-2a; Relación entre señal y ruido. *Revista de Neurología*; 52 (1): 155-160.
- Cardo Jalón, E. & Servera Barceló, M. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de Neurología*; 46 (6):365-372.
- Cardo Jalón, E. & Servera Barceló, M. (2003). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Una visión global. *Anales de Pediatría*, 59: 225-228.
- Caballo, V. & Simón, M.A. (2001). Manual de psicología clínica infantil y adolescente. Madrid. Pirámide.
- Camacho Gómez, C. & Camacho Calvo. (2005). Habilidades sociales en la infancia. *Revista profesional española de terapia cognitiva-conductual*, 3(1): 1-27.
- Castellanos, F. X. & Acosta, M. T. (2004). Síndrome de Tourette: análisis de la comorbilidad y sus tratamientos específicos. *Revista de Neurología*, 38(1): 124-130.
- Cela, J. L. S. & Herreras, E. B. (2007). Propuesta Psicoeducativa de evaluación y tratamiento en niños/as con TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del Adolescente*, 7(1): 110-124.



- Cerdeña, A. C., Domic, M. S., Quiroz, J. E, Ramos, M. B. & Urzúa, A. M. (2009). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños escolarizados. *Revista chilena de Pediatría*, 80 (4): 332-338.
  
- Cunningham, C.E, Bremner, R., Secord, M. (1998). Programa de Educación para Padres y la Comunidad: aplicando en las escuelas sistemas familiares orientados para padres de niños con trastornos de comportamiento disruptivo. Ontario, Canadá, Hamilton Heath Sciences Corp.
  
- Delgado-Mejía, I. & Etchepareborda, M. (2013). Trastornos de las funciones ejecutivas. Diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*; 57(1):95-103.
  
- Díez Suárez, A., Figueroa Quintana, A. & Soutullo Esperón, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*; 8 (4):135-55.
  
- Fandiño Tabares, D. C. (2013). Comorbilidades afectivo-comportamentales asociadas a los subtipos del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niños, niñas y adolescentes. Manizales-Caldas (2009-2011). Universidad de Manizales, Colombia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Maestría en Desarrollo Infantil. Recuperado el 24 de Enero de 2014. Disponible en [www.ridum.umanizales.edu.co](http://www.ridum.umanizales.edu.co)
  
- Faraone, S. & Ansteth, K. (2008). Diagnóstico y tratamiento de los trastornos por déficit de atención con hiperactividad en adultos. *Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)*. 6 (3): 131-136.
  
- Félix Mateo, V. (2006). Recursos para el diagnóstico psicopedagógico del TDAH y comorbilidades. *Revista electrónica de investigación Psicoeducativa*, 4 (3): 623-642.

- Fernández Álvarez, E. (2002). Trastornos comórbidos relacionados con los tics. *Revista de Neurología*, 34(1): 122-129.
- Fernández-Mayoralas D.M., Fernández-Jaén A., García-Segura J.M. & Quiñones Tapia D. (2010). Neuroimagen en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*; 50 (3): 125-33.
- Fundación Cadah. (2013). Extraído el 10 de diciembre de 2013. Disponible en:[www.fundacioncadah.org/web/articulo/habilidades-sociales-y-tdah.html](http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/habilidades-sociales-y-tdah.html)
- García García,M.D., Prieto Tato,L.M.,Santos Borbujo,J.,Monzón CorralL.,Hernández Fabián,A.&San Feliciano MartínL. (2008).Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Un problema actual.*Anales de Pediatría*; 69(3): 244-250.
- Gratch, L.O. (2009).*El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD)*. BuenosAires: Editorial Médica Panamericana.
- G.P.C. (2010). Grupo de Práctica Clínica sobre el TDAH en Niños y Adolescentes. Cataluña. *Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18*.
- Henríquez-Henríquez M., Zamorano-Mendieta F., Rothhammer-Engel F. &Aboitiz F. (2010). Modelos neurocognitivos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y sus implicaciones en el reconocimiento de endofenotipos.*Revista de Neurología*; 50: 109-16.
- Herrera Yribas, C. (1992). *Los trastornos por conductas perturbadoras en relación con ciertas psicopatologías adultas*. (Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona, España). Extraído el 15 de mayo de 2012. Disponible en [www.tesisenred.net/handle/10803/5567](http://www.tesisenred.net/handle/10803/5567).

- Herreros, O., Rubio B., Sánchez, F. &Gracia, R. (2002). Etiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: una revisión. *Revista Psiquiátrica Infanto-Juvenil*; 19 (1): 82-88.
  
- Hidalgo Vicario, M. I. &SoutulloEsperón, C. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revista de Pediatría Integral*, 6: 3-25.
  
- Hidalgo Vicario, M. (2007). Evaluación diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Simposio: hiperactividad en la infancia. Madrid.
  
- Holmes, J., Gathercole, S. E., Place, M., Alloway, T. P., Elliott, J. G. & Hilton, K. A. (2010). The Diagnostic Utility of Executive Function Assessments in the Identification of ADHD in Children. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(1): 37–43.
  
- Jaramillo Hernández, D. M. (2010). Eficacia de la intervención terapéutica multimodal en niños diagnosticados con T.D.A.H. Universidad de Manizales, Colombia. Facultad de Psicología. Recuperado el 24 de Enero de 2014. Disponible en [www.ridum.umanizales.edu.co](http://www.ridum.umanizales.edu.co)
  
- Jara Segura, A., B. (2009). El TDAH, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en las clasificaciones diagnosticas actuales (CIE-10, DSMIV-R y C.F.T.M.E.A.-R 2000). *Revista Norte de salud mental*, 35:30-40.
  
- Jensen P.,S, Hinshaw S.,P, Swanson J.,M, Greenhill L.,L, Conners C.,K, & Arnold L.,E. (2001). Findings from the NIMH Multimodal Treatment Studyof ADHD (MTA): implications and applications for primary care providers. *J DevBehavPediatr*; 22: 60-77.
  
- Joselevich, E. (2005). AD/HD, qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y docentes. Buenos Aires: Paidós.

- Klimenko, O. (2009). Las dificultades en la autorregulación asociadas al TDAH y los aportes de la teoría histórico-cultural para su abordaje intracurricular. *Revista Iberoamericana de Educación*, 49 (8): 10-15.
- Kollins, S. H. (2009). Genética, neurobiología y neurofarmacología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revista de Toxicomanías*, 55: 19-27.
- Levav, M. (2005). Neuropsicología de la emoción. Particularidades en la infancia. *Revista de Neuropsicología* (5): 15-24. Recuperado el 6 de julio de 2010. Disponible en: [www.revneuropsi.com.ar/pdf/levav.pdf](http://www.revneuropsi.com.ar/pdf/levav.pdf)
- López Villalobos, J; Serrano Pintado, I. & Sánchez Mateos, J., (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con los trastornos depresivos y de ansiedad. *Revista Psicothema*, 16 (3): 402-407.
- Lora Muñoz, J. & Moreno García, I. (2008). Perfil social de los subtipos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Apuntes de Psicología*, 26 (2): 317-329.
- Loro-López, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, B., Pando, F., Varela-Casal, P. &Correas-Lauffer, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 49(5): 257-264.
- Martínez-Bermejo A., Moreno-Pardillo D. M. & Soler-López B. (2008). Evaluación del diagnóstico y tratamiento de los niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad en España mediante la técnica Achievable Benchmarks of Care (ABC). *Revista de Neurología*, 47(9): 451-456.
- Martínez Granero, M. A., Montañés Rada, F., García Pérez, A., de Lucas Taracena, M. T., Sánchez Romero, S., Rafia, S., Granados, A.& Parra

- Cuadrado, E. (2005). Tratamiento del Síndrome de Tourette y su comorbilidad: presentación de 17 casos. *Revista de Neurología*, 20(10): 678-685.
- Martínez Zamora, M., Henao López, G. C. & Gómez, L.A. (2009). Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad con los trastornos específicos del aprendizaje. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1): 178-194.
- Mas Pérez, C. (2009). El TDAH en la Práctica Clínica Psicológica. *Revista Clínica y Salud* (20): 3, Obtenido el 6 del noviembre del 2013. Disponible en: [www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113052742009000300006&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113052742009000300006&script=sci_arttext&tlng=en)
- Menéndez Benavente I. (2001). Trastorno de déficit de atención e hiperactividad: clínica y diagnóstico. *Revista de Psiquiatría y Psicología de Niños y Adolescentes*, 2001; 4(1): 92-102.
- Miranda, A., Amado L., Jarque, S. (2001). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Málaga: Aljibe.
- Miranda-Casas; Soriano-Ferrer; Presentación-Herrero & Gargallo López, (2000). Intervención psicoeducativa en estudiantes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista de Neurología*; 1: 203-216.
- Mick, E.M., Biederman, J., Prince, J., Fisher, M.J. & Faraone, S. V. (2002). Impacto de low Barth weight on attention-deficit hyperactivity disorder. *Developmental Behavioral Pediatrics*, 23(1):16-22.
- Monserrat, A. (2007). La hiperactividad con trastornos de atención en el niño, la función materna y el holding defectuoso. *Cuestiones de infancia: revista de psicoanálisis con niños*. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). Argentina. Extraído el día 27 de Octubre del 2013.

Disponible

en:[www.dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/handle/123456789/35](http://www.dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/handle/123456789/35)

- Mulas, F., Etchepareborda, M. C., Abad-Mas, L., Díaz-Lucero, A. H., Hernández, S., de la Osa-Langreo, A. & Ruiz-Andrés, R. (2006). Trastornos neuropsicológicos de los adolescentes afectados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*; 43, (1): 71-81.
- Muñoz-Céspedes, J.M. & Tirapu-Ustárriz, J. A. (2005). Memoria y funciones ejecutivas. *Revista de neurología*; 41(8): 475-484.
- Newcorn, J., Halperin, J., Jensen P., Abikoff, H., Arnold, L., Cantwell, D., Conners, C., Elliott, G., Epstein, J., Greenhill, L., Hechtman, L., Hinshaw, S., Hoza, B., Kraemer, H., Pelham, W., Severe, J., Swanson, J., Wells, K., Wigal, T. & Vitiello, B. (2001). Symptom profiles in children with ADHD: Effects of comorbidity and Gender. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2): 137-146.
- O.M.S. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Orjales Villar, I. (2000). Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. *Revista complutense de educación*; 11 (1): 71-84.
- Orjales Villar, I. (2008). Alumnos con TDAH en el aula: estrategias de afrontamiento. IV Jornadas de formación sobre hiperactividad y déficit de atención.
- Palacio, J. D. (2006). Comorbilidad psiquiátrica en la deficiencia de atención. *Revista Psicoespacios*, Vol. 1, N. 1, pp. 20-23. Extraído el 27 de enero de 2014. Disponible en:[www.iue.edu.co/revistas/iue/index.php/Psicoespacios](http://www.iue.edu.co/revistas/iue/index.php/Psicoespacios)



- Palacio, J. D., Ruiz García, M., Bauermeister, J.J., Montiel-Navas, C., Henao, G.C. & Agosta, G. (2009). Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Preescolares Latinoamericanos con TDAH Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Preescolares Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Revista de Salud Mental*; 32:3-16. Extraído el 27 de enero de 2014. Disponible en:[www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)
  
- Palacio, J.D., De la Peña Olvera, F.,Palacios-Cruz, L. &Ortiz-León S. (2009).Algoritmo latinoamericano de tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a través de la vida. *Revista colombiana de Psiquiatría*: 38 (1). Extraído el 30 de Octubre del 2013. Disponible en:[www.scielo.org.co/scielo](http://www.scielo.org.co/scielo)
  
- Pardos, A., Fernández-Jaén, A. & Fernández-Mayoralas, M. (2009). Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 48 (2): 107-111.
  
- Pedraza-Vargas, S., Perdomo-Carvajal, M.F & Hernández- Manrique, N. (2009). Terapia narrativa en la co-construcción de la experiencia y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica de TDAH. Universidad de Psicología de Bogotá, Colombia. Artículo de Investigación. Extraído el 26 de Marzo de 2015. Disponible en:<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n1a16.pdf>
  
- Pino Calderón, F. J., Gallardo Gil, R.& Herreros Rodríguez, O. (2004). TDAH y trastorno oposicionista desafiante en el niño. Disponible en:[www.psiquiatria.com/articulos/trastornos\\_infantiles/15127/](http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/15127/)
  
- Poeta, L.S. & Rosa-Neto, F. (2007).Evaluación motora en escolares con indicadores del trastorno por déficit de atención/hiperactividad.*Revista de Neurología*; 44 (3):146-149.
  
- Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Lessa Horta, B., Biederman, J &Rohde, L. A. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and

Metaregression Analysis. *The American Journal of Psychiatry*; 164: 942–948.

- Presentación Herrero M. J., Siegenthaler Hierro R., Jara Jiménez P. & Miranda Casas A. (2010). Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH. *Revista Psicothema*; 22 (4): 778-783.
- Ramos-Quiroga J.A., Ribasés-Haro M., Bosch-Munsó R., Cormand-Rifà B. & Casas M. (2007). Avances genéticos en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista neurológica*; 44(3): 51-52.
- Ramos Quiroga J., A., Chalita P., J., Vidal J., Bosch R., Palomar G., Prats L. & Casas M. (2012). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Revista Neurología*; 54 (1): 105-115.
- Ramos Vicente & González Seijo J.C. (2007). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una actualización. *Boletín Pediátrico*; 47: 116-124.
- Rebollo, M. & Montiel, S. (2006). Atención y funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*; 42: 3-7.
- Rivero Corte, P. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Rodríguez Molinero, L., López Villalobos, J. M., Garrido Redondo, M., Sacristán Martín, A. M., Martínez Rivera, M. T. & Ruiz Sanz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Revista Pediatría de Atención Primaria*; 11(42):251-270.

