



***TDAH: historia, concepto,
evaluación, diagnóstico,
sobrediagnóstico y tratamientos.***

Autora

Melca Zaray

Penas Padilla

Tutores

María Concepción

Cristina Ramos

Pablo García

Medina

***Trabajo de Fin de Grado de Psicología.
Universidad de La Laguna.***

2018/2019

Índice:

1. Resumen y abstract.....	Pág. 1
2. Concepto y antecedentes.....	Págs. 2-4
3. Etiología.....	Págs. 4-6
4. Sintomatología y criterios diagnósticos.....	Págs. 6-7
5. Prevalencia y sobrediagnóstico.....	Págs. 7-8
6. Comorbilidad.....	Pág. 8-10
7. Diagnóstico diferencial.....	Págs.10-12
8. Evaluación para el diagnóstico	Págs.12-21
8.1. Escalas específicas del TDAH.....	Págs.14-15
8.2. Escalas de psicopatología general	Págs.16-17
8.3. Pruebas neuropsicológicas y de inteligencia.....	Págs.18-21
9. Tratamiento:.....	Págs.21-28
9.1. Tratamiento farmacológico.....	Pág.22
9.2. Tratamiento psicológico.....	Págs.22-28
9.2.1. Plan de intervención.....	Págs.23-28
9.2.1.1. Entrenamiento de los padres.....	Págs.23-26
9.2.1.2. Entrenamiento de los profesores.....	Págs.26-27
9.2.1.3. Intervenciones específicas dirigidas al niño.....	Págs.27-28
10. Conclusión.....	Pág.28-30
11. Referencias	

1. Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno que a día de hoy está sobrediagnosticado, esto hace que sea importante evaluarlo adecuadamente atendiendo a distintos contextos, lo que redundaría en un diagnóstico con mayor fiabilidad y validez. La forma de evaluar el trastorno está muy vinculada con el tratamiento, ya que para lograr su máxima eficacia debe abarcar los distintos contextos que rodean al niño y aplicarse de manera simultánea.

Abstract

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a disorder that is currently overdiagnostic, which makes it important to diagnose it adequately taking into account different contexts, which would result in a diagnosis with greater reliability and validity. The way to the disorder is closely related to the treatment, since it reaches its maximum effectiveness it must cover the different contexts surrounding the child and be applied simultaneously.

Key Words:

ADHD, overdiagnostic, different context, diagnosis, treatment.

Palabras clave:

TDAH, sobrediagnóstico, diferentes contextos, evaluación, tratamiento.

2. Concepto y antecedentes

No resulta sencillo hablar sobre la definición de lo que hoy conocemos como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), ya que según la época en la que se ha investigado y los descubrimientos que aparecen han surgido distintas denominaciones y en la actualidad aunque algunas están en desuso, otras se emplean indistintamente para referirse al concepto como: síndrome hiperkinético, disfunción cerebral mínima... Para tener una idea sobre cómo surgió el término, vamos a seguir a Barkley (2006) que destaca las etapas más significativas de su evolución, todo ello resumido en la tabla 1.

Tabla 1.

Etapas de evolución de TDAH.

Etapa	Acontecimientos
Etapa I: Período del daño cerebral infantil (1901-1949)	Still (1902) relaciona hiperactividad con problemas de conducta y aprendizaje
	Strauss y Kephart (1955) acuñaron el término “daño cerebral mínimo”.
Etapa II: Consideración del origen funcional del síndrome y énfasis en las características comportamentales (1950-1979)	En 1962 tras el fracaso para demostrar que la afección se debe a una lesión del sistema nervioso central, se le denomina disfunción cerebral mínima.
	Paralelamente, Chess (1960) introduce el término “Síndrome del niño hiperactivo” destacando los aspectos comportamentales del trastorno.
Etapa III: Auge de los criterios	En 1967 aparece por primera vez como

diagnósticos (1980-1989)	<p>categoría diagnóstica, en la octava edición de la <i>Clasificación internacional de enfermedades</i> (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, bajo el nombre de síndrome hiperkinético. WHO (1967).</p>
	<p>Un año después se recoge en la segunda edición de la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-II, APA (1968) como reacción hiperkinética en la infancia o adolescencia.</p>
	<p>En el DSMV, APA (2013) se recoge como TDAH, incluyéndose en la categoría de trastornos del neurodesarrollo.</p>
Etapa IV: Elaboración de modelos explicativos(1990 - actualidad):	<p>Modelo cognitivo-atencional de Virginia Douglas. Concluye que <i>“la sobreactividad motora era un concepto multidimensional, inespecífico, con una fuente de carga madurativa y muy afectada por factores situacionales”</i>. Servera (2012).</p> <p>Modelo de autorregulación de Barkley, critica el modelo de Douglas. Y considera que los niños con TDAH no tienen una</p>

	<p>buena inhibición conductual, lo que afectará a su capacidad de autocontrol y dificulta las funciones mentales ejecutivas, encargadas de la planificación.</p> <p>Macià (2012)</p>
--	--

Desde la etapa del daño cerebral, pasando por los aspectos más funcionales del síndrome hasta llegar al auge de los criterios diagnósticos y por último la elaboración de modelos explicativos al término donde se llega a una posible definición como la de Barkley (2002) que afirma que el TDAH es “un trastorno del cerebro ejecutivo que provoca la incapacidad del niño para inhibir o retrasar sus respuestas, para organizar y controlar su atención, su conducta o sus emociones y para hacer frente a las demandas que se le presentan”. Dicha descripción se refleja en los sistemas de clasificación y diagnóstico como el DSM-V.

Para poder comprender mejor la definición del término, hay que conocer la etiología del trastorno.

