

**ESTADO DEL ARTE DE PUBLICACIONES QUE SE HAN REALIZADO DESDE
LA CLÍNICA PSICOLÓGICA A PARTIR DE 1994 HASTA EL 2014 SOBRE EL
TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD EN
NIÑOS**

NANCY HURTADO VIVEROS: 1052404

DIANA MARCELA VIDAL ARANGO: 1051955

FRANCY VANESSA SEGURA DOMÍNGUEZ: 1052833

UNIVERSIDAD DEL VALLE SEDE PALMIRA

INSTITUTO DE PSICOLOGÍA

PALMIRA-VALLE

2015

**ESTADO DEL ARTE DE PUBLICACIONES QUE SE HAN REALIZADO DESDE
LA CLÍNICA PSICOLÓGICA A PARTIR DE 1994 HASTA EL 2014 SOBRE EL
TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD EN
NIÑOS**

NANCY HURTADO VIVEROS: 1052404

DIANA MARCELA VIDAL ARANGO: 1051955

FRANCY VANESSA SEGURA DOMÍNGUEZ: 1052833

Director Encargado:

MARCO ALEXIS SALCEDO.

**MONOGRAFÍA PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE PROFESIONAL EN
PSICOLOGÍA**

UNIVERSIDAD DEL VALLE SEDE PALMIRA

INSTITUTO DE PSICOLOGÍA

PALMIRA-VALLE

2015

Dedicatoria

Dedicamos esta monografía con todo nuestro aprecio primeramente a Dios y a todas las personas que hicieron este proyecto realidad.

Yo Nancy Hurtado Viveros dedico este trabajo al Espíritu Santo que ha sido mi guía y me ha llenado de sabiduría y fortaleza, a mis padres Nancy Viveros y José Noel Hurtado y hermanos Carlos Andrés Hurtado y Francisco Javier Moreno por su sacrificio, entrega y dedicación. A mis tías especialmente a María Cristina Viveros y Arminda viveros por su apoyo incondicional, confianza y colaboración. A mi sobrina María Fernanda Moreno que acaba de nacer. A mis mejores amigos Yulieth Magaly Campo Y Jhon Pablo Hincapié por su constante Acompañamiento y su permanente cooperación durante todo mi proceso académico y a mi amigo Yonnier Fernando Gonzales por darme ánimo y motivación.

Yo Francy Vanessa Segura D. quiero dedicar este trabajo primeramente a Dios por ser el centro y guía de toda mi carrera, a mis padres Wilson Segura, Francisca Domínguez, José Rentería y Leonor Moreno por su incondicional apoyo, esfuerzo y entrega para hacer más fácil este camino. A mis hermanos Sara Marcela Segura, Felipe Segura por su colaboración y ánimo. A mis amigos y hermanos Yessenia Angulo y Albert Luis Acosta por su permanente colaboración, palabras de aliento y apoyo económico.

Yo Diana Marcela Vidal Arango dedico este trabajo a Luis Vidal y Lucrecia Arango, mis padres, quienes con su apoyo incondicional y esfuerzo, impulsaron la

elaboración de este trabajo. A mis hermanas y a mi novio Luis Guillermo Tejada quien me ha dado fuerza para continuar y finalizar mi carrera.

Agradecimientos

Agradecemos a Dios por guiar esta monografía con su sabiduría infinita, y a cada uno de los docentes por la asesoría brindada para la ejecución de este proyecto.

A nuestro asesor Marco Alexis Salcedo le agradecemos profundamente por su dedicación, palabras de fuerza y conocimiento impartido.

A nuestra coordinadora académica Martha Cecilia Zabala, por su asesoramiento institucional.

Al neuropsicólogo Alejandro Botero Carvajal por sus brindarnos sus opiniones y compartirnos material académico.

A la diseñadora gráfica Julieth Magaly Campo por colaborarnos con el diseño de la portada y por sus aportes durante el proceso.

A la Señora Amparo Ramírez por aportar sus conocimientos literarios para la presentación y redacción de la monografía.

Y a Albert Palencia por su ayuda para lograr culminar la presente monografía.

Resumen

El propósito del presente estado del arte es analizar las posturas que diferentes psicólogos han asumido acerca del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad –TDAH–, desde el año 1994 hasta el 2014, con el fin de identificar elementos que brinden alternativas útiles para su diagnóstico y tratamiento desde la Clínica Psicológica. Para ello, se reseñaron sesenta (60) textos indexados, los cuales fueron tomados de diferentes revistas de psiquiatría y psicología de la web.