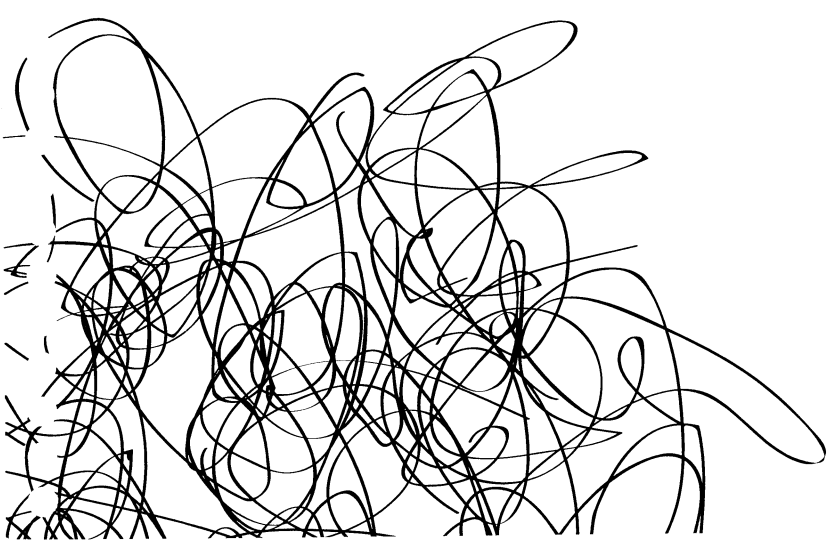
- Safren, S. A., Sprich, S., Mimiaga, M. J., Surman C., Knouse L. & Groves M. (2010). Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated with ADHA and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *JAMA* 204: 875-880.
- Sánchez Encalada, L. & Damián Díaz, M. (2009). Detección de intervención a través del juego del TDAH. *Revista de Psicología Iztacala* 12(4): 156-170.
- Sanders M. R., Mazzucchelli T.G., Studman L., & Stepping S. (2004). *Triple P. Un programa de crianza positiva para las familias: su base teórica y el desarrollo.* *Intelecto Dev. Invalidez.*; (29): 1-19.
- Schenetti, M. (2006), Comprender el dolor infantil. Colección micro-macro referencias (33): 159-169.
- Sell-Salazar, F. (2003). Síndrome de hiperactividad y déficit de atención. *Revista de Neurología*; 37 (4): 353-358.
- Senra Amigo, L. (2009). *Tratamiento con Neurofeedback en niños con TDAH*, Salamanca, Instituto de Neurociencia de Castilla y León.
- Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*; 40 (6): 358-368.
- Sibón Martínez, A. M. (2010). ¿Qué es el TDAH? *Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas*, 28:2-10.
- Smirnow, D. A. (2007). ¿Qué es la comorbilidad? *Revista chilena de epilepsia*; 1: 23-35.
- Soutullo Esperon C. & Álvarez-Gómez M. J. (2013). Bases para la elección del tratamiento farmacológico en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*; 56 (1): 119-29.

- SoutulloEsperon, C. (2003). Diagnostico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Medicina Clínica (Barcelona)* 2003; 120(6):222-226.
- Szerman, N. (2008). ¿TDAH en la adolescencia? 50 preguntas orientativas para reconocer y tratar el TDAH. Extraído el 22 de Julio de 2014. Disponible en: <http://es.slideshare.net/fundacioncadah/tdah-en-la-adolescencia-50-preguntas-orientativas-para-reconocer-y-tratar-el-tdah>
- Taborda, A, Díaz, D. (2006). Una revisión del diagnostico De déficit atencional en la niñez Estudio descriptivo y propuesta terapéutica. UCES. Extraído el 29 de Octubre de 2013. Disponible en: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/handle/123456789/79>
- Taylor, E., A. (1991).El niño hiperactivo. Barcelona: Martínez Roca.
- The MTA CooperativeGroup.(1999). Los moderadores y mediadores de tratamiento la respuesta de los niños con trastorno de déficit de atención: Estudio de Tratamiento Multimodal en niños con TDAH. *Arch Gen Psychiatry*; 56(10): 88-96.
- Uribe, C. & Vásquez, R. (2007). Factores culturales en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: habla la mamá. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 36 (2): 255-291.
- Urraza, M. E. (2007). Aportes de la teoría psicoanalítica del Add-Adhd. *Revista virtual Psiquiatría y Psicopatología del adolescente y su familia*. Extraído el 30 de Octubre del 2013. Disponible en: [www.psicoadolescencia.com.ar](http://www.psicoadolescencia.com.ar)
- Valdizán, J.R., Mercado, E.& Mercado-Undanivia, A. (2007). Características y variabilidad clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niñas. *Revista de Neurología*, 44(2): 27-30.

- Valdizán, J. R. & Izaguerri-Gracia, A. C. (2009). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Revista de Neurología*, 48 (2): 95-99.
- Valladolid, E., Valladolid, E., Eoep, V., Cuellar, E., Motóricos, E. E., Colegio, D. E. E. N. & Iles Ribera De Castilla, I. P. D. L. (2014). Intervención terapéutica con familias en el contexto educativo. Materiales de los seminarios: Intervención terapéutica con familias en el contexto educativo en infantil-primaria 1,2 y en escuela secundaria (PPED), desarrollados en el CFIE de Valladolid entre el 7 de noviembre de 2013 y el 27 de marzo de 2014. Disponible en: [www.recursos.crfptic.es](http://www.recursos.crfptic.es)
- Vasquez, J., Cardenas, E.M, Feria, M., Benjet, C., Palacios, L. & de la Peña, F. (2010). Guía Clínica para el TDAH. Ed. Shoshana Berenzon, Jesus del Bosque, Javier Alfaro, M. Elena Medina-Mora. Mexico: Instituto Nacional de Psiquiatria Ramon de la Fuente. (serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales). Extraído el 23 de Septiembre de 2014. Disponible en: [www.centropsicologicomca.es](http://www.centropsicologicomca.es)
- Vaquerizo-Madrid, J. (2008). Evaluación clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad, modelo de entrevista y controversias. *Revista de Neurología*, 46(1):37-41.
- Vaquerizo-Madrída, J., Estévez-Díaz, F. & Pozo-García, A. (2005). El lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: competencias narrativas. *Revista de Neurología*; 41 (1):83-89.
- Vostanis, P., Graves, A., Meltzer, H., Goodman, R., Jenkins, R., & Brugha, T. (2006). Relación entre psicopatología de los padres, la paternidad, estrategias y salud mental de los niños. *Psiquiatría Social y Psiquiatría Epidemiología*, 41: 509-514.

- Webster-Stratton C., Reid M.J.&Hammond M. (2004).El tratamiento de los niños con problemas de conducta de inicio temprano: intervención para los padres, hijos y la formación del profesorado. *PsycholClinic*;33(1):105-24.
  
- Winnicott,D.W.(1958).*La capacidad para estar solo. En Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* .Barcelona: Paidós, 1992; 36-46.
  
- Ygual-Fernández, A., Miranda-Casas, A. &Cervera-Mérida, J.F. (2000).Dificultades en las dimensiones de forma y contenido del lenguaje en los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*; 1: 193-202.
  
- Zambrano Sánchez, E., del Río Carlos, Y. & Dhesa Moreno, M. (2014). Terapia familiar sistémica en el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención. Instituto Nacional de Rehabilitación. México. Extraído el 25 de Marzo de 2015. Disponible en: [www.psicologiacientifica.com/terapia-familiar-sistemica-tratamiento-tdah/](http://www.psicologiacientifica.com/terapia-familiar-sistemica-tratamiento-tdah/)
  
- Zuluaga Valencia, P. (2012). *Abordaje del TDAH desde el desarrollo psíquico temprano*, Manizales, Colombia, 23-28.

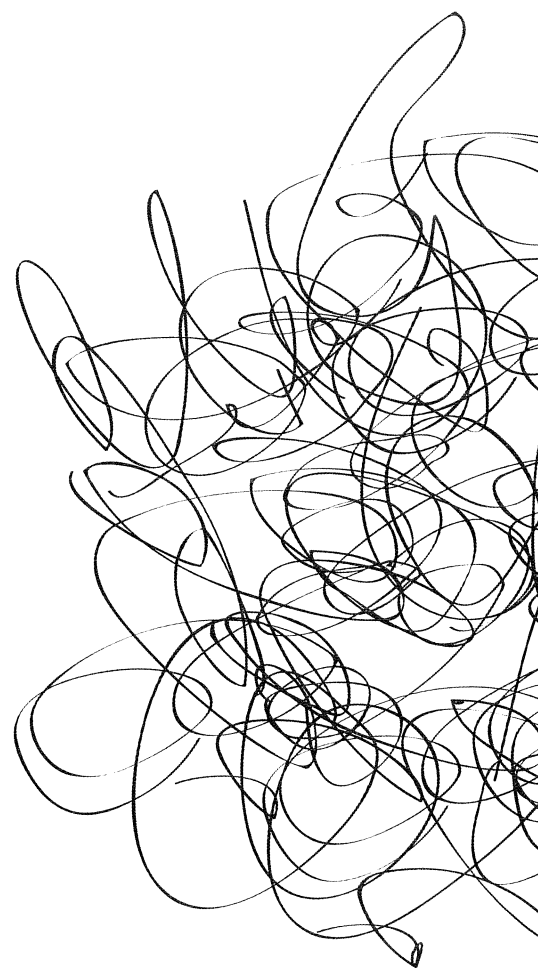
## » AGRADecIMIENTOS



Gracias a todos por compartir este tramo final de la carrera, a las directoras presentes por la predisposición y acompañamiento, a todos los profesionales entrevistados, profesores, compañeros, amigos y familia.

A la vida por encontrarnos como amigas y colegas.

» ANEXOS



Desgrabaciones entrevistas:

## CUESTIONARIO A PROFESIONALES

1

-Profesión:

Psicólogo

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	
Cognitivo-Conductual	X
Sistémico	X
Ninguno específico	
Otro:	

-Años de experiencia en su profesión:

16 a 20

### EXPERIENCIA EN TDAH

2-¿Posee formación y/o capacitación específica en TDAH?

Si

3-¿Ha tratado o trata actualmente pacientes con este trastorno?

Si

4-¿Habitualmente de que edades son los mismos?

En general desde 4-5 años, hasta adolescentes, 17...18 he tenido alguno también.

### MOTIVO DE CONSULTA

5-¿Cómo llegan generalmente a la consulta los pacientes?

En general vienen con bajo rendimiento escolar y con problemas de conducta digamos, en los años mas...iniciales, y después de adolescentes, en general vienen por el bajo rendimiento, el fracaso escolar, con el desanimo, la apatía, la desmotivación...

6-Si es por derivación, ¿De donde?

Y..., en general a mi me derivan las escuelas, a mi en particular porque me conocen y saben que me dedico a esto, a veces vienen por los pediatras, hay algunos neurólogos infantiles, alguna psicopedagoga.

7-¿Cual es el síntoma o los síntomas que mayormente manifiestan quienes se acercan a consultar?

Como síntoma es la desatención y la desregulación comportamental.

## DIAGNÓSTICO

8-¿Conoce los criterios diagnósticos del TDAH del DSM o CIE?

Si.

9-En caso de conocerlos, ¿Utiliza estos criterios para establecer el diagnostico de TDAH?

Si, del DSM IV...que lo complemento con otras pruebas.

10-¿Cuáles son las técnicas y/o instrumentos que utiliza para la determinación del diagnostico?

En general uso el Conners para padres, que son específicos, el SNAP IV suelo usar, el CBCL como una manera también de despejar el cuestionario para padres, el SNAP también se lo administro a los docentes, y después evaluación con el chico, y en la evaluación, lo que evalúo es función ejecutiva y pruebas específicas de atención.

11-¿Utiliza técnicas diversas según se trate de niños, adolescentes y/o adultos?

En general las técnicas son las mismas, lo que cambia son los baremos para la edad, con adultos con TDAH no trabajo.

12-¿Cuál considera que le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

En general es para mi esto, la entrevista clínica con el chico y con los padres, la evaluación y los Conners, los tres, como es un diagnostico clínico, nunca confío en una única vertiente de información digamos.

13-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnóstico?

Algunas veces sí, cuando hay alguna sospecha o comorbilidades, cuando el diagnóstico están ahí...en los límites, en la zona de límites digamos con lo cual puede responder a otras cosas, hago...los mando directamente a hacer interconsulta.

14-En caso de respuesta afirmativa, ¿Con profesionales de que disciplina?

Psiquiatría infantil o neurólogo infantil.

15-¿Cómo diagnostica las comorbilidades?

En general, desde la entrevista clínica y desde el CBCL, si yo rastreo síntomas que tienen que ver con otros cuadros, trastornos de ansiedad, oposicionismo desafiante y demás, trabajo con algunas pruebas específicas, algunos test específicos, cuestionarios específicas para rastrear esa sospecha en particular.

16-¿Qué trastorno comórbido se presenta más frecuentemente en su práctica?

En la práctica, más que nada, trastornos de conducta, oposicionismo desafiante, por lo menos los que me han tocado a mí, y en menor medida, pero también de gran incidencia, trastornos de ansiedad. No he encontrado casi nada de trastornos específicos del aprendizaje, si problemas de aprendizaje pero no trastornos específicos, y en adolescentes con distimia.

## TRATAMIENTO

17-¿Cuál es el tratamiento que frecuentemente realiza?

En general yo uso cognitivo-conductual con los chicos y abordaje familiar, terapia familiar sistémica.

18-¿Varia el tratamiento según la edad del paciente?

No, con los chicos yo siempre trabajo, no importa la edad, cognitivo-conductual, cuanto más chiquitos son mas conductual es, cuanto más grandes hay mas técnicas cognitivas digamos, y con los padres trabajo el marco sistémico familiar, con los dos abordajes, no importa la edad.

19-Si la respuesta es afirmativa, ¿En que se diferenciarían los mismos?  
Cambian las técnicas o el formato de las técnicas pero no el abordaje.

20-¿Realiza derivación a otros profesionales para el tratamiento?

Si, un montón. En realidad cuando hay muchos problemas de aprendizaje no es algo que trabaje yo, sino que yo trabajo el entrenamiento atencional en términos más generales, trabajo la autorregulación comportamental, entonces ahí derivo a psicopedagogas para completar, digamos, lo mas especifico de la escuela, otras veces que son comorbidos los trastornos o que es un TDAH severo, digamos con sintomatología severa, derivo y trabajo con psiquiatría infantil o neurología infantil por el tema de la medicación, cuando son muy chiquitos y hay mucha desregulación comportamental, chiquitos hasta 6-7 años, yo trabajo, en líneas generales, con los papas, alguna que otra técnica de control con ellos pero en general suelo derivar bastante a TO a terapeuta ocupacional para integración sensorial que funciona muy bien con esos chicos hasta los 7 años diría yo, funciona muy bien en la autorregulación, entonces a veces prefiero trabajar el marco familiar yo y dar algunas técnicas del acompañamiento que el adulto tiene que hacer, y más que trabajar con el chico puntualmente la autorregulación los mando a integración sensorial que tiene un muy buen resultado.

21-¿Cuál es el tratamiento que considera más efectivo?

Tratamiento combinado (psicológico, psicopedagógico y farmacológico)

En términos de que combinado, de acuerdo a la presentación del cuadro que traiga el chico, en algunos casos es con el psiquiatra, en otros casos con psiquiatra y psicopedagoga, en otros con terapeuta ocupacional, digamos.

22-¿Qué estrategias usted implementa o sugiere implementar en el tratamiento?

Depende el caso. Estrategias de orientación en el manejo de límites, la orientación en cuestiones de la adquisición de hábitos y de rutinas con los papas, eso siempre porque en general, por lo menos desde mi experiencia, todos vienen con necesidad de alguna herramienta. Después con el chico depende el perfil y las dificultades que el chico traiga en ese punto.

23-¿Cuáles creería usted que son las áreas que menos desarrolladas se encuentran en lo que hace al tratamiento del TDAH, en la clínica en general? Con el TDAH lo que vengo observando son dos áreas donde el común de los profesionales suelen hacer agua, que es la orientación y el trabajo con padres, en general les dan solo el diagnóstico pero no les dan estrategias de cómo acompañar, y lo que tiene que ver con entrenamiento en función ejecutiva que tampoco, incluyo a los psicopedagogos y demás, se dedican mucho a lo académico y pierden mucho el entrenamiento en las funciones ejecutivas, por lo menos en mayor medida, no quiere decir que todos.

24- ¿Cuál es la frecuencia con que un paciente con diagnóstico de TDAH asiste a consulta con usted?