3. Etiología:

A día de hoy no existe una total certeza sobre las posibles causas del TDAH, pero lo que sí se sabe es que son múltiples. Cuando se comenzó a hablar sobre el TDAH se pensaba que este trastorno tenía una base orgánica, actualmente se ha profundizado considerándolo un trastorno biológico del desarrollo madurativo cerebral, donde están implicados aspectos neurológicos o neuroquímicos y dicho trastorno es modulado por la interacción de factores ambientales y psicológicos.

- Factores biológicos:

Como se comentaba en el apartado de “Conceptos y antecedentes”, se piensa que una de las posibles causas del TDAH sea una disfunción cerebral, pero se ha demostrado que esto no es así, ya que al realizar pruebas que muestran imágenes sobre las hipotéticas zonas lesionadas como la resonancia magnética funcional se observa que no hay una relación exacta entre lesiones cerebrales y el trastorno.

Una de las hipótesis explicativas demuestra que las personas con TDAH tienen una actividad cerebral menor en la zona frontal. Tras numerosos estudios comparativos entre personas con y sin TDAH mediante la tomografía computerizada por emisión de fotón único, se obtiene que las personas con TDAH tienen una menor actividad cerebral eléctrica en el frontal y en el núcleo caudado que forma parte de la conexión con el sistema límbico, y es el principal encargado de regular las emociones, lo que explica su dificultad para regularlas.

Se estima que el origen de la hipoactividad cerebral recae sobre factores genéticos tempranos en el desarrollo y factores ambientales.

Por otro lado, se habla de predisposición genética y los estudios gemelares realizados por Faraone, Perlis, Doyle, Smoller, Goralnick, Holmgren, & Sklar (2005), muestran una alta heredabilidad del trastorno, situada entre un 70-80%. La mayor concordancia se daba entre los gemelos monocigóticos (81%) siendo en los dicigóticos de un 29%.

Posteriormente se hicieron estudios como el de Neale (2010) donde se analizan 32 genes candidatos de TDAH, que sugieren que alguna de estas variantes estén asociadas al trastorno aunque ninguna alcanzó una significancia de genoma total.

Factores psicosociales:

Aunque en la etiología del TDAH, sobresale la influencia biológica, existe un abanico de variables que contribuyen a incrementar o reducir la gravedad de los síntomas nucleares o a la aparición de un mayor o menor número de síntomas secundarios. Por

ello hay que considerar la influencia que tienen ciertas variables familiares y determinados factores sociales como el nivel socioeconómico, condiciones de vida, el estilo educativo.

En las familias con un nivel socioeconómico más desfavorecido y con condiciones sociales adversas, el trastorno suele mostrarse junto con comportamientos antisociales, déficit de autoestima... Podemos decir que el estatus social determina las pautas educativas de la familia y se conoce que las familias con niveles sociales más bajos tienen un sistema punitivo de disciplina, basado en la rigidez, lo que podría incrementar los síntomas del TDAH. Sin embargo en las familias con niveles sociales más altos, se adopta un sistema de reglas y normas familiares flexibles adaptadas a las circunstancias, que pueden mantener o reducir los síntomas.

Según algunos estudios realizados por Biederman & Faraone, 2005; Thapar, Cooper y Eyre (2013), los factores psicosociales más frecuentemente asociados al TDAH son la adversidad psicosocial y la privación afectiva durante los primeros seis meses de vida. Además las experiencias traumáticas y la institucionalización temprana pueden incrementar el riesgo de padecer TDAH.

Tras ver los posibles factores que pueden originar el TDAH, es importante saber cómo se manifestaría el mismo en caso de producirse, conociendo así su sintomatología además de los criterios que se requieren para establecer el diagnóstico.

4. Sintomatología y criterios diagnósticos.

El TDAH tiene tres síntomas nucleares, que son: la falta de atención, según la que el niño se distrae con facilidad, le cuesta escuchar..., la hiperactividad que se caracteriza por movimientos excesivos, sin finalidad... y finalmente la impulsividad que hace que

no piense antes de actuar, que interrumpa a los demás... Dichos síntomas pueden presentarse en distinta proporción, intensidad y de forma variable entre los pacientes.

Realmente es común encontrar estas tres características en los niños en general, no sólo en los que tienen TDAH, por ello hay que distinguir lo que es un comportamiento “normal” de lo que no lo es.

Para diferenciarlo se emplean los criterios del DSM-IV-R, APA (2000) o el DSM-V (manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales) que son los más actuales. Se emplean ambos debido a las diferencias entre ellos, de las cuales la más significativa es que en el DSM-V se ha alargado el tiempo de 7 años (DSM-IV-R) hasta los 12 años (DSM-V) el periodo para establecer el diagnóstico y no se conoce hasta qué punto puede ser adecuado retrasar el proceso, porque cuanto antes se detecte antes se intervendría sobre él y más probable será reducir los síntomas y entre más tarde se haga, mayor severidad tendrán.

A día de hoy existe un problema de diagnóstico conocido como sobrediagnóstico, debido a que no se realizan las pruebas pertinentes ni se hace una evaluación que abarque todos los contextos que rodean al niño y esto tiene ciertas consecuencias para el niño como veremos a continuación.

5. Prevalencia y sobrediagnóstico

El TDAH es uno de los trastornos del desarrollo más prevalentes, según el DSM-V se da aproximadamente en el 5% de los niños y el 2,5% de los adultos. A día de hoy se conoce que la prevalencia es muy similar en niños y niñas, lo que varía de uno a otro es que los chicos suelen ser más hiperactivos y en las mujeres suele predominar el déficit de atención.

Ante el diagnóstico del TDAH hay dos posibilidades:

- a. Sobrediagnóstico: atribuir diagnóstico de TDAH a personas que no lo tienen.
- b. Infradiagnóstico: no diagnosticar TDAH a quien realmente lo tiene.