Entre las consideraciones generales se ha de tener en cuenta:

- Que 20 de los artículos reseñados fueron publicados en los años 2012 y 2013.
- Que el país que más publicaciones tiene con respecto al tema, es España.
- Que las publicaciones más estudiadas fueron las de las psicólogas Ana Miranda Casas y Alejandra Taborda; y
- Que los autores más citados en los artículos son Sigmund Freud y Barkley.
- Que las principales temáticas planteadas en los artículos reseñados son:
 - ✓ Diagnóstico. Aquí se evidencia que la mayoría de profesionales de la clínica psicológica y de la psiquiatría sustentan su diagnóstico en el comportamiento que refieren los adultos que pertenecen al contexto familiar y educativo del niño.
 - ✓ Tratamiento. En esta temática los autores coinciden en que los métodos de intervención psicoterapéuticos más usados son el siquiátrico que se sustenta en el uso de fármacos, y el multimodal o multidimensional que consiste en la integración de varios modelos terapéuticos y en la participación de

diferentes profesionales de la medicina y la psiquiatría, además de la participación activa de familiares y educadores.

- ✓ Rol de la familia. En este aspecto se destaca el hecho de que los padres tienen responsabilidad en la detonación, desarrollo o inicio del TDAH por las inapropiadas prácticas de crianza y autoridad; también, el comportamiento que asumen los padres de los niños diagnosticados puede impactar de forma positiva o negativa su tratamiento y estilo de vida; por tanto, la mayoría de profesionales recomienda participación activa de la familia en el proceso psicoterapéutico del menor.

Palabras clave: diagnóstico, tratamiento, familia, TDAH, manuales estadísticos, psiquiatría, autores, propuestas, análisis.

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| Introducción..... | 8 |
| Planteamiento del problema..... | 11 |
| Justificación..... | 19 |
| Objetivos..... | 20 |
| Marco teórico | 21 |
| Marco Metodológico | 28 |
| 1. Presentación de Resultados | 29 |
| 1.1 Consideraciones generales..... | 29 |
| 1.1.1 Años de publicación..... | 30 |
| 1.1.2 Países en los que se publicaron | 33 |
| 1.1.3 Principales temáticas planteadas por los autores..... | 43 |
| 1.2 Diagnóstico del TDAH | 45 |
| 1.2.1 Principales críticas y sugerencias con respecto a la Metodología usada para el diagnóstico..... | 52 |
| 1.3 Tratamiento del TDAH | 55 |
| 1.3.1 Tratamiento psiquiátrico..... | 57 |
| 1.3.2 Tratamiento multidimensional o multimodal..... | 58 |
| 1.3.3 Tratamiento psicoanalítico..... | 60 |
| 1.3.4 Críticas y sugerencias..... | 61 |
| 1.4 Rol de la Familia en el TDAH..... | 62 |
| 1.4.1 Responsabilidad de los padres de los niños con TDAH | 65 |
| 1.4.2 Comportamiento de los padres ante el niño Diagnosticado con TDAH | 71 |
| 1.4.3 Sugerencias..... | 76 |
| Discusión..... | 78 |
| Conclusiones..... | 84 |
| Referencias bibliográficas..... | 86 |
| Anexos..... | 96 |

Introducción

En este estado del arte se presentan los resultados correspondientes al análisis de las diferentes posturas que, desde el año 1994 hasta el 2014, los psicólogos han mantenido acerca del TDAH. Se han identificado elementos que brindan alternativas para el diagnóstico y tratamiento del TDAH desde la clínica psicológica a partir de la reseña de sesenta (60) textos indexados, los cuales en su mayoría fueron publicados en España entre los años 2012 y 2013.

Los temas de mayor relevancia fueron: en primer lugar, el diagnóstico que permitió presentar los actores implicados y los criterios utilizados para efectuarlos; en segundo lugar, los tratamientos que se vienen utilizando según las diferentes disciplinas de la clínica psicológica y la práctica psiquiátrica; y en tercer lugar, el rol de la familia, tratando aspectos como la responsabilidad que tienen los padres de niños con TDAH, el comportamiento que presentan o deben presentar los padres de estos niños, y algunas de las sugerencias de diferentes profesionales de la clínica psicología sobre el rol de la familia en los menores diagnosticados.