Conmigo viene una vez por semana, siempre, después puede pasar cada quincenal o cada diez días de acuerdo a la evolución y a la altura del tratamiento en que estemos, inicialmente siempre es una vez por semana, en esa vez por semana no siempre viene el chico, a veces vienen los papas en el medio y son dos o tres con el chico o una con los padres y vas trabajando los dos niveles por una cuestión económica, si yo lo pensara en términos de resultado terapéutico si los vez una vez por semana a los padres y al chico optimizas tiempo, a nivel de los costos, obras sociales y demás no siempre es viable, entonces en términos generales es una vez por semana, si estas trabajando en entrenamiento de funciones ejecutivas pierde eficacia, lo tenes que ver mínimamente tres veces a la semana y darle trabajo para que aparte siga los días que no viene al consultorio en su casa, sino no es un entrenamiento, estas haciendo una practica, no un entrenamiento, pero bueno, en eso también se bajan los costos, se busca la manera, hay gente que esta trabajando el programas para que lo hagan en su casa y vos lo puedas monitorear on line digamos, es una manera, si es entrenamiento tiene que ser una ejercitación con determinadas pautas, de determinada cantidad de tiempo y todos los días, si no pierde eficacia.

24-¿Algún comentario que le interese agregar desde su experiencia práctica?

A mi particularmente me preocupa mucho lo adolescente digamos, que han llegado tardíamente a una consulta sin tratamiento adecuado por lo menos, a

veces han hecho consultas pero no un tratamiento específico, porque hay muchísima desmotivación, muchos sentimientos depresivos, vienen con todo un cuadro particular donde la motivación y la creencia de que pueden mejorarlo es fundamental antes de empezar a trabajar en esto digamos, hay que trabajar muchísimo en lo que es el vínculo, la confianza, la emotividad, confiar en que puede lograrlo en algún momento, y esto me preocupa, en términos, ya te digo, del trastorno en sí mismo.

## CUESTIONARIO A PROFESIONALES

2

-Profesión:

**Psicólogo**

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	
<b>Cognitivo-Conductual</b>	<b>X</b>
<b>Sistémico</b>	<b>X</b>
Ninguno específico	
Otro:	

-Años de experiencia en su profesión:

**21 a 25**

### EXPERIENCIA EN TDAH

2-¿Posee formación y/o capacitación específica en TDAH?

SI

3-¿Ha tratado o trata actualmente pacientes con este trastorno?

SI

4-¿Habitualmente de que edades son los mismos?

ENTRE 6 Y 15 AÑOS

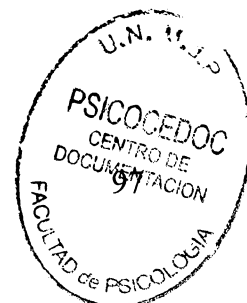
### MOTIVO DE CONSULTA

5-¿Cómo llegan generalmente a la consulta los pacientes?

Derivados por escuela por problemas académicos y/o conducta.

6-Si es por derivación, ¿De donde?

Escuela.



7-¿Cual es el síntoma o los síntomas que mayormente manifiestan quienes se acercan a consultar?

Desatención – impulsividad – hiperactividad – problemas de relación interpersonales – desorganización – bajo desempeño académico – trasgresión de normas – mal comportamiento en el hogar y en la escuela.

## **DIAGNÓSTICO**

8-¿Conoce los criterios diagnósticos del TDAH del DSM o CIE?

Si.

9-En caso de conocerlos, ¿Utiliza estos criterios para establecer el diagnostico de TDAH?

Si

10-¿Cuáles son las técnicas y/o instrumentos que utiliza para la determinación del diagnostico?

SNAP IV – CONNERS para padres y docentes – CBCL – pruebas específicas de funcionamiento ejecutivo (inhibición y atención)

11-¿Utiliza técnicas diversas según se trate de niños, adolescentes y/o adultos?

Si.

12-¿Cuál considera que le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

El conjunto. Una sola no resulta confiable.

13-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnostico?

No. Generalmente psiquiatras y médicos pediatras, establecen el diagnostico tan solo por observación clínica y entrevista.

14-En caso de respuesta afirmativa, ¿Con profesionales de que disciplina?

15-¿Cómo diagnostica las comorbilidades?

Por diagnostico diferencial – entrevista clínica con menor y con padres – análisis funcional – historia de vida.

16-¿Qué trastorno comórbido se presenta más frecuentemente en su práctica?  
Trastorno desafiante negativista.

## **TRATAMIENTO**

17-¿Cuál es el tratamiento que frecuentemente realiza?

Entrenamiento en habilidades sociales y en control de los impulsos.

Adquisición de estrategias de organización y resolución de problemas.

Entrenamiento de habilidades cognitivas de autorregulación. Entrenamiento en tareas específicas de atención e inhibición cognitiva y motora.

18-¿Varia el tratamiento según la edad del paciente?

Si, aunque varía más en función del tipo particular de TDAH, la comorbilidad y la desadaptación en diferentes áreas. Pacientes mayores, por lo general se encuentran más sobreadaptados.

19-Si la respuesta es afirmativa, ¿En que se diferenciarían los mismos?

20-¿Realiza derivación a otros profesionales para el tratamiento?

Cuando es necesario si.

21-¿Cuál es el tratamiento que considera más efectivo?

Otro

Depende del cuadro

22-¿Qué estrategias usted implementa o sugiere implementar en el tratamiento?

Descrito en pto 17.

23-¿Cuáles creería usted que son las áreas que menos desarrolladas se encuentran en lo que hace al tratamiento del TDAH, en la clínica en general?

El entrenamiento en habilidades específicas y la rehabilitación cognitiva.

24- ¿Cuál es la frecuencia con que un paciente con diagnóstico de TDAH asiste a consulta con usted?

Una vez por semana al inicio y cada 15 días luego del segundo mes de tratamiento.

24-¿Algún comentario que le interese agregar desde su experiencia práctica?

No.

## CUESTIONARIO A PROFESIONALES

3

-Profesión:

Psicólogo

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	
Cognitivo-Conductual	x
Sistémico	x
Ninguno específico	
Otro:	

-Años de experiencia en su profesión:

6 a 10

### EXPERIENCIA EN TDAH

2-¿Posee formación y/o capacitación específica en TDAH?

No, capacitación específica no.

3-¿Ha tratado o trata actualmente pacientes con este trastorno?

Tengo un paciente que tiene trastorno de add sin hiperkinesia.

4-¿Habitualmente de que edades son los mismos?

El paciente que tengo tiene 16 años

### MOTIVO DE CONSULTA

5-¿Cómo llegan generalmente a la consulta los pacientes?

Este paciente vino porque a la mama alguien le dio mi teléfono, la verdad que medio inespecífico.

6-Si es por derivación, ¿De donde?

7-¿Cual es el síntoma o los síntomas que mayormente manifiestan quienes se acercan a consultar?

En este paciente, en realidad, se acercaron los padres muy preocupados por problemas de conducta. Su síntoma atencional estaba bien manejado porque estaba medicado por una psiquiatra y el problema era que estaba teniendo muchos problemas de conducta.

## **DIAGNÓSTICO**

8-¿Conoce los criterios diagnósticos del TDAH del DSM o CIE?

Solo del dsm.

9-En caso de conocerlos, ¿Utiliza estos criterios para establecer el diagnostico de TDAH?

Si.

10-¿Cuáles son las técnicas y/o instrumentos que utiliza para la determinación del diagnostico?

En mi caso este paciente me llego ya evaluado y medicado, o sea, yo no lo tuve que evaluar, y después para hacer la evaluación de lo que me iban diciendo los padres acerca de que estaba teniendo problemas de conducta, lo fui haciendo mas de manera clínica, teniendo en cuenta el dsm 4 uno va haciendo y descartando y vas preguntando, entonces en realidad este chico tiene un trastorno de atención, medicado pero es un trastorno desafiante.

11-¿Utiliza técnicas diversas según se trate de niños, adolescentes y/o adultos?

Yo no he tenido muchos casos, y este que tengo ya estaba evaluado.

12-¿Cuál considera que le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

13-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnostico?

Si. Pongámoslo en un caso mas hipotético que a mi me llegara el caso de un niño que probablemente tenga ese tipo de diagnostico, yo la verdad lo derivaría a un neuropsicólogo que esta mas especializado en ese tipo de cosas.

14-En caso de respuesta afirmativa, ¿Con profesionales de que disciplina?  
Me parece que los neuropsicólogos son los más habilitados para evaluarlos, y después en el caso que necesitara medicación con un neurólogo infantil.

15-¿Cómo diagnostica las comorbilidades?

Yo la verdad lo hago más de manera clínica. Por ahí a veces utilizo con los padres, por mi formación yo trabajo mucho con los papas, lo hago también tomando algunas entrevistas estandarizadas, la "cbcl", y por ahí si para descartar utilizo algún cuestionario

16-¿Qué trastorno comórbido se presenta más frecuentemente en su práctica?

## **TRATAMIENTO**

17-¿Cuál es el tratamiento que frecuentemente realiza?

Se trabaja mucho con orientación a padres, mucha psicoeducación con los padres y entrenamiento a padres, ver de que manera manejar las facultades del chico, y con los chicos lo que se trata es también la psicoeducación, que entiendan lo que les esta pasando y que puedan tener herramientas para manejar el déficit que ya tienen.

18-¿Varia el tratamiento según la edad del paciente?

Varia, sobre todo entre niños y adolescentes. Es diferente de los 6 a los 12, que de los 13 a los 17.

19-Si la respuesta es afirmativa, ¿En que se diferenciarían los mismos?

Por ahí con los chicos uno trabaja mas con metáforas para que lo puedan entender. Con los chicos mas grandes ya entienden, uno puede dialogar mejor.

20-¿Realiza derivación a otros profesionales para el tratamiento?

Por el momento no. A no ser que este en un periodo muy inicial y requiera de una psicopedagoga, algo mas especifico para trabajar, pero todavía no me ha pasado.

21-¿Cuál es el tratamiento que considera más efectivo?

Tratamiento combinado (psicológico y farmacológico)

Psicológico y farmacológico. Entendiendo lo psicológico no solo lo individual con el chico sino también el entrenamiento a padres.

22-¿Qué estrategias usted implementa o sugiere implementar en el tratamiento?

A los padres lo que les digo siempre, que es lo que mas se trabaja, es que sean consistentes en lo que dicen, si se tiene que bañar a las 7 de la tarde se tiene que bañar a las 7 de la tarde, eso es algo que a los padres les cuesta mucho, pelean y luchan mucho con estos chicos, logran tener mucho poder; también que haya acuerdo entre los adultos, al menos delante del chico, que los padres entiendan que son ellos los que mandan, que entiendan que tienen autoridad como adultos frente a los chicos, que se establezcan rutinas, a los chicos les ayuda mucho las rutinas...

23-¿Cuáles creería usted que son las áreas que menos desarrolladas se encuentran en lo que hace al tratamiento del TDAH, en la clínica en general?

No te sabría responder.

24- ¿Cuál es la frecuencia con que un paciente con diagnóstico de TDAH asiste a consulta con usted?

Depende el periodo de tratamiento. El año pasado cuando recién empezamos con este chico venia todas las semanas y los padres venían cada 15 días, en este momento como todo esta muchísimo mas estable yo a las padres los estoy viendo una vez cada 20 días, y a el lo voy a ver ahora que lo vi en marzo (3 meses), como es un adolescente uno tiene que cuidar el vinculo, si lo hago venir porque si para trabajar algo que a mi me parece lo voy a cansar.

24-¿Algún comentario que le interese agregar desde su experiencia práctica?

No, por ahí que me parece muy valioso en los tratamientos con los add, el psicoeducativo con los padres, que puedan entender que el chico tiene una patología específica, que lo que está pasando no lo hace porque es malo ni se lo hace a propósito a los padres. Una vez que uno puede ver que los padres entendieron eso el camino para trabajar es mucho más simple.

## CUESTIONARIO A PROFESIONALES

4

-Profesión:

Psicóloga

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	X
Cognitivo-Conductual	
Sistémico	
Ninguno específico	
Otro:	X

En apertura a las Ciencias Sociales.

-Años de experiencia en su profesión:

18

Pero dentro de lo que es el trabajo con niños, empecé a los 17 años, como maestra jardinera. Yo tengo una experiencia, que es haber trabajado con niños en todos los escenarios, como maestra jardinera, profesora de educación física, hice la escuela de psicología social y después llegué a la carrera de psicología. Estuve a cargo de la Dirección de la Niñez en la Municipalidad, por lo cual conocí todo el sistema de minoridad.

### EXPERIENCIA EN TDAH

2-¿Posee formación y/o capacitación específica en TDAH?

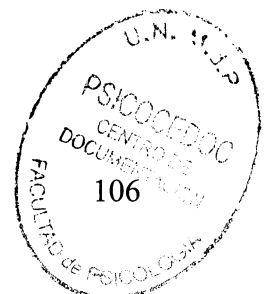
Para mí el TDAH no es una cosa específica.

3-¿Ha tratado o trata actualmente pacientes con este trastorno?

Si.

4-¿Habitualmente de que edades son los mismos?

Variado. Hay nenes que ya venían con ese diagnóstico, el cual yo no comparto.



## **MOTIVO DE CONSULTA**

5-¿Cómo llegan generalmente a la consulta los pacientes?

Por distintas derivaciones.

6-Si es por derivación, ¿De dónde?

De la escuela, gente que conoce, referencias.

7-¿Cual es el síntoma o los síntomas que mayormente manifiestan quienes se acercan a consultar?

Que los chicos están “en el aire”, en otro mundo, que tienen problemas de comportamiento, que no responden a las ordenes de la maestra, que es desobediente, que está en la ronda y no se puede sentar, que le hablas y no te responde.

## **DIAGNÓSTICO**

8-¿Conoce los criterios diagnósticos del TDAH del DSM o CIE-10?

Si.

9-En caso de conocerlos, ¿Utiliza estos criterios para establecer el diagnostico de TDAH?

Todos esos criterios me dan categoría niño.

10-¿Cuáles son las técnicas y/o instrumentos que utiliza para la determinación del diagnostico?

En mi trabajo clínico, no descarto lo que son los diagnósticos diferenciales, que sean necesarios hacer, si tengo que hacer una consulta neurológica indico a los papas hacerla. Hay un caso de una nena, por ejemplo, que no veía, vino con una diagnostico de TDAH y complicado que derivaba en trastornos de la personalidad, estaba repitiendo primer grado, no estaba alfabetizada y resulta que nadie se había dado cuenta que no veía. Entonces, el riesgo que tienen estos diagnósticos es que te hacen perder el más mínimo sentido común.

11-¿Utiliza técnicas diversas según se trate de niños, adolescentes y/o adultos?

Por supuesto, cada caso es diferente. Y si es necesario también utilizo técnicas psicométricas. No hay que ser cerrado, sino abrirse. También un Bender te puede dar indicadores que ameritan un despistaje, un diagnóstico diferencial sobre ciertas cuestiones orgánicas-funcionales.

12-¿Cuál considera que le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

Depende. El Bender creo que es una de las pruebas más significativas, pero no solo lo que se refleja en el grafismo sino lo que el niño va diciendo y haciendo mientras realiza la prueba.

13-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnóstico?

Si, por supuesto, cuando es necesario sí.