Ambos tienen consecuencias sobre la persona, su familia y el entorno. García Peñas Y Domínguez Carral (2012) afirman que actualmente predomina el sobrediagnóstico, que lleva a las siguientes consecuencias:

- Uso inadecuado de recursos.
- Sobremedicación.
- Estrés a las familias.
- La discriminación que puede causar la etiqueta.
- Retardo en dar el apoyo adecuado a quien lo necesita.

Un aspecto importante a la hora de hablar de prevalencia y diagnóstico del TDAH es la comorbilidad, que relaciona la coexistencia del TDAH con otros trastornos.

6. Comorbilidad

La comorbilidad es un término médico, acuñado en 1970, que se refiere a la presencia de uno o más trastornos, junto con un trastorno o enfermedad primarios. Estos trastornos adicionales pueden estar relacionados con el primario o no.

Lo que suele suceder con el TDAH, es que lo menos común es que se presente de forma aislada, ya que según el DSM-V más del 50% de los niños con TDAH presentan otros problemas a nivel conductual o emocional.

Los niños que tienen TDAH, junto a otros trastornos adicionales, tienen probabilidad de tener más complicaciones y una mayor gravedad del trastorno que los que sólo tienen TDAH.

Además existen diferencias en la comorbilidad entre niños y niñas con TDAH, ya que los niños son diagnosticados con mayor frecuencia de depresión o trastorno negativista

desafiante debido a sus problemas de conducta, mientras que en las niñas hay mayor riesgo de presentar trastornos de ansiedad debido a su hiperactividad.

Los principales trastornos con los que puede coexistir el TDAH por tanto son: los trastornos de conducta o los relacionados con el control de las emociones (depresión y ansiedad).

Comorbilidad TDAH y trastornos de ansiedad o depresivos:

Respecto a la ansiedad, los trastornos que más aparecen junto con el TDAH, son el trastorno de ansiedad generalizada y el de separación.

La ansiedad junto con el TDAH se da en un 20-25% de la población y TDAH junto con depresión se da entre un 15-30% de la población, estos datos han sido recogidos en estudios epidemiológicos de Artigás-Pallarés (2003).

Además, el DSM-V recoge que los trastornos depresivos o ansiosos se dan más en personas con TDAH que en el resto de población.

Normalmente los niños con TDAH son conscientes de sus dificultades, por ello pueden tener baja autoestima y esto puede relacionarse con el desarrollo de los trastornos afectivos.

En el artículo de Sampaio & Flores (2018), afirman que hay un mayor riesgo de sufrir trastornos externalizantes (trastornos de conducta), en los niños con TDAH combinado, caracterizados mayormente por su inatención e impulsividad. Mientras que los niños con TDAH y problemas de atención tienen más riesgo de padecer trastornos internalizantes (depresión o ansiedad).

Comorbilidad TDAH y trastornos de conducta:

La mayor parte de la comorbilidad entre los trastornos de conducta y el TDAH, se relaciona con el trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno disocial (TD). Que se caracterizan por problemas de conducta como comportamiento negativista, conductas

desafiantes, agresión y delincuencia. Newcorn & Halperin (2003). Tomado de Macià (2012).

Díaz-Atienza (2006) observa una relación del TDAH con el trastorno negativista desafiante de 36% y de 16.3% con trastorno disocial.

Se ha concluido que el TDAH es un factor de riesgo para la aparición de comportamientos perturbadores, pero no al revés. Por ello si el TDAH se trata de manera eficaz y precozmente, se reduce notablemente la aparición de trastornos de conducta que empeorarían la evolución, ya que la combinación de TDAH y problemas de conducta daría lugar a problemas emocionales, falta de autocontrol y propensión al consumo de sustancias en la adolescencia.

Como hemos visto en la comorbilidad, el TDAH se puede relacionar con muchos trastornos y a su vez también se puede confundir con ellos debido a tener sintomatologías similares, lo que hace necesaria una evaluación exhaustiva que nos permita establecer un diagnóstico diferencial adecuado.

7. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial consiste en relacionar el TDAH con otras afecciones que presentan un cuadro clínico semejante, con el fin de ver por qué no es otro trastorno y sí es TDAH.

De acuerdo con Cornellà (2011), el TDAH se puede confundir con otras entidades clínicas como:

- I. Niños con un CI bajo: muestran problemas de atención y conducta sobreactiva, sobretodo si están escolarizados en centros que no se adecúan a su capacidad. No se trataría de TDAH, ya que los niños con el mismo no tienen una inteligencia comprometida.

- II. Trastorno del espectro autista (TEA): los niños del espectro autista pueden presentar hiperactividad, falta de atención e impulsividad pero esto puede deberse a sus dificultades para interactuar, su conducta estereotipada y en ocasiones un bajo coeficiente intelectual. Sin embargo, en los niños con TDAH, la impulsividad de sus conductas no tiene una finalidad y estos no tienen la inteligencia comprometida.
- III. Trastorno de conducta (TC): los niños que tienen TDAH pueden desarrollar un TC, esto se incrementa conforme se va acercando la adolescencia, y es debido a su impulsividad causada por una posible baja madurez neurológica, por ello se puede decir que tienen un “techo” neurológico que en ocasiones les impide dar respuestas asertivas, reduciendo su autocontrol. Pero la diferencia entre trastornos de conducta y el TDAH es la intencionalidad, que no está presente en los TDAH pero sí en los TC.
- IV. Dificultades del aprendizaje (DA): son dificultades que presenta un niño en una determinada área, en la que se encuentra por debajo del nivel que se espera para su edad, mayormente debido a déficits en el entorno, y que conlleva un ajuste del sistema educativo para facilitar su proceso de aprendizaje. Las diferencias entre TDAH y DA son: en las DA la atención sostenida no está afectada y sí la selectiva y en el TDAH están afectadas ambas y esto puede generar en los niños con TDAH problemas en distintas áreas mientras que en los DA sólo sería una concreta.
- V. Depresión: la depresión clínica se caracteriza por tener una visión negativa del sí mismo, del mundo y del futuro, según la tríada cognitiva de Beck. Lo que hay que hacer es delimitar si estos síntomas afectivos son consecuencia del trastorno

o si cumplen los criterios de alguna categoría diagnóstica de los trastornos afectivos (que son excluyentes).

- VI. Otros trastornos: como trastornos de ansiedad, trastornos generalizados del desarrollo... Hay que determinar si los signos de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad cumplen las características del TDAH y por tanto son una consecuencia del mismo o simplemente son síntomas asociados a otros trastornos.

También hay que diferenciar el TDAH de otras alteraciones más relacionadas con el punto de vista médico como: los déficits sensoriales, efectos secundarios de fármacos, enfermedades neurológicas, enfermedades endocrinas y trastornos genéticos.

Vista la confusión que puede generarse a la hora de establecer un TDAH u otros trastornos con sintomatología similar lo mejor sería emplear instrumentos adecuados para evaluar y poder establecer un diagnóstico lo más fiable y objetivo posible.

8. Evaluación para el diagnóstico

El TDAH es un trastorno heterogéneo y difícil de diagnosticar, su evaluación debe ser llevada a cabo por clínicos o psicólogos clínicos, que realizan una serie de pruebas y entrevistas para evaluar los distintos contextos junto con la exploración física, para poder establecer un diagnóstico más acertado.

Para el diagnóstico clínico, el profesional debe hacer una historia clínica formada por: anamnesis (entrevistas) y exploración física.

La anamnesis debe recoger:

- La historia perinatal: conocer si ha habido complicaciones durante el embarazo, el parto y los primeros meses de vida que pudieran influir en el desarrollo del trastorno.
- Antecedentes familiares: para saber si los familiares han tenido trastornos de este tipo u otros. Esta parte de la entrevista es importante dado que se habla de cierta probabilidad de transmisión genética del TDAH.
- Síntomas: evalúa el acuerdo entre ambos progenitores sobre los síntomas y cuándo comenzaron a producirse, cuánto duran...

Exploraciones físicas: sirven para descartar la presencia de cualquier enfermedad que explique los síntomas del paciente.

Para complementar la información obtenida en anamnesis y exploración física se emplean una serie de instrumentos para evaluar la posible presencia del trastorno, identificar los síntomas nucleares, conocer la evolución, obtener percepciones de padres y docentes acerca de los problemas del niño...

A continuación se presentan una serie de instrumentos de evaluación del TDAH, guiados por una revisión hecha por el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes (2012), formado por: Alda, Boix, Colomé, Gassió, Mena, Ortiz, Sans, y Torres. Mostrando escalas específicas del TDAH, escalas de psicopatología en general y pruebas neuropsicológicas y psicopedagógicas que se pueden emplear.

8.1.Escalas específicas del TDAH:

Tabla 2.

Escalas EDAH. Franquiz, F., & Ramos, S. (2015).

Nombre	Escalas EDAH
Autores	Anna Farré y Juan Narvona
Año	1997
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escala de cribado y evaluación de los síntomas del TDAH ✓ 20 ítems tipo Likert de 4 grados ✓ 2 subescalas: Hiperactividad- déficit de atención y trastornos de conducta. Una sola versión para maestros.
Edad	6-12 años
Propiedades psicométricas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiabilidad por consistencia interna: 0,84 - 0,93. ✓ Adecuada validez concurrente con los criterios DSM-III, APA (1980)

Tabla 3.

Escala Magallanes. Franquiz y Ramos (2015).

Nombre	Escala Magallanes
Autores	García-Pérez y Magaz-Lago
Año	2000
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escala de cribado del TDAH ✓ 17 ítems ✓ 3 subescalas: hipercinesia-hiperactividad, déficit atencional y déficit de reflexividad. Dos versiones: padres y maestros.
Edad	✓ 6-16 años (padres); 6-12 años (maestros)

Propiedades psicométricas	Fiabilidad por consistencia interna: 0,60 a 0,71.
------------------------------	---

Tabla 4.

Cuestionario TDAH. Franquiz y Ramos (2015).

Nombre	Cuestionario TDAH
Autores	Juan Antonio Amador María Forns Santacana, Joan Guàrdia Olmos & Maribel Però Cebollero.
Año	2005-2006
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escala de cribado y de evaluación de los síntomas del TDAH ✓ 18 ítems tipo Likert de 4 grados ✓ Dos subescalas: desatención e hiperactividad y una puntuación total. Dos versiones: padre y maestro ✓ Cada ítem representa cada uno de los síntomas del TDAH, según los criterios del DSM-IV, APA (1994).
Edad	4-12 años
Propiedades psicométricas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiabilidad por consistencia interna: 0,94 a 0,95 profesores, 0,85 a 0,89 padres ✓ Adecuada validez concurrente con problemas de atención de escalas Achenbach

Las escalas específicas del TDAH se pasan a las personas que se sospecha que tienen TDAH, por lo que estarían más orientadas al trastorno y sus distintos criterios de diagnóstico, para mostrarnos que características de dicho trastorno muestra la persona.

8.2.Escalas de psicopatología general:

Tabla 5.

Escalas de Achenbach. Franquiz y Ramos (2015).