14-En caso de respuesta afirmativa, ¿Con profesionales de que disciplina?

Depende de cada caso, si tengo que trabajar con la escuela, con la maestra, con el gabinete, con otro médico, con el pediatra... cada caso te va llevando a hacer consultas distintas.

15-¿Cómo diagnostica las comorbilidades?

No las diagnostico, eso es algo obvio. Las comorbilidades son formas de decir cuestiones que para cada sujeto se encuentran significaciones distintas.

16-¿Qué trastorno comórbido se presenta más frecuentemente en su práctica?

No me gustan. Trastorno negativista desafiante... ¿que hace que un chico diga que no a todo? ¿Que nada le venga bien? ¿Que le pasa? ¿Nada le viene bien? Pero le viene bárbaro decir que no a todo, ¿que le pasa?Cuál es su entorno, que dicen de él, o el mismo de el mismo? Alguien tiene que escuchar que está diciendo que no, y respetarlo, para poder empezar a armar alternancias. Son muy tristes los datos que hablan de un 40 % de población infantil que en este

momento están medicados, por estas cuestiones. Esto implica, desde mi punto de vista, el éxito de la farmacología por sobre las prácticas de sostén de las nuevas generaciones, yo estoy del lado de promover otro tipo de prácticas, se puede ver como se reposicionan cuando los adultos hacemos algo distinto. Esto no quiere decir que uno tenga que ser inflexible a la medicación, que puede ayudar a una persona a estar mejor, más vale, pero que sea la primera y única en muchos casos respuesta médica, psicológica, me parece muy grave para lo que es la atención en los chicos.

## **TRATAMIENTO**

17-¿Cuál es el tratamiento que frecuentemente realiza?

El tratamiento clínico.

18-¿Varia el tratamiento según la edad del paciente?

Cada caso es distinto,

19-Si la respuesta es afirmativa, ¿En que se diferenciarían los mismos?

Depende el caso será con un material o con otro, habrá más dibujo o menos dibujo, mas palabras o menos palabras, es una escena que se va armando en transferencia con cada uno. También creo que los tratamientos con los chicos tienen que ser lo más cortos que se puedan, una vez que se recompuso la situación tienen que pasar las cosas, mi trabajo es que pueda estar en el mundo, no en sesión.

20-¿Realiza derivación a otros profesionales para el tratamiento?

Si es necesario, si.

21-¿Cuál es el tratamiento que considera más efectivo?

Otro.

Depende el caso.

22-¿Qué estrategias usted implementa o sugiere implementar en el tratamiento?

Depende el caso.

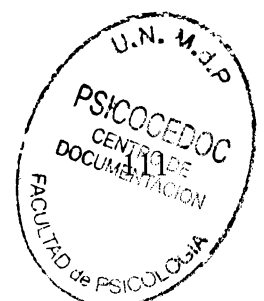
23-¿Cuáles creería usted que son las áreas que menos desarrolladas se encuentran en lo que hace al tratamiento del TDAH, en la clínica en general?

No encontrar formas de trabajo conjunto con la escuela, con los docentes, con otras actividades que pueden ser muy importantes para la vida del niño, no criticar a la escuela sino escuchar a ver que dice, poder trabajar de manera conjunta, de que parte se ocupa cada uno, me parece que son cosas que tenemos que aprender a trabajar en interdisciplina.

24- ¿Cuál es la frecuencia con que un paciente con diagnóstico de TDAH asiste a consulta con usted?

Depende el caso y momentos. Hay momentos en que una vez por semana, otros que dos, la frecuencia creo que a veces hace a las estrategias clínicas, a veces se trata de acompañar al entorno, la estrategia clínica no es solo la escena clínica del psicólogo con el niño, sino que es toda la estrategia que se arma en crear las mejores condiciones, mas favorables, para aquellos momentos más críticos puedan tener otro devenir y que puedan sostener a un chico en situación de crisis. Hay nenes que tienen una estabilidad en su vida tan grande que son gestos desesperados también. Creo que el vocabulario que a mí me gusto mas usar es el español que es muy rico, que el de la psicopatología. Entonces la desesperación tiene nombre, la ira tiene nombre. Alguien que se plante en la vida y que diga que no a tanto de una manera tan extrema, hay que ver que hay detrás de esto, es entonces que prefiero usar otro parámetro. Que en mi practica clínica, y colegas que compartimos esta forma, nos damos cuenta que en poco tiempo se reposiciona todo, y esto no quiere decir ser un fanático ni un fundamentalista, sino que hay casos que es necesaria una medicación, por el menor tiempo posible, con control médico. Pero hay veces que es la única forma que encuentran y se protegen de la propia angustia que provoca el no saber qué hacer en esos casos, esa es mi hipótesis.

25-¿Algún comentario que le interese agregar desde su experiencia práctica?  
Ojala que estas investigaciones sirvan para abrir preguntas y también en la formación de ustedes como estudiantes. Pareciera que hay cosas que dejaron de ser importantes, estos son modas, que se imponen, y hay un mercado que se establece en torno a esto y hay gente que se suma, y creo que es publica mi postura que no me interesa ni el mercado clínico, ni el académico, creo que tenemos que rescatar otra posición nosotros que es la de resistir estos embates que son difíciles, ya que también hace que la gente llegue a consulta tarde. Obviamente que no por eso descarto la clínica orgánica. Esto es una cuestión muy importante de una escucha que nos incluye como psicoanalistas, yo no dejo de ser psicoanalista por eso, les establezco el limite al margen de acción que yo puedo tener, y a su vez al alivio de ciertos síntomas que pueden tener que ver con otros. Pero la omnipotencia de las disciplinas son una postura facilista.



## CUESTIONARIO A PROFESIONALES

5

-Profesión:

Psicóloga

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	x
Cognitivo-Conductual	
Sistémico	
Ninguno específico	
Otro:	

-Años de experiencia en su profesión:

1 a 5

### EXPERIENCIA EN TDAH

2-¿Posee formación y/o capacitación específica en TDAH?

Específica, no.

3-¿Ha tratado o trata actualmente pacientes con este trastorno?

Si, un paciente.

4-¿Habitualmente de que edades son los mismos?

Con el que yo estoy trabajando ahora tiene 13 años.

### MOTIVO DE CONSULTA

5-¿Cómo llegan generalmente a la consulta los pacientes?

Fue por derivación de la psicopedagoga, ya venía desde los 4 años con ella, y consideraban que era necesario derivarlo a psicología porque había conductas de mucha baja autoestima, poca tolerancia a la frustración e índices de depresión, entonces por eso llega a psicología, este año recién.

6-Si es por derivación, ¿De dónde?

Psicopedagogía, en mi caso.

7-¿Cual es el síntoma o los síntomas que mayormente manifiestan quienes se acercan a consultar?

Poca tolerancia a la frustración, desmotivación, son muy desatentos, y baja autoestima. Esos son los principales que podemos decir, desde los padres, los motivos por los cuales consultan, los motivos más claros que ven en sus hijos, no toleran el error, se frustran rápidamente, se angustian o se enojan con rapidez cuando ven que se están equivocando. Generalmente son chicos que vienen con proyectos de integración, entonces no comprenden si ellos funcionan socialmente porque tienen que tener una adaptación del contenido

## **DIAGNÓSTICO**

8-¿Conoce los criterios diagnósticos del TDAH del DSM o CIE-10?

Si.

9-En caso de conocerlos, ¿Utiliza estos criterios para establecer el diagnostico de TDAH?

Si.

10-¿Cuáles son las técnicas y/o instrumentos que utiliza para la determinación del diagnostico?

Wisc-III, Bender, DFH, son los principales.

11-¿Utiliza técnicas diversas según se trate de niños, adolescentes y/o adultos?

Si.

12-¿Cuál considera que le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

El Bender es bien preciso.

13-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnostico?

En el caso que estoy tratando puntual, no, ya que ya venía con el diagnóstico, o sea que no fue necesario.

14-En caso de respuesta afirmativa, ¿Con profesionales de que disciplina?  
Si lo considero necesario, haría una interconsulta, con un neurólogo y psicopedagogo también.

15-¿Cómo diagnostica las comorbilidades?  
Con los test, mediante la observación directa, lo que recaudo en la entrevista individual, y con el contacto con otros profesionales también.

16-¿Qué trastorno comórbido se presenta más frecuentemente en su práctica?  
La depresión, en niños aparece.

## **TRATAMIENTO**

17-¿Cuál es el tratamiento que frecuentemente realiza?  
Entrevistas individuales, primero con padres, luego con el niño, generalmente son 4 sesiones para el niño y una para los padres. Lo que trabajo desde el psicoanálisis con los chicos son técnicas amplias en cuanto a la elección del chico, son juegos en los cuales puede elegir libremente o la actividad gráfica. En el caso particular que yo tengo, al ser un adolescente es fundamental el diálogo, el discurso, como está posicionado el respecto a las expectativas de los padres, adultos, docentes. También en esto de aprender del error, poder darle una tarea concreta con un objetivo determinado y único, y entonces poder ver como maneja sus estrategias y sus herramientas para llegar a ese objetivo que es uno, y si no llega poder evaluar que pasa cuando se frustra, cuando se equivoca.

18-¿Varia el tratamiento según la edad del paciente?  
Si.

19-Si la respuesta es afirmativa, ¿En que se diferenciarían los mismos?

Con los chicos es bien lúdico, y con adolescentes te relatan más bien experiencias desde lo oral.

20-¿Realiza derivación a otros profesionales para el tratamiento?

Si.

21-¿Cuál es el tratamiento que considera más efectivo?

Tratamiento combinado (psicológico, psicopedagógico y farmacológico)

Combinado, psicología, psicopedagogía y farmacológico. Es efectiva la combinación de tratamientos.

22-¿Qué estrategias usted implementa o sugiere implementar en el tratamiento?

El trabajo con padres.

23-¿Cuáles creería usted que son las áreas que menos desarrolladas se encuentran en lo que hace al tratamiento del TDAH, en la clínica en general?

No hay mucho criterio...no desde los profesionales en sí, sino entre lo que ven los padres de su hijo, y lo que ven los profesionales, a veces, como que no hay mucho entendimiento, de comprensión, como que uno le dice esto de la baja tolerancia a la frustración, las expectativas del chico, la baja autoestima, y como que los padres ven esto de que el chico puede desarrollarse emocionalmente, va a una escuela común y demás, tienen muy altas sus expectativas y no alcanzan a comprender las limitaciones que tiene el trastorno, y por eso exigen más de lo que el chico puede dar. Es importante trabajar con los padres, a ver que esperan ellos, del tratamiento y de su hijo.

24- ¿Cuál es la frecuencia con que un paciente con diagnóstico de TDAH asiste a consulta con usted?

Una vez por semana.

25-¿Algún comentario que le interese agregar desde su experiencia práctica?

Fundamentalmente, que si bien es un diagnóstico que en cuanto a criterios, no es tan difícil llegar al diagnóstico, o que hay criterios claros que se comparten, en la práctica se hace mucha agua en trabajar con los padres, en el vínculo con los padres, es como que están más acostumbrados a tratamientos más del tipo conductual de “haga esto con su hijo, haga lo otro”, más directivos, entonces cuando se les replantea el lugar de ellos, no saben que decir. Se debería trabajar más el vínculo con los padres y que es lo que ellos depositan en el hijo.

## CUESTIONARIO A PROFESIONALES

6

-Profesión:

Psicóloga

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	x
Cognitivo-Conductual	
Sistémico	
Ninguno específico	
Otro:	

-Años de experiencia en su profesión:

11 a 15

### EXPERIENCIA EN TDAH

2-¿Posee formación y/o capacitación específica en TDAH?

No, especifica no.

3-¿Ha tratado o trata actualmente pacientes con este trastorno?

Si, he tratado, no estoy tratando, lo trato como comorbilidad de otras patologías pero no como entidad...pura.

4-¿Habitualmente de que edades son los mismos?

Y...alrededor de los 6 años, cuando ingresan al colegio.

### MOTIVO DE CONSULTA

5-¿Cómo llegan generalmente a la consulta los pacientes?

Siempre llegan por derivación de la escuela, y como llegan, caminando por las paredes, llegan porque por lo general los papas tienen la orientación de la escuela, y la escuela empieza a detectar conductas... la inatención es siempre consecuencia de la inatención en otros ámbitos, por lo general son papas que vienen y dicen "no se...me mandan del colegio...porque se porta mal...",

entonces la realidad es que son niños que ya vienen de inatención...reiteradas...

6-Si es por derivación, ¿De donde?

x.

7-¿Cual es el síntoma o los síntomas que mayormente manifiestan quienes se acercan a consultar?

Inatención, después hiperactividad, por lo general esta falta de límites, la imposibilidad de prestar atención por un tiempo acorde a la edad del niño, los cambios de humor, esto de la irrupción de la pulsión de muerte, autodestructiva, son las características más llamativas de estos chicos.

## DIAGNÓSTICO

8-¿Conoce los criterios diagnósticos del TDAH del DSM o CIE?

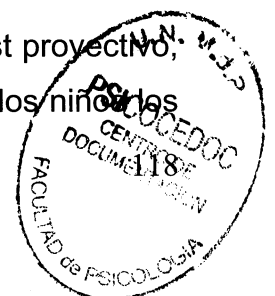
Si.

9-En caso de conocerlos, ¿Utiliza estos criterios para establecer el diagnóstico de TDAH?

Uno los utiliza porque sabemos que en el nomenclador nacional de cualquier obra social se los utiliza, lo que no se utiliza es todo lo otro que tiene que ver con la historia y que deberían estar y que uno los utiliza porque muchas veces son altamente significativos como para, nuestro caso, el diagnóstico del cuadro, porque bueno, que el chico no atiende, que el chico tenga hiperactividad, que el chico no se quede quieto esta bien, es un criterio válido para que todos nos pongamos de acuerdo que tiene un trastorno que lo identificamos todos, pero también es producto de una historia, que eso también hace muchas veces esto otro que yo también hablo, de la inatención.

10-¿Cuáles son las técnicas y/o instrumentos que utiliza para la determinación del diagnóstico?

Yo me baso en lo clásico que tenga que ver con todo lo que es test proyectivo, desde lo que es figura humana, el dfh, el Bender, y en el caso de los niños los



proyektivos relacionados con el CAT, más allá que yo se que hay otros que son muy específicos, pero del tipo que a mi no me dice nada de la historia del pibe, sabemos que en la actualidad hay un montón de ítems que dicen: “¿se queda quieto? ¿Cuanto tiempo? ¿Presta atención?” pero no me está hablando de lo que le pasa al chico, lo único que me hace mostrarle es lo observable, y también te lo puede decir un padre, pero para mi como valor diagnóstico me sirven otras cosas, me sirve que venga una mamá, un papá y me diga “y mira, yo durante mucho tiempo estuve depresiva y no le preste atención, lo deje abandonado, me fui por mis conflictos” y eso no te lo dice, vos lo único que encontras es un pibe que tiene un trastorno de hiperactividad, y por ahí yo estoy viendo donde vivió el los primeros años de vida, en una pieza 2x2 y ahora se mudaron a una casa, ah mira vos, tiene una hiperactividad por todo lo que no pudo moverse antes o tiene una hiperactividad por otras cuestiones?; entonces si bien yo se que existen no me hablan de Juan, de Pedro, me hablan de un trastorno nada mas.

11-¿Utiliza técnicas diversas según se trate de niños, adolescentes y/o adultos?

Si.

12-¿Cuál considera que le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

Bueno, de alguna manera ya te lo estoy contestando, los ítems, las escalas, se que existen, sostengo, pero responden a un modelo muy médico, no me hablan de un sujeto.

13-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnóstico?

Si si, es imprescindible.

14-En caso de respuesta afirmativa, ¿Con profesionales de que disciplina?

La realidad, nosotros, en mi caso particular, siempre trabajamos en las evaluaciones diagnosticas son conjuntamente con psicopedagogos, terapeuta ocupacional, fonoaudiologo en el caso que toda esta hiperactividad este actuando sobre el lenguaje, y lo que nosotros implementamos, que es lo que a mi mas me gusta, mas allá de que hay que trabajar mucho la primer entrevista con los papas porque despierta mucha ansiedad todo esto, es una evaluación...una primer entrevista en conjunto, porque al papa también le genera, mas allá que le están diciendo que su hijo no responde a un parámetro de lo que es la normalidad, de una norma establecida, tiene que andar muchas veces repitiendo la misma historia por diferentes profesionales, entonces en la etapa evaluativo se le informa al papa que van a estar todos los profesionales, se le baja ese nivel de ansiedad, para que no tenga que contar en diferentes momentos la misma situación, lo que realmente les gusta porque es un alivio, la evaluación siempre se hace en conjunto, luego de ver todos estos indicadores, por lo general y de acuerdo a la gravedad de los síntomas se pide una interconsulta con psiquiatría infantil, pero tendemos a que sea lo ultimo...no a la medicalizacion de algunos trastornos, todavía.

15-¿Cómo diagnostica las comorbilidades?

Con trabajo interdisciplinario, no queda otra.

16-¿Qué trastorno comórbido se presenta más frecuentemente en su práctica?

Yo no me lo pongo a ver tan así, para mi siempre el sujeto es en su totalidad y no es que pueda evaluar a ver que es, todas tienen la misma trascendencia, y de lo que se trata es que el chico no quede en un lugar desadaptado, hablarte de una seria no tener en cuenta el resto.

## **TRATAMIENTO**

17-¿Cuál es el tratamiento que frecuentemente realiza?

El psicoanalítico con el niño y la familia.

18-¿Varia el tratamiento según la edad del paciente?

Si, para mi si.

19-Si la respuesta es afirmativa, ¿En que se diferenciarían los mismos?

La realidad es que en la medida que este mas instalado el síntoma, y si el chico es mas autónomo, yo trabajo directamente con el. Además, no es lo mismo un trastorno de atención e hiperactividad en un nene de 6 años que en un adolescente, va a cambiar el trastorno, va ya a ser un antisocial, ¿me explico? En realidad el trabajo va a ser diferente, yo ya no puedo tomarlo como un trastorno de inatención y de hiperactividad, tengo que empezar a ver de mi área un border, un antisocial, la clasificación va a ser diferente, porque ya deja de ser un síntoma para ser un rasgo de personalidad, ya esta instalado como personalidad, por ahora es un trastorno, que si se trabaja y se trabaja adecuadamente con el entorno familiar que se modifica, porque de nada me sirve trabajar con el chico si el chico es el producto de la familia, el niño nace sin personalidad, para mi un chico no es una computadora que aprende, es un chico que siente, que vive, que escucha, que además lo marcan con el lenguaje del otro, porque el lenguaje no es solamente la palabra. Por ahí esto es una potencialidad bien instrumentada, que haga deporte, que utilice toda esa energía no para marcarlo como algo negativo sino para ponérselo como una potencialidad, yo entiendo que los padres no pueden tener el manual de psicología debajo del brazo, pero ya cuando esta instalado como síntoma por ahí perdimos tiempo, esa es la falla que yo veo que en el jardín esta todo permitido y en la primaria esta todo prohibido, entonces es difícil cambiar las lógicas de acción, todo lo que es bárbaro en el jardín es negativo en la primaria. Por todo esto, yo no hablaría de un trastorno en el adolescente, tengo que empezar a ver que puede ser un rasgo de personalidad y tendré que evaluarlo desde otro lugar.

20-¿Realiza derivación a otros profesionales para el tratamiento?

Si si, trabajo en conjunto.

21-¿Cuál es el tratamiento que considera más efectivo?

Otro.

Yo con psicológico solo no me quedo pero el tema que el combinado seria farmacológico y yo no..., yo se que en los últimos congresos se apunta a la psicofarmacología pero para mi esto tendría que ser lo ultimo, si yo anulo los síntomas, desde mi área, no se de donde viene, lo estoy anulando, el "pibito" esta compensado, esta bárbaro, no molesta, pero que fue lo que origino la molestia? yo no lo voy a saber nunca, entonces estoy aplicando para mi un paliativo que el adolescente cuando deja de tomar la medicación resurge con mas violencia, entonces, yo pondría el "otro", esto que significa, es un tratamiento integrado donde muchas áreas evalúan constantemente, si podemos que el mismo se genere su propia medicación, el conocimiento neurocientífico establece que las emociones están íntimamente relacionadas con el medio, con la experiencia y con la genética, pero aquello que produce la medicación muchas veces con trabajo terapéutico a través de la palabra, entre todos los profesionales, puede generar esa misma medicina que el otro se lo esta dando con la química. No estoy de acuerdo en anular el síntoma, tengo que laburar con el síntoma, si después de mucho tiempo no se puede, bueno, tampoco vamos a dejar que se transforme en un antisocial, pero primero evaluar. Y para mi los trastornos de inatención e hiperactividad siempre están, la mayoría de las experiencias mías, están relacionadas con mamas que no pueden contenerlos, que no hacen el andamiaje suficiente y necesario, por lo general son mamas del tipo "ay yo no seque hacer", cada vez lo escucho mas, es como que tienen los hijos y no saben que hacer con los hijos, cuando en realidad nosotros los profesionales psicólogos no estamos para decirle a la madre lo que tiene que hacer, y nos hemos transformado en educadores de pibes, siempre me dice el supervisor, ustedes tienen que tener siempre presente que no tienen que terminar haciendo psicopedagogía, uno tiene que venir a aliviar un sufrimiento, no a decirle como educar al hijo.

22-¿Qué estrategias usted implementa o sugiere implementar en el tratamiento?

La hora de juego diagnostica, después se trabaja entre los padres y con el niño, se trabaja con las instituciones educativas, esencialmente ver, porque yo tengo que buscar la causa, y tengo que ver que lo genera, a veces me encuentro con que en la escuela se porto bárbaro, en la casa se porto mal, pero hay que trabajar donde esta inserto en la escuela, en que lugar esta, donde esta ubicado, por eso se orienta en la escuela, se trabaja con la familia, se trabaja interdisciplinariamente, las estrategias mías por lo general son esencialmente a ver como el puede de alguna manera empezar a darse cuenta de porque el no puede quedarse quieto, que es lo que le pasa, hacerlo a el responsable minimamente de su conducta, desde lo que pueda. Y si yo soy consecuente con lo que te estoy diciendo, no puedo tener un plan de acción, porque va a estar relacionado con el sujeto que tenga adelante, mi accionar va a ser en base a lo que yo estoy interpretando que el me esta diciendo, y vamos armando su cuadro de enojo.

23-¿Cuáles creería usted que son las áreas que menos desarrolladas se encuentran en lo que hace al tratamiento del TDAH, en la clínica en general?

Bueno, para empezar la pediatría, hacen agua porque esta el que lo medica de entrada o el que te dice “ay no, ya va a cambiar” y de ultima el chico ya tiene 10 años, no saben que hacer, y pasa lo que yo te digo, lo manda la escuela, porque a los 6, lo aguantan un poquito, a los 7 ya no lo aguantan nada, y entonces empieza a boyar por todas las instituciones. No hay canales de derivación, esto es lo extraño.

24- ¿Cuál es la frecuencia con que un paciente con diagnóstico de TDAH asiste a consulta con usted?

Semanal. A ver... si realmente hay una situación de desborde familiar, trabajo con la familia, pero al chico es una vez por semana.

25-¿Algún comentario que le interese agregar desde su experiencia práctica?  
Creo que te lo fui contando. Si yo te tengo que hacer algún comentario sería que se junten una vez todas las escuelas, porque el sujeto es uno.

## CUESTIONARIO A PROFESIONALES

7

-Profesión:

Psicopedagoga

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	
Cognitivo-Conductual	X
Sistémico	
Ninguno específico	
Otro:	

-Años de experiencia en su profesión:

6 a 10

### EXPERIENCIA EN TDAH

2-¿Posee formación y/o capacitación específica en TDAH?

Si.

3-¿Ha tratado o trata actualmente pacientes con este trastorno?

Si.

4-¿Habitualmente de que edades son los mismos?

Comprendido entre 7 y 10 años aproximadamente.

### MOTIVO DE CONSULTA

5-¿Cómo llegan generalmente a la consulta los pacientes?

Por derivación de escuelas.

6-Si es por derivación, ¿De donde?

Psicología, Neurólogo y docentes de escuela a la que concurren.

7-¿Cual es el síntoma o los síntomas que mayormente manifiestan quienes se acercan a consultar?

En realidad, de lo que yo recibo, a veces por aprendizaje, y aparecen en la descripción de los padres cuestiones de déficit de atención, en los que llegan a psicopedagogía.

## DIAGNÓSTICO

8-¿Conoce los criterios diagnósticos del TDAH del DSM o CIE?

Si, si. Del DSM IV.

9-En caso de conocerlos, ¿Utiliza estos criterios para establecer el diagnóstico de TDAH?

En realidad...si, si. Porque en realidad uno utiliza los criterios y los estándares. O sea, yo como psicopedagoga no hago diagnóstico, pero tomo los estándares del DSM, y algunas otras cuestiones como pueden ser escalas como el SNAP-IV, y además las evaluaciones específicas del tema de atención; entonces hago, digamos, una derivación al profesional pertinente, al médico, al neurólogo, o al que creo que sea conveniente, para que cierre el diagnóstico.

10-¿Cuáles son las técnicas y/o instrumentos que utiliza para la determinación del diagnóstico?

Y, en realidad son, bueno, observación clínica importantísimo, la descripción de conductas en la casa, mas allá de papeleos de escalas, como puede ser, que se yo, uno cambia por épocas, a veces uno puede utilizar mas un instrumento y bueno, decir este me resulta mejor que el otro, entonces, bueno, uno utiliza la observación clínica, la descripción de lo que te dicen los padres acerca de lo que pasa, y las preguntas mas allá de las escalas, porque hay escalas que tienen preguntas específicas y otras no, entonces uno sabe que son importantes las descripciones de los padres, y después, yo, que hago cognitivo-conductual, utilizo pruebas específicas, ya sea, como puede ser, un Tavis ,un D2 , el Tavis es informatizado, después el C-SAT, y después, suponte, de evaluaciones, como puede ser la escala Wechsler de algunas sub pruebas también las utilizo, entonces, en realidad, en el tema de evaluación también hay otros elementos que uno toma de otras pruebas, también para el diagnóstico.

11-¿Utiliza técnicas diversas según se trate de niños, adolescentes y/o adultos?

Yo no trabajo con adultos, yo trabajo con niños y adolescentes, y las técnicas varían según la franja de edad, por ejemplo, el C-SAT que es este español, no se si ustedes lo vieron, similar al Conner, pero creo que ese esta preparado hasta los 10 años nada mas, el Tavis creo que sube un poco mas, por ahí entonces vario para re-testear, entonces utilizo en un chico un D2 que le tome al inicio, entonces cuando quiero re-testear utilizo otra escala.

12-¿Cuál considera que le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

Mira, yo no lo utilizo como único parámetro, solo eso no me sirve, para nada, con ningún de las que te dije, si yo tomo un D2 y me da una curva que me indica, solo eso no, ni siquiera puedo decir que eso me es mas útil, digamos esto, el D2 me es práctico, y en definitiva las escalas lo que me sirve, es que nosotros confirmemos lo que vimos en otro lado, como para tener un aval de algo que esta mas estandarizado, yo no puedo hacer un diagnostico con una escala, la escala la meto como para ver una cosa mas.

13-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnostico?

Y a veces si, esto que yo decía, yo no hago el diagnostico, sino que ante la sospecha de algo, hago una descripción.

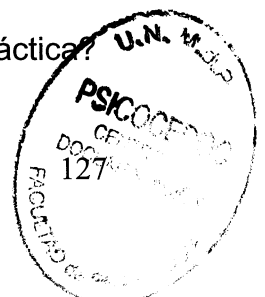
14-En caso de respuesta afirmativa, ¿Con profesionales de que disciplina?

Y, en general, con neurólogos.

15-¿Cómo diagnostica las comorbilidades?

16-¿Qué trastorno comórbido se presenta más frecuentemente en su práctica?

Yo no las hago, yo hago derivación, porque claro, hay muchas.



## TRATAMIENTO

17-¿Cuál es el tratamiento que frecuentemente realiza?

Cognitivo-conductual.

18-¿Varia el tratamiento según la edad del paciente?

Si.

19-Si la respuesta es afirmativa, ¿En que se diferenciarían los mismos?

Y, en realidad, mas que nada, el abordaje, por ejemplo en los chicos de mas de 10 es mas fácil, porque uno puede pasar directamente a la autorregulación de entrada, en cambio con el mas chico, si bien lo puedo aplicar, uno tiene que hacer otras cosas, mas lúdicas, mas en poner en situación y ver que pasa, y después si por ahí ejercitar tiempos de atención en trabajos específicos.

20-¿Realiza derivación a otros profesionales para el tratamiento?

Si, cuando hay comorbilidades si.

21-¿Cuál es el tratamiento que considera más efectivo?

Otro.

Y, combinado, tendría que ser, farmacológico en muchos casos debe ser, ahora si vos me decís, la diferencia entre psicológico y psicopedagógico depende de la comorbilidad, si esta en juego problemas de conducta adaptativa, que lo trabaje con el psicólogo, en cambio, cuando además se compromete la parte de aprendizaje, que lo trabaje el psicopedagogo, pero tiene que ver con el cuadro en especial, con cada caso.

22-¿Qué estrategias usted implementa o sugiere implementar en el tratamiento?

El tema de los reforzamientos, desde chiquitos, como sea, el tema de la autorregulación de la conducta, así sea como juego, esas serian las metas.

23-¿Cuáles creería usted que son las áreas que menos desarrolladas se encuentran en lo que hace al tratamiento del TDAH, en la clínica en general?  
Y, en realidad, yo diría lo ecológico, porque todas las propuestas de técnicas no voy a decir que fracasan, pero tienen un nivel de inserción muy difícil en la vida cotidiana, no se con adultos, por ahí debe ser mas fácil, pero mas allá que uno lo haga, es tan recortado, después el chico se encuentra en un aula donde hay 30 chicos, que es un lío, y el docente no puede darle una atención, entonces, digamos, la sintomatología existe, va a seguir existiendo, pero digamos, esta tan en esto del auto, que para mi lo difícil es lo ecológico, el chico tiene que de alguna manera trabajar en el consultorio algo que luego le sea fácilmente utilizable en este otro contexto, tal vez es lo mas complicado, por ahí falla el abordaje y uno tendría que trabajarlo directamente desde el aula que es donde surge la dificultad.