Nombre	Escalas de Achenbach
Autores	Achenbach
Año	1991,2001
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escala de psicopatología general ✓ 112 ítems tipo Likert de 3 grados ✓ 8 subescalas: inatención, ansiedad-depresión, retraimiento-depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, conducta agresiva y romper reglas. Se agrupan en dos factores de segundo orden: interiorizado y exteriorizado. Tres versiones: para padres (CBCL), maestros (TRF) y autoinforme (YSRF)
Edad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1,5-5 años (CBL-TRF) ✓ 6-18 años (CBL,TRF) ✓ 11-18 años (YSRF)
Propiedades psicométricas	Fiabilidad por consistencia interna: 0,84 a 0,94

Tabla 6.

BASC. Franquiz y Ramos (2015).

Nombre	Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes <i>BASC</i>
Autores	Reynolds & Kamphaus
Año	1992
Descripción	<p>Conjunto de instrumentos para evaluar aspectos adaptativos y desadaptativos en la conducta de niños y adolescentes</p> <p>De 106 a 185 ítems, según la versión. Tipo Likert de 2 ó 4 grados</p> <p>Escalas: exteriorizar problemas e interiorizar problemas, problemas escolares, otros problemas (retramiento, atipicidad), habilidades adaptativas, índice de síntomas.</p> <p>Cinco componentes: un autoinforme (S), dos cuestionarios de valoración, uno para padres (P) y otro para tutores (t), una historia estructurada del desarrollo y un sistema de observación del estudiante.</p>
Edad	Padres y maestros: 3-6 años, 6-12 años y 12-18 años.
Propiedades psicométricas	Fiabilidad por consistencia interna: 0,70 a 0,90.

Las escalas de psicopatología general, se emplean para conocer si la persona posee algún aspecto psicopatológico, y nos orientan acerca de su posibilidad de desarrollar un trastorno y del tipo que podría ser.

8.3.Pruebas neuropsicológicas y de inteligencia:

Tabla 7.

Pruebas neuropsicológicas y de inteligencia. Franquiz y Ramos (2015).

Nombre	Autor/editorial/año	¿Qué mide?	Edades
WISC-IV	Davis Weschler/ TEA Ediciones (2005)	Inteligencia verbal, manipulativa, planificación de la acción y coordinación psicomotora	6-16 años
WAIS-III	Davis Weschler/ TEA Ediciones (1999)	Inteligencia verbal y manipulativa	16-94 años
D2 (Test de atención)	Brickenkamp y Zilmer/ TEA Ediciones (2004)	Atención selectiva	8-18 años

Las pruebas neuropsicológicas y de inteligencia se emplean para evaluar las capacidades que posee el niño.

Además, para hacer un diagnóstico más completo se emplean pruebas psicopedagógicas, como algunas de las siguientes:

Tabla 8.

Pruebas psicopedagógicas. Franquiz y Ramos (2015).

Nombre	Autor/editorial/año	¿Qué mide?	Edades
TALE (Test de análisis de lectura y escritura)	Cervera y Toro/ TEA Ediciones (1990)	Escritura: caligrafía, copia, dictado y redactado. Lectura de letras, sílabas, palabras y texto. Comprensión lectora.	Hasta cuarto de primaria.
PROESC (Evaluación de los procesos de escritura)	Cuetos, Ramos, Ruano/ TEA Ediciones (2002)	Dictado de sílabas, palabras, pseudopalabras y frases. Escritura de un cuento, redacción.	Primaria
PROLEC-R (Evaluación de los procesos lectores)	Cuetos, Rodríguez, Ruano, Arribas/ TEA Ediciones (2007)	Identificación de letras: nombre y sonido de las letras y diferencias palabras y pseudopalabras. Procesos léxicos, sintácticos y	Primaria

		semánticos.	
PROLEC-SE (Evaluación de los procesos lectores, secundaria)	(Ramos, Cuetos/ TEA Ediciones (2003)	Emparejamientos dibujo-oración. Comprensión de textos. Estructura del texto. Lectura de palabras y pseudopalabras. Puntuación.	Secundaria
IHI (inventario de hábitos de estudio)	Fernández Pozar/ TEA Ediciones (1994)	Condiciones ambientales. Planificación del estudio. Uso de materiales. Asimilación de contenidos.	Secundaria

Las pruebas psicopedagógicas, se emplean para conocer cómo es el desarrollo del niño en el ámbito escolar, informando de si este se corresponde con su edad y nivel académico.

Respecto a las pruebas más adecuadas para evaluar a una persona, en las escalas específicas del TDAH, por tener mayor fiabilidad y validez en primer lugar se emplearían la *escala EDAH* (tabla 2) o el *cuestionario TDAH* (tabla 4) que sirven para

recoger la información de padres y maestros. Por otro lado, en las escalas de psicopatología, primeramente se emplearía la *escala de Achenbach* (Tabla 5), por su fiabilidad y validez superiores. Sin embargo, la aplicación de las pruebas de carácter neuropsicológico y de inteligencia así como las psicopedagógicas dependen de la edad y el curso académico respectivamente, por ello para elegir la más adecuada se escoge la que más ámbitos de medición abarque, en el caso de las de carácter neuropsicológico y de inteligencia el WISC o el WAIS, dependiendo de la edad del niño. Para terminar de las pruebas psicopedagógicas, en la primaria el PROLEC-R para lectura y el PROESC para escritura, o el PROLEC-SE para la lectura en secundaria. Esas son las pruebas más adecuadas para evaluar a una persona con TDAH en los distintos ámbitos y circunstancias.

En conclusión, lo que se necesita para poder evaluar de forma adecuada al niño según Miranda (2011) es un abordaje multicontexto. Con el fin de hacer un diagnóstico más fiable y válido, evitando así el sobrediagnóstico y la posible comorbilidad. Se recogerán datos mediante la entrevista y el pase de cuestionarios tanto a los niños, como a padres y profesores. Para que así el terapeuta pueda elaborar el diagnóstico lo más preciso posible.

Tras haber realizado el abordaje multicontexto para establecer un diagnóstico, el profesional tiene la oportunidad de elaborar un plan de tratamiento adecuado en función del diagnóstico establecido como veremos a continuación.

9. Tratamiento

Tradicionalmente, se ha aplicado el tratamiento farmacológico en los niños para tratar el TDAH. Con el paso de los años, los padres cada vez muestran más preocupación acerca de las consecuencias a largo plazo de la medicación. Lo que llevó a que en los años 70-

80, entrase en auge la terapia psicológica, incorporándose la misma como alternativa eficaz para tratar este trastorno.

Sin embargo, la aplicación limitada de la terapia psicológica en determinadas áreas acabó por derivar en una terapia combinada: basada en la psicología en combinación con los fármacos, buscando la mayor eficacia posible y el mantenimiento de los resultados a largo plazo.

No obstante, antes de aplicar cualquier tipo de tratamiento para el TDAH tras diagnosticarlo, lo primero que se debe hacer es tratar de resolver las dudas que los padres del niño con TDAH tienen sobre la terapia elegida, sus efectos y las probabilidades de éxito o fracaso.

9.1. Tratamiento farmacológico

Preferentemente se realiza por medio de la aplicación de estimulantes (metilfenidato), aunque también pueden aplicarse fármacos no estimulantes (atomotexina), teniendo los dos efectos similares. La diferencia entre ambos, es que los estimulantes son más eficaces a la hora de reducir los síntomas nucleares, pero ambos a pesar de su rapidez de actuación tienen efectos no deseados a largo plazo tanto a nivel físico como psicológico.

9.2. Tratamiento psicológico

El tratamiento psicológico estará individualizado, centrandose sus objetivos en cada caso en función de las características e intensidad de los síntomas que presente el niño, de la posible comorbilidad o complicaciones que repercutan en el desarrollo evolutivo del niño o en su funcionamiento en los distintos ámbitos.

Se ha elegido aplicar el tratamiento de corte cognitivo-conductual que se desarrollará en el siguiente plan de intervención.

9.2.1. Plan de intervención

El plan de intervención está basado en la perspectiva cognitivo-conductual, ya que es en esta orientación donde mayores niveles de eficacia se vienen dando según la NICE (2009) e implica los distintos contextos que están relacionados con el niño, centrándose no solo en él, sino también en los padres y en la escuela, emplea programas de entrenamiento para padres y profesores y terapia cognitiva-conductual dirigida al niño, intentando que la terapia en los distintos ámbitos sea simultánea, para que sea lo más efectiva posible.

Objetivos:

- a. Informar a padres, profesorado y al niño sobre que es el TDAH.
- b. Enseñar a padres y profesores los fundamentos de la psicología del aprendizaje para poder participar como coterapeutas en el proceso de tratamiento.
- c. Motivar a la familia, al profesorado y al propio niño hacia la intervención.

9.2.1.1. Entrenamiento de los padres.

En la modificación de conducta infantil se da información a los padres sobre el trastorno, y se les entrena en habilidades y destrezas que emplearán para modificar la conducta de sus hijos en casa, principalmente consiste en la reestructuración de la relación progenitor(es)-hijo(s). Olivares, Macià y Méndez (1993), tomado de Macià (2012).

Según Macià (2012) es importante que en el entrenamiento de padres e igualmente a los profesores como coterapeutas, se les hable de determinadas técnicas operantes, que se agrupan en dos apartados:

Tabla 9.

Técnicas operantes de modificación de la conducta. Macià (2012).

Técnicas para fortalecer conductas adecuadas existentes
Reforzamiento positivo
Estrategia de rol asignado

Técnicas para reducir la frecuencia o eliminar conductas desadaptativas o negativas
Extinción
Castigo positivo
Castigo negativo
Reforzamiento diferencial

Se les enseña también a los padres, que existen una serie de principios que pueden facilitar la modificación de conductas:

- a) Las conductas se adquieren y se pierden paulatinamente y la manera más rápida de adquirirlas se basa en la observación.
- b) La mejor manera de desarrollar determinados patrones de comportamiento se sustenta en enseñar la conducta paso a paso y hacer uso de reforzadores contingentes y diversos.
- c) Los niños no siempre querrán ser reforzados sino que en ocasiones desearán hacer cosas buenas sin necesidad de ser recompensados.

Posteriormente García (2014), en su artículo recoge y apoya los datos anteriormente mencionados que son aportados por Macià (2012).

Hoy en día existen programas de entrenamiento parental, cuya eficacia ha sido demostrada, especialmente para mejorar problemas de conducta que pueden surgir en niños con TDAH. Uno de los más empleados es el programa de entrenamiento a padres de Barkley (2007), que plantea 8 pasos y puede aplicarse de forma individual o en grupo. En sesiones de 60-90 minutos, semanalmente y en un periodo de 10 a 12 semanas. Comienza con una fase educativa en la que se les aporta información sobre el trastorno y en las sesiones posteriores se trabajan los 8 pasos que aporta Barkley, que se centran en lo siguiente:

1. Aprenda a considerar las conductas positivas de sus hijos (atender a las conductas deseables, para producir un aumento de la autoestima y de la motivación del niño).
2. Intente conseguir que el niño le obedezca tratando de ganarse la atención del mismo, por ejemplo: mediante juegos.
3. Aprenda a hacer requerimientos más eficientes (aprender a dar órdenes de forma más eficaz).
4. Hágale ver a su hijo que no es adecuado interrumpir las actividades que realizan otras personas (que el niño aprenda a no molestar o interrumpir cuando no corresponde).
5. Castigue las malas conductas de manera provechosa y aprenda a hacer uso del tiempo-fuera como sanción.
6. Como técnica de refuerzo aplique programas de economía de fichas.
7. Aprenda a aplicar estas técnicas en los distintos contextos de la vida del niño (generalización).