24- ¿Cuál es la frecuencia con que un paciente con diagnóstico de TDAH asiste a consulta con usted?Una vez por semana.

25-¿Algún comentario que le interese agregar desde su experiencia práctica?  
Y, el tema del diagnostico, que a veces se dificulta porque hay funcionamiento familiares que a veces disfrazan la sintomatología, ahí se hace medio difícil, y yo derivo enseguida cuando veo que aparecen otras cosas, tampoco uno puede derivar de entrada, uno tiene que intentar cerrar con esa familia como para que sostengan al niño, y después sugerirlo, porque sino abandonan todo, y el hacer un diagnostico clínico es sumamente difícil, no solo para el psicopedagogo, sino para el psicólogo y para el medico también hay cosas muy "livianas" en el diagnostico, y después también es muy difícil el punto medio, porque uno entra a un aula, y no sabe de que problema de atención estamos hablando cuando hay una dispersión constante, no hay un ambiente

de orden, no por decir que no hay chicos con déficit atencional porque los hay, y muchísimos, pero algunos pasan desapercibidos si no hay hiperactividad, y por eso llegan como aprendizaje, y otros quedan colgados, entonces digo, culturalmente a veces es un cuadro que queda desdibujado.

## CUESTIONARIO A PROFESIONALES

8

-Profesión:

Psicopedagogo

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	
Cognitivo-Conductual	
Sistémico	
Ninguno específico	X
Otro: Formación en neuropsicología.	X

-Años de experiencia en su profesión:

6 a 10

### EXPERIENCIA EN TDAH

2-¿Posee formación y/o capacitación específica en TDAH?

Si.

3-¿Ha tratado o trata actualmente pacientes con este trastorno?

Si.

4-¿Habitualmente de que edades son los mismos?

Comprendido entre 7 y 12 años.

### MOTIVO DE CONSULTA

5-¿Cómo llegan generalmente a la consulta los pacientes?

Tras derivación.

6-Si es por derivación, ¿De donde?

Psicología, Neurólogo y docentes de escuela a la que concurren.

7-¿Cual es el síntoma o los síntomas que mayormente manifiestan quienes se acercan a consultar?

Marcada desatención que se manifiesta en dificultades para terminar las tareas en la escuela, copiar. Tiempo excesivo para realizar las diferentes actividades

ya sea de la escuela como las diarias (de la vida cotidiana). Dificultad para respetar los límites, permanecer sentado y concentrado en una misma actividad. Fallas en la predisposición para aprender (motivación) cuando se trata de temas que no se vinculan a sus intereses.

## **DIAGNÓSTICO**

8-¿Conoce los criterios diagnósticos del TDAH del DSM o CIE?

Si.

9-En caso de conocerlos, ¿Utiliza estos criterios para establecer el diagnóstico de TDAH?

Si, aunque en la mayoría de los casos ya llegan a consulta diagnosticados por Psicólogos o neurólogos. Igualmente no constituyen los únicos puntos de referencia.

10-¿Cuáles son las técnicas y/o instrumentos que utiliza para la determinación del diagnóstico?

Batería de evaluación Neuropsicológica que supone considerar la capacidad intelectual general, evaluar las funciones cognitivas superiores (memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas). Escala de Conners o Snap IV para padres y docentes. Así mismo, evalúo mediante técnicas estandarizadas la presencia de TEA (Dificultades Específicas del Aprendizaje) que son muy frecuentes en dicho Trastorno.

11-¿Utiliza técnicas diversas según se trate de niños, adolescentes y/o adultos?

Sí, las mismas se ajustan según las edades y sintomatología presentada (motivo de consulta).

12-¿Cuál considera que le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

Las escalas de observación de padres y docentes. Batería de evaluación neuropsicológica e interconsulta (trabajo interdisciplinario).

13-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnóstico?

Siempre.

14-En caso de respuesta afirmativa, ¿Con profesionales de que disciplina?  
Psicología y Neurología.

15-¿Cómo diagnostica las comorbilidades?

A partir de la aplicación de técnicas de evaluación considerando el motivo de consulta, antecedentes evolutivos, de maduración y escolares.

16-¿Qué trastorno comórbido se presenta más frecuentemente en su práctica?  
Trastornos Específicos del aprendizaje. Cuadros de ansiedad.

## **TRATAMIENTO**

17-¿Cuál es el tratamiento que frecuentemente realiza?

Mi forma de intervención toma aspectos vinculados a la cognitivo-conductual (entrenamiento y estimulación de funciones superiores). Intervención en escuela y orientación a padres. Por otro lado, mi forma es ecléctica tomando aspectos de la Psicología positiva y enfocado en la resolución de problemas.

18-¿Varia el tratamiento según la edad del paciente?

Si.

19-Si la respuesta es afirmativa, ¿En que se diferenciarían los mismos?

En la presentación de los estímulos y complejidad de lo que se trabaja. Además se tiene en cuenta las “dolencias” o “preocupaciones actuales”, partiendo de los aspectos más sanos.

Generalmente en los niños mayores y adolescentes las intervenciones están dirigidas a las técnicas y hábitos de estudio. Técnicas de concentración y relajación. Entrenamiento de la atención y memoria. Funciones ejecutivas. Autorregulación y aspectos metacognitivos.

En los más pequeños es necesario trabajar aspectos vinculados a la motivación, con materiales concretos y situaciones estimulantes. Entrenamiento de la atención, memoria (en su vertiente temporal y de contenido), funciones ejecutivas. Intervención ante Trastornos Específicos del aprendizaje.

La intervención con la familia y la escuela resulta de fundamental importancia (fines psicoeducativos y orientación del modo de trabajo).

20-¿Realiza derivación a otros profesionales para el tratamiento?

Sí.

21-¿Cuál es el tratamiento que considera más efectivo?

Tratamiento combinado (psicológico, psicopedagógico y farmacológico)

22-¿Qué estrategias usted implementa o sugiere implementar en el tratamiento? Focalizar en los aspectos vinculados a la imagen personal e incremento de la estima (autoconcepto). Explicitar los aspectos que poseen más resguardados, tomándolos como punto de partida para cualquier intervención que se realice. En el marco del entrenamiento, es importante planificar las sesiones estipulando los tiempos de ejecución para las tareas, con refuerzos permanentes. Organizadores externos y modelamiento que le permita ir incorporando las habilidades y estrategias que se intentan transmitir, de manera significativa para su transferencia a otras situaciones.

23-¿Cuáles creería usted que son las áreas que menos desarrolladas se encuentran en lo que hace al tratamiento del TDAH, en la clínica en general?

Es necesario agudizar las áreas de intervención desde los contextos de los que forma parte el niño/a, adolescente. Desde un enfoque ecológico, "in situ" que permita realizar intervenciones directas. Debido a que mi mayor área de intervención es la escolar, es importante formar e informar, permanentemente a los docentes que acompañan el aprendizaje de los niños/as y adolescentes.

24- ¿Cuál es la frecuencia con que un paciente con diagnóstico de TDAH asiste a consulta con usted?

Media.

24-¿Algún comentario que le interese agregar desde su experiencia práctica?

Es un desafío permanente poder brindar estrategias que le permitan a ese niño/a, grupo familiar transitar cada día de manera satisfactoria. No existen

“recetas” ni pautas aplicables de manera general, es necesario personalizar cada intervención y “saber escuchar” para poder realizar orientaciones que sean efectivas. Comprender que van a existir momentos de mayor agudeza de la sintomatología que conviven con períodos de mesetas y de regulación conductual. Fundamental contar con un equipo interdisciplinario, apoyo familiar y escolar.

## CUESTIONARIO A PROFESIONALES

9

-Profesión:

Psiquiatra

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	
Cognitivo-Conductual	
Sistémico	
Ninguno específico	
Otro:	X

Hospital Borda. Hospital Interzonal de Mar del Plata. Maestría en Neurociencias. Se considera ecléctico.

-Años de experiencia en su profesión:

6 a 10

### EXPERIENCIA EN TDAH

2-¿Posee formación y/o capacitación específica en TDAH?

Si. Ahora estoy haciendo algo específico en Neurociencias, algo que estudia mucho mas la ultra estructura desde un punto de vista fisiológico y de lo que es el desarrollo neurológico, aunque sabemos desde otro punto de vista que puede tener otros orígenes, más allá de lo fisiológico.

3-¿Ha tratado o trata actualmente pacientes con este trastorno?

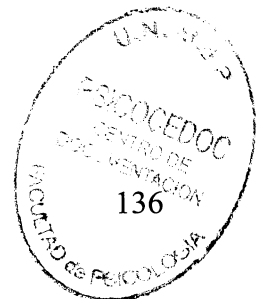
Si.

4-¿Habitualmente de que edades son los mismos?

De 7, 12 años y los más grandes de 16 y 17 años.

### MOTIVO DE CONSULTA

5-¿Cómo llegan generalmente a la consulta los pacientes?



Por los padres generalmente, que son citados desde la escuela, o desde el ámbito familiar, donde el paciente no encaja, en la escuela lo tildan como alumno problema, o en la casa lo mismo, no se queda quieto, no acepta pautas de conducta, generalmente tiene actitudes agresivas, entonces la consulta se produce casi por obligación

6-Si es por derivación, ¿De dónde?

(Contestada en la anterior)

7-¿Cual es el síntoma o los síntomas que mayormente manifiestan quienes se acercan a consultar?

El síntoma principal es la impulsividad, uno ve una persona que tiene la vía del impulso facilitada, todas las cuestiones son de un modo impulsivo donde no habría una represión desde la corteza cerebral, si bien el chico aun no está muy desarrollado pero bien se les interpreta como que no hay un freno al impulso entonces es un chico donde todo lo que se le viene lo hace, no está pudiendo razonar que hay un límite. A mí me ha pasado con pacientes de consultorio que vos le decís no abras el cajón, y va y lo hace, no tires eso que va y lo tira, o sea que no puede frenar nada de lo que hace. Y por otro lado hay una falla muy importante en el sistema atencional, lo que genera una falta de explicación en la memoria, uno ve que el chico no aprende nada porque no puede prestar atención, entonces también le trae problemas a nivel educacional. Después también creo que hay que hacer una diferenciación en pacientes psicóticos, porque por ahí está pasando otra cosa y hay bastantes similitudes.

## **DIAGNÓSTICO**

8-¿Conoce los criterios diagnósticos del TDAH del DSM o CIE-10?

Si.

9-En caso de conocerlos, ¿Utiliza estos criterios para establecer el diagnostico de TDAH?

Sí, porque hoy en día en cualquier obra social se manejan con los criterios del DSM IV, por lo tanto es el lenguaje universal en torno a hacer un diagnóstico.

10-¿Cuáles son las técnicas y/o instrumentos que utiliza para la determinación del diagnóstico?

Si, por ahí lo que se hace es derivar, a las psicólogas generalmente que le realizan tests para descartar otras enfermedades.

11-¿Utiliza técnicas diversas según se trate de niños, adolescentes y/o adultos?

Desde el diagnóstico no, porque es desde el punto de la evaluación clínica.

12-¿Cuál considera que le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

Yo creo que todos, no habría que hacer un diagnóstico desde un solo punto de vista, habría que hacer desde todos. Los tests son importantes. Hay que trabajar mucho con los padres también para hacer un diagnóstico de familia, como en las familias abandonicas donde hay una desestructuración familiar. Yo tuve un paciente, que el "saltaba", me acuerdo de ese término porque fue lo que yo le dije a su mamá, el saltaba de la casa de la madre a la del padre y parecía que el no tenía un lugar suyo, y el eso es lo que hacía en su vida, no paraba un instante.

13-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnóstico?

Si.

14-En caso de respuesta afirmativa, ¿Con profesionales de que disciplina?

Neurólogos, psicólogos, se puede hacer Terapia Ocupacional muchas veces.

15-¿Cómo diagnostica las comorbilidades?

Me pasa a mí que la psicosis es lo primero que hay que descartar, y después también las cuestiones orgánicas, por ejemplo hay algunas parasitosis que generan también hiperactividad déficits atencional, y por ahí uno le empieza a dar medicación y por ahí lo que tenía era una parasitosis. También hay trastornos hormonales, infecciones...

16-¿Qué trastorno comórbido se presenta más frecuentemente en su práctica?

Psicosis, cuestiones orgánicas.

## **TRATAMIENTO**

17-¿Cuál es el tratamiento que frecuentemente realiza?

Si bien el tratamiento está orientado desde un punto de vista fisiológico, que uno está tratando de impedir o de frenar es la vía del impulso, se usan generalmente antiepilépticos, lo más usado es la atomoxetina que es la que mas resultados da, que lo que hace es como una inhibición de la vía del impulso; se usan antiepilépticos, se pueden usar estimulantes generalmente el metilfenidato. Algunos funcionan muy bien con anti psicóticos, aunque no haya habido un diagnostico de psicosis, que también tienen un efecto estabilizante, entonces a veces se hace una combinación de anti psicóticos con antiepilépticos, más que nada dependiendo de la edad.

18-¿Varia el tratamiento según la edad del paciente?

Si.

19-Si la respuesta es afirmativa, ¿En que se diferenciarían los mismos?

En los chicos mas chiquitos se usan básicamente estimulantes, la contra de los estimulantes es que son sustancias muy adictivas, son simpaticomiméticos, parecidos a la cocaína, entonces es un arma de doble filo yo no usaría para un

pibe que tiene 16 años por ejemplo porque es muy posible que se haga adicto, entonces ahí yo usaría anti psicóticos y antiepilépticos.

20-¿Realiza derivación a otros profesionales para el tratamiento?

Si, a veces sí.

21-¿Cuál es el tratamiento que considera más efectivo?

Otro.

Yo creo que todos, inclusive a mi me ha pasado de derivar pacientes primero a psicoterapia apostando a tratar de no medicarlo y después vos ves que es muy difícil. Si bien uno podría pensar en el tiempo que podría llegar a responder pero urge el tema de la escuela o de la casa, entonces hay veces que tenes que intervenir desde el punto de vista farmacológico para que pueda continuar con su vida, pueda seguir aprendiendo, si no es imposible, hasta que la psicoterapia haga sus frutos lleva mucho tiempo, entonces la medicación ayuda mucho.

22-¿Qué estrategias usted implementa o sugiere implementar en el tratamiento?

Yo sugiero un tratamiento farmacológico, con psicoterapia y estoy muy de acuerdo con la Terapia Ocupacional. Darle estrategias desde el punto de un marco de contención para que, más que nada el chico pueda aprender, y pueda mantenerse en el afuera, factores que uno ve que son determinantes, y que si no hay algo así como una psicoeducación con la familia, con los padres, con las maestras, tienden a desplazarlo.

23-¿Cuáles creería usted que son las áreas que menos desarrolladas se encuentran en lo que hace al tratamiento del TDAH, en la clínica en general?

Habría estructuras que supuestamente existen, como serian las escuelas especiales y cosas así, pero que en realidad no cumplen mucho la función, porque lo que uno ve es que se hace como un etiquetamiento de la persona

como un problema, y no hay una adecuada contención. Estaría bueno que se pueda educar a las maestras comunes para que puedan trabajar con estos pacientes también, no que hay que llevarlos a un lugar especial.