Finalmente para acabar de hablar sobre la intervención de los padres en la terapia, como coterapeutas, se menciona que estos deben contribuir en las tareas escolares de sus hijos

en el hogar, mostrando interés por dicho trabajo, revisando las libretas, los trabajos, las calificaciones, coordinándose con los profesores, tratar de establecer unos hábitos de estudio a sus hijos controlando condiciones ambientales y estableciendo una rutina diaria, alentando su sentimiento de competencia...

9.2.1.2. Entrenamiento de los profesores:

La intervención en el ámbito escolar pretende que los profesores: comprendan el problema y conozcan estrategias para intervenir, con la colaboración del psicólogo, en la escuela. Que aprendan a reducir conductas problemáticas en el aula mediante el uso de técnicas operantes, que mejoren las relaciones interpersonales del alumno y fomentar su autoestima así como potenciar el aprendizaje.

Según Ramírez (2015) “El éxito escolar del niño con TDAH depende fundamentalmente del profesor”. En ocasiones, puede suceder que los profesores ante las manifestaciones del TDAH reaccionen de forma adversa, llevando a cabo conductas coercitivas que nada favorecen la situación. Al igual que los padres, los maestros necesitan de apoyo específico para tratar alumnos que tienen TDAH.

Los programas de intervención con profesores son muy similares a lo que hemos visto con los padres en el contenido, número de sesiones y metodología empleada, incluyen los siguientes objetivos según García (2010):

1. En primer lugar se documenta a los profesores sobre el TDAH.
2. Hacerles ver que las creencias disfuncionales que ellos puedan tener acerca del trastorno, condicionan su forma de actuar y a su vez influyen en el niño, y que por ello es necesario modificarlas.
3. Explicarles los principios del aprendizaje social: que se basan en que el aprendizaje ocurre puramente en un contexto social mediante la observación.

Los primeros objetivos son teóricos y los restantes son de corte más práctico.

4. Se enseña a los profesores a hacer un análisis funcional de las conductas, por medio de la observación: recogiendo sus antecedentes y consecuentes. Con el fin de ver las conductas que se pueden mejorar y a su vez de reforzar las que hacen adecuadamente.
5. Que aprendan técnicas operantes de modificación de conducta (tabla 9), en las que se refuerza o castiga la actuación del niño según sea favorable o desfavorable.
6. Enseñarles técnicas para promover y mantener la atención, tanto la selectiva como por ejemplo: reconocer estímulos dentro de un conjunto. Como la sostenida, por ejemplo: copiando dibujos simétricos.

Las sesiones de profesores, avanzan de manera simultánea a las sesiones de los padres y las individuales de los niños.

9.2.1.3. Intervenciones específicas dirigidas al niño:

Los objetivos de la intervención psicológica en el niño con TDAH, según Macià (2012) son: aumentar el control de su conducta impulsiva, mejorar la atención sostenida, reducir el número de conductas disruptivas, facilitar su interacción familiar y social, y ayudarlo en su aprendizaje escolar. A parte de los síntomas nucleares, se debe complementar la intervención teniendo en cuenta los problemas comórbidos y los síntomas asociados.

Como en todas las intervenciones se debe dar al niño información sobre su situación, pero en este caso hay que reconceptualizar el problema, debe saber que tiene un problema pero no por ello es malo o un fastidio.

La intervención sobre el niño de manera directa puede hacerse en el colegio o en el ámbito clínico, pero en ambas circunstancias sería necesaria la comunicación y cooperación continua entre los profesionales que actúen.

El programa es específico para cada niño y según Macià (2012), normalmente incluye estrategias de tratamiento conductual y autorregulación, como las siguientes:

1. Desarrollar la capacidad de autoobservación y autoevaluación, donde se pretende que ellos mismos se observen y evalúen sus conductas dentro del contexto, lo que no sólo les hace más conscientes de las mismas sino que suele incrementar su implicación.
2. Aprender a darse a sí mismos un conjunto de instrucciones y a controlar sus propias emociones: para la regulación autónoma de su conducta y emociones.
3. Aprender habilidades para solucionar sus problemas: consiste en aportarles una serie de herramientas para facilitarle la actuación ante situaciones conflictivas y a su vez fomentar la reducción de su impulsividad.
4. Aprender técnicas para fomentar sus competencias sociales: son un conjunto de estrategias dirigidas a mejorar las habilidades sociales del niño a la hora de relacionarse con los demás.

Para la intervención directa sobre el niño es importante conseguir que se implique en el trabajo, motivándolo y lograr que colabore.

10. Conclusión

El TDAH es un trastorno biológico del desarrollo madurativo cerebral en el que pueden influir factores de carácter ambiental y psicosocial. Como hemos visto a lo largo del trabajo, a día de hoy hay variedad de criterios diagnósticos y de tratamientos, así como amplia información sobre la comorbilidad y el diagnóstico diferencial, pero al parecer

esto no es suficiente debido a que como afirman García Peñas y Domínguez Carral (2012) actualmente existe una tendencia creciente: el sobrediagnóstico, por lo que niños que no padecen TDAH son diagnosticados como tal, lo cual puede suponer grandes problemas debido a que la tendencia sería medicarlos y se estaría medicando a personas sanas. Según una revisión publicada por Dreyer, (2006), los efectos secundarios de medicar a niños preescolares pueden ser: insomnio, anorexia, dolor de cabeza, irritabilidad, tristeza y alteraciones de la sociabilidad, dichos efectos se estarían generando en niños sanos. Además de los costos a nivel social que esto puede suponer para ellos, ya que se les estaría poniendo una etiqueta y estas generan estigmatización, por lo que es probable que el niño sea rechazado por sus iguales.