24- ¿Cuál es la frecuencia con que un paciente con diagnóstico de TDAH asiste a consulta con usted?

Generalmente es una vez por mes, y una vez por semana con la psicóloga y si se puede, lo mandaría también a la Terapista Ocupacional, yo haría todo.

25-¿Algún comentario que le interese agregar desde su experiencia práctica?

Lo que no hay que perder de vista es la cuestión familiar, la cuestión afectiva, la cuestión social, y evitar esta tendencia que hay de etiquetar a las personas como “este es el problema del grado”, se lo hacen sentir al nene que es un problema, y ahí empieza una cadena que muchas veces, por ejemplo, hay estudios que los que padecen TDAH terminan en adicciones, con trastornos de personalidad hay muchos psicóticos que en su historia han sido TDAH, uno los ha tratado por esto y se ve como terminan en una psicosis, como que esa situación de impulsividad respondía a otra cosa.

## CUESTIONARIO A PROFESIONALES

10

-Profesión:

Psiquiatra Infanto-Juvenil

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	
Cognitivo-Conductual	
Sistémico	
Ninguno específico	
Otro:	X

-Años de experiencia en su profesión:

6 a 10

### EXPERIENCIA EN TDAH

2-¿Posee formación y/o capacitación específica en TDAH?

Dentro de lo que es la especialidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, uno de los diagnósticos más importantes y de mayor motivo de consulta es el TDAH.

3-¿Ha tratado o trata actualmente pacientes con este trastorno?

Si.

4-¿Habitualmente de que edades son los mismos?

Hay de todas las edades, hacer el diagnóstico previo a los 5 años es muy difícil, pero a partir de los 5-6 años ya hay diagnósticos bien certeros; es una enfermedad crónica que persiste en los adultos, un tercio más o menos de los que presentan el trastorno en edad escolar persiste en la edad adulta. Yo atiendo hasta chicos de 15-16 años.

### MOTIVO DE CONSULTA

5-¿Cómo llegan generalmente a la consulta los pacientes?

El motivo más frecuente de consulta son trastornos de conducta, del comportamiento. Primero, por lo general, llamando más la atención en los

ámbitos escolares, pero uno después indaga y en todos sus contextos sucede lo mismo. También pueden llegar como trastornos del aprendizaje, dificultades en sociabilizar, pero lo mas común son trastornos de comportamiento y después dificultades en el aprendizaje, en el rendimiento escolar.

6-Si es por derivación, ¿De dónde?

La escuela deriva, también psicólogos.

7-¿Cual es el síntoma o los síntomas que mayormente manifiestan quienes se acercan a consultar?

Trastornos de conducta, del aprendizaje y dificultades en la sociabilización.

## **DIAGNÓSTICO**

8-¿Conoce los criterios diagnósticos del TDAH del DSM o CIE-10?

Si.

9-En caso de conocerlos, ¿Utiliza estos criterios para establecer el diagnostico de TDAH?

Yo creo que el diagnostico es mas clínico, que cumplir estrictamente criterios del DSM-IV, llegas a un diagnostico categorial que muchas veces no se adecua a la clínica. No uso los criterios estrictos, pero los conozco y van más o menos de la mano, pero no es que me pongo a contara ver si cumple o no con los criterios.

10-¿Cuáles son las técnicas y/o instrumentos que utiliza para la determinación del diagnostico?

Yo creo que la experiencia clínica es muy importante, los criterios quizás uno los tiene más internalizados y no los va sumando pero los tiene en cuenta. Después, evaluaciones neuropsicológicas, que pueden ser de atención, memoria, etc. También reportes de la escuela, de los padres.

11-¿Utiliza técnicas diversas según se trate de niños, adolescentes y/o adultos?

Si, no es tan estricto, pero evalúas de manera diferente si tiene 6 años o es un adolescente.

12-¿Cuál considera que le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

Yo no creo que sea algo que se diagnostique a través de una técnica o de un instrumento. El criterio clínico es muy importante. No son estos diagnósticos que se hagan a través de un estudio particular. Hay herramientas que pueden ayudar, pero no van a ser nunca para un diagnóstico definitivo.

13-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnóstico?

A veces sí.

14-En caso de respuesta afirmativa, ¿Con profesionales de que disciplina?

Con algún psicólogo, o psicopedagogo, pero no siempre, depende el caso.

15-¿Cómo diagnostica las comorbilidades?

Lo mismo, son diagnósticos clínicos, obviamente siempre tienes que ir a buscar comorbilidades en el TDAH porque más de la mitad presentan comorbilidades, pero yo no las voy a buscar a través de alguna entrevista particular, sino que lo ves en el contexto clínico, van surgiendo.

16-¿Qué trastorno comorbido se presenta más frecuentemente en su práctica?

El trastorno negativista desafiante, es el más común por excelencia, después también trastornos del aprendizaje. Hay otro grupo comorbido también con trastornos de ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos, es muy variado el espectro. También se diferencia si es un TDAH predominantemente inatento o

predominantemente impulsivo-hiperactivo, las comorbilidades que va a haber. Pero el mas común es el trastorno negativista desafiante.

## **TRATAMIENTO**

17-¿Cuál es el tratamiento que frecuentemente realiza?

Depende, no es algo tan estricto. Se puede empezar con algún tratamiento cognitivo-conductual o depende la severidad, también farmacológico. El tratamiento cognitivo-conductual derivó a que lo hagan, yo si hago el tratamiento farmacológico.

18-¿Varia el tratamiento según la edad del paciente?

Puede variar.

19-Si la respuesta es afirmativa, ¿En que se diferenciarían los mismos?

Si uno va a indicar un tratamiento farmacológico, es lo mismo al igual que el tratamiento cognitivo-conductual, pero las técnicas si van a ser diferentes, pero salvando esas diferencias el tratamiento es similar.

20-¿Realiza derivación a otros profesionales para el tratamiento?

Si.

21-¿Cuál es el tratamiento que considera más efectivo?

Otro.

El farmacológico asociado con algo, dependiendo del cuadro clínico, si tiene dificultades con el aprendizaje un tratamiento psicopedagógico es fundamental además del psicológico y farmacológico, pero si esta mas del lado de los impulsivos-hiperactivos, con trastornos de conducta pero sin dificultades en el aprendizaje por ahí un tratamiento psicopedagógico no hace falta. No es tan estricto, pero si los tratamientos combinados son más eficaces que cualquiera por separado.

22-¿Qué estrategias usted implementa o sugiere implementar en el tratamiento?

Muy importante la educación a padres, fundamental también las técnicas de educación en los colegios, apelando pautas específicas para estos chicos, mas allá del tratamiento farmacológico, psicológico o psicopedagógico siempre la orientación a padres es muy importante, y lo mismo la orientación a la escuela, sacar el criterio de que el chico no hace las cosas mal a propósito sino que tiene un trastorno que no puede manejarse de otra manera. Primero sacar esa visión crítica hacia el chico y después orientar a los padres, los padres con las respuestas que dan pueden fomentar o inhibir conductas en los chicos, y obviamente el colegio adecuar ciertas cosas al chico.

23-¿Cuáles creería usted que son las áreas que menos desarrolladas se encuentran en lo que hace al tratamiento del TDAH, en la clínica en general?

Quizás hay dificultades en lo que es el tratamiento psicológico con orientación cognitivo-conductual. Hay, pero a la demanda que existe, quizás es lo menos desarrollado.

24- ¿Cuál es la frecuencia con que un paciente con diagnóstico de TDAH asiste a consulta con usted?

Una vez por mes.

25-¿Algún comentario que le interese agregar desde su experiencia práctica?

El TDAH tiene una prevalencia muy alta, y yo creo que es una conjunción de un montón de cosas, dentro de esa conjunción está el TDAH propiamente dicho, pero hay otras cosas que se asimilan clínicamente a esta edad al TDAH, pero quizás no terminan siendo los TDAH "puros". El TDAH existe, es real, pero no toda la sintomatología que aparezca es un TDAH, y por eso se necesita que sea evaluado por alguien con experiencia y que conozca del tema. Hay otros trastornos que a veces simulan conductas similares y si uno hace la vista gorda, es un TDAH y no lo es, por ejemplo hoy se está hablando de la conducta bipolar, ver si eso realmente es un trastorno de hiperactividad o trabajo de la esfera bipolar que se manifestaba en problemas conductuales.

## CUESTIONARIO A PROFESIONALES

11

-Profesión:

Médico Pediatra y Neurologo Infantil.

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	
Cognitivo-Conductual	
Sistémico	
Ninguno específico	
Otro:	x

Formado en Neurología Infantil en el Hospital Garrahan.

-Años de experiencia en su profesión:

11 a 15

### EXPERIENCIA EN TDAH

2-¿Posee formación y/o capacitación específica en TDAH?

He hecho varios cursos.

3-¿Ha tratado o trata actualmente pacientes con este trastorno?

Si, muchísimos.

4-¿Habitualmente de que edades son los mismos?

Dependen. Te pueden llegar a diferentes edades, según la intensidad del trastorno, y la capacidad de los papas y el pediatra de darse cuenta si está o no en problemas. Te puede llegar al inicio escolar, o antes del inicio del escolar, antes de los 6 años, porque ya son muy disruptivos desde el punto de vista conductual en jardín, algunos son predominantemente impulsivos e hiperactivos, esos llegan antes, los que son predominantemente inatentos llegan después, pueden llegar en 4to.grado por ejemplo, el nene falla por impulsividad o hiperactividad en forma temprana, puede llegar a los 4-5-6-7 años, o el otro punto de quiebre donde fallan y que llegan a la consulta es en

4to grado porque se complejiza mucho el cuadro de las exigencias atencionales en el colegio y esto hace que el nene falle, por ahí venia "zafando" los primeros tres grados donde solo tenía que aprender a leer y escribir, entonces hay algunos chicos que llegan a la consulta tardía, a los 12-13-14 años pero esos son más que nada atencionales, y generalmente es el fracaso escolar el que lo lleva a las consultas.

### **MOTIVO DE CONSULTA**

5-¿Cómo llegan generalmente a la consulta los pacientes?

La mayoría llegan por derivación.

6-Si es por derivación, ¿De dónde?

De la psicopedagoga, o del pediatra. Generalmente la primera queja es el colegio, y de ahí pasa por el pediatra o por la psicopedagoga, o la psicóloga muchas veces también, cuando el problema es más conductual, y termina en el consultorio de neurología.

7-¿Cual es el síntoma o los síntomas que mayormente manifiestan quienes se acercan a consultar?

Depende del genotipo predominante del nene, eso va a depender el síntoma y la edad de presentación. Obviamente son los tres síntomas nucleares pero también hay muchos nenes con comorbilidades.

### **DIAGNÓSTICO**

8-¿Conoce los criterios diagnósticos del TDAH del DSM o CIE-10?

Si.

9-En caso de conocerlos, ¿Utiliza estos criterios para establecer el diagnostico de TDAH?

Normalmente si, igualmente en el caso del diagnostico es predominantemente clínico, uno lo que busca son opiniones de diferentes personas que lo vean en diferentes ambientes para tener claro que cumple con todos los criterios

10-¿Cuáles son las técnicas y/o instrumentos que utiliza para la determinación del diagnostico?

Yo utilizo informes y realizo la tabla de SNAP como la más significativa, mejor que el Conners.

11-¿Utiliza técnicas diversas según se trate de niños, adolescentes y/o adultos?

Cuando son menores de 6 años el SNAP no se puede utilizar, entonces hay unas tablitas que también uso Conners para menores de 6 años que se pueden utilizar, pero no las utilizo normalmente, prefiero pedir un informe a la maestra de jardín sobre puntos tales como los logros, sobre cómo está la conducta del nene, como está la relación con los pares, con los docentes, la atención, los juegos, y cuáles son los problemas que para ella tiene el nene. El Conners y el Snap son muy buenos y están muy bien baremados pero para niños más grandes, donde ya hay una estructura, en jardín es todo muy lúdico.

12-¿Cuál considera que le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

Lo que pasa que el diagnostico no puede depender de una herramienta, puede ser el Snap, el informe, lo haces con lo que te cuenta la mamá y con los que ves en el consultorio, es decir, el diagnostico es global, y creo también que tiene que ver mucho la experiencia de ver nenes con este tipo de problemas.

13-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnostico?

Depende.

14-En caso de respuesta afirmativa, ¿Con profesionales de que disciplina?

Muchas veces lo que hago es una evaluación con la psicopedagoga, lo más frecuente, pero cuando hay un problema conductual voy con la psicóloga. Si el

nene tiene un compromiso en el aprendizaje es indispensable hacer una buena evaluación psicopedagógica, amén de que tengas un diagnóstico de TDAH porque la comorbilidad es alta y lo puedes estar tratando únicamente por TDAH y están fallando otras cosas, entonces no te va bien en el tratamiento, por eso hay que tener claro el diagnóstico.

15-¿Cómo diagnostica las comorbilidades?

Gran parte por interrogatorio, yo les pregunto todo, como comen, como duermen, si es obsesivo, si es ansioso, hago una serie de preguntas, hay un CBCL que es una herramienta que sirve para pesquisar alguna cuestión pero normalmente es por interrogatorio, y si sospecho que hay comorbilidades lo mando a la psicóloga si son de índole psicológica, y con respecto al aprendizaje, a la psicopedagoga.

16-¿Qué trastorno comórbido se presenta más frecuentemente en su práctica?

Los conductuales, los trastornos conductuales asociados al TDAH son los más comunes y después algunos trastornos específicos del aprendizaje. Los trastornos conductuales a veces es una comorbilidad propia del nene y a veces es la consecuencia de prácticas parentales inadecuadas con este tipo de problemas, es decir, un padre que lo quiere ayudar pero se enoja, que tiene las mismas características del nene, de baja tolerancia, y lo único que hace es que el nene se ponga peor, y solamente con remarcar esto, y en hacer un trabajo con la psicóloga, esto se soluciona bastante.

## **TRATAMIENTO**

17-¿Cuál es el tratamiento que frecuentemente realiza?

Según el nene va a ser el tratamiento que requiere. No todos los pacientes con TDAH requieren medicación si o si, hay casos que la medicación es opcional, no caben dudas que lo va a ayudar pero no es necesaria, esto es una pregunta muy característica de los papas. Lo que hay que ver es cuál es el problema y como lo compensa, pero claramente cuando el nene tiene un problema y no lo compensa, necesita medicación, pero hay nenes que si bien tienen un

problema lo pueden compensar con una inteligencia muy importante, que a pesar de prestar dos segundos de atención aprenden lo mismo, en esos chicos es opcional la medicación, no es necesaria, después si ese nene por ahí molesta en clase o tiene trastornos de conducta ya no es opcional. Hay que tener en cuenta igualmente que la medicación es un elemento del tratamiento acompañado de otros como puede ser la psicóloga o la psicopedagoga.

18-¿Varia el tratamiento según la edad del paciente?

Si, según la edad y según el problema.

19-Si la respuesta es afirmativa, ¿En que se diferenciarían los mismos?