Ante esta situación de sobrediagnóstico una posible alternativa sería realizar una evaluación multicontexto, de la que habla Miranda (2011), en la que se incluyan los distintos ámbitos que rodean al niño para que sea lo más objetiva posible y reducir notablemente el margen de error.

Para tratar de reducir la discriminación que genera dicha etiqueta en los niños y facilitar su integración, podría aportarse más información a los iguales, por ejemplo impartiendo charlas o talleres informativos de concienciación desde los colegios, en los que se proyectaran vídeos ilustrativos para hacer las sesiones amenas.

Pese a las dificultades, también hay cosas muy positivas como que los niños que son diagnosticados precozmente con TDAH cuando realmente lo tienen no solo tienen grandes expectativas de mejora si se comienza a aplicar el tratamiento sino que se reduce la probabilidad de que se produzcan complicaciones. Pero a día de hoy hay factores que complican la situación, debido a que se ha ampliado el periodo para diagnosticar el trastorno hasta los doce años en el DSM-V y esto dificulta la posible mejora que se podría conseguir al detectarlo precozmente.

Teniendo en cuenta la eficacia de la intervención comentada anteriormente en el apartado “Plan de intervención” podría ser adecuado incluir un programa de relajación con estos chicos ya que según Ponce de León (2010) “mantener las posturas mientras se realizan las respiraciones, mejora la capacidad de concentración pudiendo tranquilizar y despejar la mente; esto se convertirá en un círculo vicioso en el que cuanto más se tranquilice mayor será el nivel de concentración”. Además, se debe evitar en la medida de lo posible centrarlo en los medicamentos, cuyos efectos al fin y al cabo son temporales, dando una mayor importancia a la terapia de carácter psicológico, sobretodo a la cognitivo-conductual, ya que da mejores resultados según NICE (2009) y es la que realmente puede enseñar al niño estrategias para tener un mejor manejo de sí mismo y que además esto se prolongue en el tiempo.

Por todo ello pese a los grandes avances, aún queda trabajo por hacer con el TDAH, su diagnóstico y tratamiento.

11. Bibliografía

- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2.^a Ed.) Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3^a Ed.). Washington, DC: APA (trad. Masson, 1983).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statitiscal manual of mental disorders* (4^a Ed.). Washington, DC: APA (trad. Masson, 1995).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^a Ed. revisada). Washington, DC: APA (trad. Mas-son, 2002).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^a Ed.). Washington, DC: APA.

- Artigás- Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (Supl. 1), 68-78.
- Barkley, R.A. (2002). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorders in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 36-43.
- Barkley, R.A. (2006) (Ed.). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3.^a Ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2007). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Biederman, J., & Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 16-22 (367 (9506), 237-48
- Chess, S. (1960). Dignosis and trearment of the hyperactive child. *New York State Journal of Medicine*, 60, 2379-2385.
- Cornellà, J. (2011). Dilemas e imprecisiones en el diagnóstico en Salud Mental del adolescente: el paradigma del TDAH. 12º *Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2011*.
- Díaz-Atienza J. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Rev Psiquiatr Psicol. Niño Adolesc.* 6(1). Pps.44-55.
- Dreyer, B. P. (2006). The diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children: the state of our knowledge and practice. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 36(1), 6-30.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 57(11), 1313-1323.

- Franquiz, F., & Ramos, S. (2015). *TDAH: Revisión teórica del concepto, diagnóstico, evaluación y tratamiento* (tesis de pregrado). Universidad de La Laguna, Tenerife.
- García, I. M. (2010). ¿Por qué se habla tanto del TDAH?: conocer ayuda a comprender. En *Trabajar con personas con TDAH: una labor de equipo* (pp. 13-30).
- García, L. G. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de problemas de conducta en un caso de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 79-88.
- García Peñas, J. y Domínguez Carral, J. (2012). ¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)? *EvidPediatr.*
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; (2010). *Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS N° 2007/18*.
- Macià, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Miranda, A. (coord.) (2011). *Manual práctico de TDAH*. Madrid: Síntesis.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrist (2009). *Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD children, Young people and adults* NCG 72. London: NICE.
- Neale, M. B. (2010) For the Psychiatric GWAS Consortium: ADHD subgroup. Meta-analysis of genome-wide association studies of attention- deficit/hyperactivity

- disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(9), p. 884-897.
- Newcorn, J. H. y Halperin; J. M. (2003). Trastornos por déficit de atención con negativismo y agresividad. En T. E. Brown (dir.), *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson
- Olivares, J., Macià, D. Y Méndez, F. X. (1993). Intervención comportamental-educativa en el entrenamiento a padres: el programa Paidos. En D. Macià, F. X. Méndez y J. Olivares (comp.). *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento* (pp. 115-145). Madrid: Pirámide.
- Ponce de León, A., Alonso Ruiz, RA. (2010). *Motricidad en Educación Infantil: propuestas prácticas para el aula*. Madrid. CCS.
- Ramírez, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 45-55.
- Sampaio, L. & Flores, C. . (2018). Relación entre conductas externalizantes en la infancia y rasgos de personalidad en la vida adulta. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5, pp. 36-41.
- Servera, M. (2012) *Actualización del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños*. Décima edición de Formación Continuada a distancia del Consejo de Colegios Oficiales de Psicólogos.
- Still, G.F. (1902). *Some abnormal psychal conditions in children*. *Lancet*, 1, 1008-1012.
- Strauss. A. A. Y Khephart, N.C. (1955). *The Psychopatology and education of the Bain-injured Child*. Progree in Theory and Clinic. New York: Grune ans Stratton.
- Thapar A, Cooper M, Eyre O, L. K. (2013). What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry*, 54(1), 3–16.

World Health Organization (1967). *The ICD-8 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. Genève: WHO.