Lo que más se usa es el metilfenidato para el TDAH, en todas sus presentaciones diferentes y modalidades, también hay otras medicaciones que se pueden utilizar y que tienen mejores resultados en algunos chicos que con el metilfenidato, antidepresivos comunes, antidepresivos específicos, hay toda una gama de remedios que uno puede utilizar según cuál sea el mayor problema. Normalmente no se utiliza metilfenidato porque son muy chiquititos y la tasa de respuesta es mucho más baja o porque tienen comorbilidades específicas que son peores que el TDAH. Ese es otro problema, porque que tenga TDAH no quiere decir que le tenga que dar metilfenidato porque a lo mejor además de su TDAH tiene trastornos de ansiedad que va a alterar con el metilfenidato, o a lo mejor tiene trastornos conductuales de base impulsiva muy importante, y es preferible darle un neuroléptico, pero eso depende de cada nene.

20-¿Realiza derivación a otros profesionales para el tratamiento?

Si con la psicopedagoga o la psicóloga, según el caso.

21-¿Cuál es el tratamiento que considera más efectivo?

Tratamiento combinado (psicológico, psicopedagógico y farmacológico)

Combinado. Farmacológico, Psicológico, Psicopedagógico. Hay nenes que los tengo con farmacológico únicamente, pero son TDAH muy puros, ya mas

grandecitos, donde los papas la tienen clarísima, no son nenes con comorbilidades, son los menos, no los mas. Igual en el tratamiento va sucediendo esto muchas veces, sobre todo cuando uno aborda tempranamente un nene con TDAH y a la familia, pero hay familias que están acostumbradas a convivir con el problema, se leen todo, están asesorados y el nene fue a la psicóloga durante bastante tiempo, que después no requiere un tratamiento extra más que algo para la atención en el colegio. El TDAH como cualquier enfermedad tiene lo que es la historia natural de la enfermedad, lo que se da en la mayoría de los casos. El nivel de hiperactividad y de impulsividad es lo primero que baja, alrededor de los 8 años, cuando antes empiezan tardan más en bajar, pero un nene que se enferma cuando le ponen reglas más firmes cuando está entrando a primer grado, a los 8-9 ya está bajando y a los 10 ya es un niño que no tiene más problemas conductuales. Lo lindo del TDAH es que uno puede cambiar la historia de ese niño si lo agarra tempranamente. Por ahí el problema que más queda, que es el más difícil de mejorar, es el déficit de atención y a esos chicos los manejas solo con medicación.

22-¿Qué estrategias usted implementa o sugiere implementar en el tratamiento?

Abordarlo tempranamente, tanto al nene como a la familia, si sólo te enfocas en el nene, no sirve de mucho. Hay familias que ya están acostumbradas a vivir con el trastorno y se leen todo, estuvieron asesorados, el nene fue a la psicóloga durante bastante tiempo y por ahí no requiere más que algo extra para la atención en el colegio. Lo lindo del TDAH es que uno puede cambiar la historia de ese nene, si lo agarra tempranamente, si los papás se pueden informar bien sobre el problema del nene, etc. De un nene que le va mal en la escuela, le empieza a ir mejor, y termina siendo un adolescente sin problemas, por ahí lo que más tarda en mejorar es el déficit de atención, y ya en esta etapa se puede manejar solo con medicación.

23-¿Cuáles creería usted que son las áreas que menos desarrolladas se encuentran en lo que hace al tratamiento del TDAH, en la clínica en general?

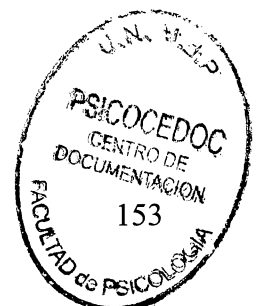
Yo lo que creo que no está fácil es encontrar todo tipo de psicólogas que puedan trabajar con chicos con TDAH, creo que falta formación profesional para esto. Donde hay TDAH claro, hay informes que dicen que el problema es la mamá, con características muy psicoanalíticas, eso es una de las cosas que entorpecen. Muchos papás tienen obra social y van a la psicóloga de la obra social y ahí radica el problema. En los trastornos de conducta el psicólogo tiene muchísimo por hacer, con el niño, con la familia y con el colegio, y si no tiene bien el diagnóstico no va a trabajar bien con nadie y al niño no le va a ir del todo bien. Después otras complicaciones no, porque no es una patología que requiera tecnología el TDAH. Es el trabajo y algo de la medicación, no hay mucho para desarrollar. Faltan profesionales mejor formados en este tipo de patologías.

24- ¿Cuál es la frecuencia con que un paciente con diagnóstico de TDAH asiste a consulta con usted?

Depende como ande, 2-3 veces por año si andan bien, que son una gran parte de los pacientes. Algunos que no andan bien los veo un poco más seguido, 5 veces por año aproximadamente.

25-¿Algún comentario que le interese agregar desde su experiencia práctica?

Me resulta una patología fascinante, sobre todo por la variabilidad que tiene, que a pesar de que es un síndrome, destacar que todos los niños son distintos, lo cual el tratamiento debe ser individualizado, no generalizarlo, ni farmacológico, ni psicoterapéutico ni psicopedagógico, hay bases pero cada niño debe tener su tratamiento.



## CUESTIONARIO A PROFESIONALES

12

-Profesión:

Pediatra

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	
Cognitivo-Conductual	
Sistémico	
Ninguno específico	
Otro:	X

-Años de experiencia en su profesión:

6 a 10

### EXPERIENCIA EN TDAH

2-¿Posee formación y/o capacitación específica en TDAH?

En TDAH específicamente, no, yo estoy haciendo lo que es Pediatría del Desarrollo, que todavía no está formalizada la especialidad ni la pos básica después en pediatría pero sería como una rama de la pediatría que abordaría los aspectos que están vinculados con la conducta y el desarrollo del niño.

3-¿Ha tratado o trata actualmente pacientes con este trastorno?

Si, como "puro" y también asociado como comorbido a otras cosas.

4-¿Habitualmente de que edades son los mismos?

Son chiquitos, tendrán 5-6 años

### MOTIVO DE CONSULTA

5-¿Cómo llegan generalmente a la consulta los pacientes?

Varios llegan, por un lado, desde el ámbito hospitalario, yo estoy en el consultorio de neurología del desarrollo, por esto está como sesgado y ligado a eso, porque muchas cuestiones vienen porque, por ejemplo, en el jardín no

se integran o dan vueltas, etc., y empezas a buscar y aparece por ahí cierto patrón de hiperactividad, por ahí no para marcarlo con los criterios diagnósticos del DSM IV, pero que uno puede ver que hay cierta hiperactividad o déficit de atención, y yo estoy más ligada a lo que es primera infancia, entonces yo llego a ver 5-6 años, llegan por el lado de la consulta por un lado porque esta normatizado en el consultorio una pesquisa precoz en niños con factor de riesgo por prematurez, para cualquier trastorno del desarrollo, entonces hay instalado un cuaderno en el cual se cita al paciente con un día específico para que pase por una pesquisa del desarrollo, dentro de la cual uno en el momento de hacer la anamnesis puede decir "que está pasando?", vieron que el tema se relaciona a veces con el tema de la prematurez, que es uno de los factores de riesgo, o los trastornos sensoriales durante el primer año, y muchos prematuros los tienen, que se yo, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación o la incapacidad de auto calmarse, durante el primer año por ahí se relaciona con-, y por ahí eso lo vemos en el prematuro, que después sea o no sea es otro cantar pero en general se actúa sobre esos factores.

6-Si es por derivación, ¿De dónde?

En general va mas al especialista, en otros países el pediatra del desarrollo si puede medicar y puede tratar directamente un trastorno de TDAH, en Argentina esta mas organizado en neurología y psiquiatría, por ahí el pediatra no es...aunque podría tratarse con el pediatra, no es un trastorno neurológico en si, como la epilepsia, que está enferma la neurona, acá hay otros patrones que trabajar.

7-¿Cual es el síntoma o los síntomas que mayormente manifiestan quienes se acercan a consultar?

En los mas chiquitos hay una marcada irritabilidad y trastorno de la alimentación, el llanto y el trastorno de la alimentación es continuo, y después el tema de la inquietud, de no parar, que la madre dice "no lo puedo parar", y compromete todos los aspectos, la vida social, la vida familiar, pero muchos nenes chiquitos empiezan por ahí con un tratamiento psicológico con intervención desde lo conductual y mejoran un montón, en mas chiquitos, que por ahí esa es la población que yo mas veo.

## DIAGNÓSTICO

8-¿Conoce los criterios diagnósticos del TDAH del DSM o CIE-10?

Si.

9-En caso de conocerlos, ¿Utiliza estos criterios para establecer el diagnóstico de TDAH?

En realidad, yo por una cuestión de cómo está organizado acá y la sospecha diagnóstica y la derivación, pero si me baso en eso, y como también, como trabajo con menores de 36 meses, hay otro libro que se llama "De 0 a 3" que tiene criterios diagnósticos con los mismos ejes, pero en el niño pequeño, que ahí está lo del trastorno de la regulación.

10-¿Cuáles son las técnicas y/o instrumentos que utiliza para la determinación del diagnóstico?

Y, por ahí yo les puedo dar un Conners para que completen en la escuela, y ahí se puede contraponer lo que sucede en la escuela o en la casa.

11-¿Utiliza técnicas diversas según se trate de niños, adolescentes y/o adultos?

Trabajo únicamente con niños, y más que nada con estrategias de pesquisa.

12-¿Cuál considera que le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

Y, en la sospecha, es la evaluación clínica, en general al pediatra vienen con el nene, entonces muchas veces están contando el problema y uno empieza a ver lo que pasa, es muy rico eso, y también sirve mucho lo que pasa en la escuela, y contrapones lo que pasa en la escuela de lo que pasa en la casa, o lo que pasa en ámbitos distintos de lo que pasa en la casa, por ahí si un día lo cuida la abuela..., y muchas veces sirve incluir al chico en un tratamiento y el

tratamiento solo va haciendo sus cosas y te confirma o no , esto de la intervención precoz creo que es fundamental.

13-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnostico?

Si.

14-En caso de respuesta afirmativa, ¿Con profesionales de que disciplina?

En general, cuando es una cosa así muy conductual, con la psicóloga, es el ancla, y después si uno sospecha cosas sensoriales que tengan que ver con alguna cuestión de regulación uno lo puede ver con una Terapista Ocupacional que sepa de esto, pero en principio es la psicóloga y que esto puede ayudar para tratar el síntoma. Y después en todo lo que es el aprendizaje, la psicopedagoga. Pero en sí, para tratar la cuestión, la psicóloga.

15-¿Cómo diagnostica las comorbilidades?

Y ver que va afectando, pensar en las actividades de la vida diaria. Si el chico puede lograr un juego normal, adaptarse a situaciones que pueden generarle frustración como que le prohíban algo que está a su alcance o que un plan que tenían se frustre, como responde lo social en el colegio, si esto interfiere en que pueda relacionarse con los nenes y poder jugar, responder a lo que la señorita está diciendo y hacer lo mismo que todos, poder adaptarse a la situación de cambio o a la situación propuesta; entonces ver en qué lugares se está afectando. Y después si en los chicos mas grandes la performance escolar, eso deprime mucho, por eso la comorbilidad con la depresión también la tenes que pesquisar. Si el chico no tiene hiperactividad es mas difícil de verlo, porque esta quietito, se "va" y el chico tiende a sufrir más, por eso el sufrimiento que el chico pueda tener o la autoconciencia hay que categorizarlo porque no es menor. Y también ver la funcionalidad de la familia, que genera esto en los padres.

16-¿Qué trastorno comórbido se presenta más frecuentemente en su práctica?  
Lo que yo note, la autoestima híper baja, y en los más chiquitos está afectada toda su capacidad de adaptación, su capacidad de juego, no pueden jugar, y para mí eso es muy importante porque es vehículo de aprendizaje de un montón de cosas, son menos adaptativos. Y en los más grandes lo que tiene que ver con la autoconciencia de lo que le está pasando.

## **TRATAMIENTO**

17-¿Cuál es el tratamiento que frecuentemente realiza?

Yo recomiendo terapias con estrategias conductuales, que tiendan a organizar la conducta o a modificarla, en el chico. Después tenes que ampliar a los papas, que por ahí podes usar otras estrategias, pero me parece que con el nene hay cuestiones que tienen que ser más claras.

18-¿Varia el tratamiento según la edad del paciente?

Y si.

19-Si la respuesta es afirmativa, ¿En que se diferenciarían los mismos?

Yo creo que va teniendo que ver con el grado de maduración del chico. Si un nene tiene la capacidad de pensar lo que le pasa y lo que provoca en el otro, ahí podes utilizar estrategias que tengan que ver con las consecuencias de sus propios actos, pero cuando un chico ni es capaz de poder darse cuenta de esto, por eso hay que ver en qué momento madurativo estas trabajando y si cognitivamente el chico es capaz de entender. Hay mucho trastorno que se asocia con discapacidad intelectual, entonces también es mas difícil apelar a un recurso cognitivo del otro, tenes que buscar otras formas, otras alternativas, entonces creo que este es un patrón que a vos te puede marcar el paso.

20-¿Realiza derivación a otros profesionales para el tratamiento?

Sí, yo no hago tratamiento.

21-¿Cuál es el tratamiento que considera más efectivo?

Otro.

Depende del momento en que realizas el diagnóstico, y tampoco encasillarse en uno. Creo que en estadios iniciales donde la conducta está muy desbordada, la familia está desgastada, a veces apelar al recurso de lo farmacológico acorta un tiempo que puede ser útil para que la psicóloga empiece a trabajar, entonces se puede combinar, y después empezar a sacar el fármaco. Depende del caso.

22-¿Qué estrategias usted implementa o sugiere implementar en el tratamiento?

Creo que la estrategia es incluir a los padres en esto, y según el caso, a la docente, creo que pensar las cuestiones que afectan al desarrollo sin pensarla desde una mirada psicoeducativa, te estás quedando con la mitad del día del chico perdido, entonces también dar estrategias a la escuela, bien normativas, concisas, para que pueda tener herramientas, y le va a permitir al chico generalizar lo que aprende, y también lo pueda incluir en la casa, y viceversa.

23-¿Cuáles creería usted que son las áreas que menos desarrolladas se encuentran en lo que hace al tratamiento del TDAH, en la clínica en general?

Yo lo que creo es que no hay posibilidad de acceso al tratamiento para todos los chicos, más que áreas, la psicología tiene muchas herramientas, está muy bien posicionada y reconocida. Hay cuestiones que trascienden, nos estamos peleando por estrategias cuando en realidad hay gente que no tiene acceso al tratamiento, creo que hay ayornar a lo que es el ámbito público al tratamiento, para que pueda adaptarse a las necesidades y a las posibilidades, hay tiempos cortos, mucha gente, habrá que buscar otras alternativas.

24- ¿Cuál es la frecuencia con que un paciente con diagnóstico de TDAH asiste a consulta con usted?

Y, cada 6 meses aproximadamente, en general suelen venir una vez que inician el periodo escolar y terminado o promediando, si están en salita de 5 a

mí me gusta verlos en Agosto para ver la posibilidad o no de permanencia que tengan que ver con el futuro escolar del chico.

25-¿Algún comentario que le interese agregar desde su experiencia práctica?  
Ya se los dije, que a nivel estatal el desafío sería el trabajar la posibilidad de que más chicos tengan acceso al tratamiento.