En el primero, se evidenció que los actores con mayor participación en el diagnóstico de TDAH son la familia y las personas del entorno educativo –la escuela–, por la gran implicación que, según los autores, el trastorno tiene en estos contextos. Por esta razón los aportes (el decir) de los padres, familiares, docentes, directivos, tutores, etc., suelen ser trascendentales y sobrevalorados por los profesionales en el momento de efectuar el diagnóstico; los profesionales de la psicología psicoanalítica, han criticado

constantemente la realidad diagnóstica, ya que el sentir (el decir) del niño queda relegado, y solo es tenido en cuenta el síntoma, haciendo de un comportamiento algo patológico, por no realizar un análisis profundo de los criterios del manual de psiquiatría –DSM-IV. En cuanto a la importancia del diagnóstico, las opiniones han contrastado de una disciplina a otra, mientras la psiquiatría, la neuropsicología y algunos representantes de la psicología cognitiva- conductual han argumentado que la importancia radica en la posibilidad de brindarle un tratamiento adecuado y de forma temprana al menor; la psicología psicoanalítica y otros autores de la psicología cognitiva consideran que es solo una forma de controlar el comportamiento del menor a través de fármacos que modulan la conducta, pero que no solucionan las condiciones que hacen que se manifieste este comportamiento en el niño.

En relación con los tipos de tratamiento, se evidenció que el más utilizado para tratar el TDAH en niños, es el tratamiento psiquiátrico cuya prioridad ha sido el uso de fármacos para regular la conducta (calman el síntoma), además de implementar dicho tratamiento con una intervención terapéutica integral, donde se incluye algunos aspectos familiares y psicosociales; en cuanto a lo referente a la terapia multidimensional o multimodal es una integración de todas las disciplinas terapéuticas para lograr una adecuada regulación de la conducta del niño, con la participación del grupo familiar, la intervención escolar y la posibilidad del uso de fármacos, acompañado de un programa de intervención cognitivo/conductual y emocional, con el objetivo de controlar el síntoma del TDAH., en cuanto al tratamiento psicoanalítico el síntoma hace parte del malestar del individuo.

En lo que corresponde al rol que desempeña la familia, fue notable que gran parte de los diagnósticos de TDAH en los niños, está relacionado con la responsabilidad que tienen los padres por la forma en la que han implementado los diferentes tipos de disciplina – autoritaria, permisiva y sobreprotectora–, detonando la aparición del trastorno, especialmente si existe una predisposición biológica o genética del mismo. De la misma manera, se encontró que el diagnóstico del TDAH altera en sobremanera la dinámica familiar, transformando los métodos tradicionales de crianza, haciendo de estos niños el centro de atención familiar, donde una de las principales características que se tienen en cuenta en estos cambios es la coherencia entre los padres, donde ambos deben acordar los criterios de crianza del menor, especialmente en lo relacionado con las normas y/o deberes, permitiéndole al niño organizar su mente con el mundo exterior; otro de los hallazgos mostro que las relaciones vinculares entre padres e hijos han sido determinantes en el desarrollo del trastorno e incluso en el tratamiento de este; por lo que muchos autores sugirieron resaltar lo trascendental del papel coterapéutico de la familia y su participación en el tratamiento del niño, definiendo la pautas comportamentales con el ejemplo y la comunicación activa.

Planteamiento del problema

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad –TDAH– ha causado polémicas a través de los años, debido a la metodología utilizada por la comunidad psiquiátrica para tratar o diagnosticar dicho trastorno, lo que abre un amplio camino para la

investigación y la discusión de un número considerable de profesionales, en el campo de la clínica psicológica y el ámbito social. Una de las problemáticas más relevantes del TDAH, ha sido sobre el tratamiento farmacológico y los estigmas sociales a los que son sometidos los menores diagnosticados, lo cual se resaltaré en el presente apartado.

Para efectos de esta monografía, el año 1994 tiene gran relevancia, puesto que es el momento en que comienza a tomar fuerza el conocimiento que hoy tenemos sobre TDAH, el cual alcanza su nombre en el DSM-IV. Antes de esto el TDAH, era conocido con múltiples nombres; tan solo entre 1956 y 1994 y el 2000, algunos autores y manuales diagnósticos le otorgaron los siguientes nombres:

Tabla 1

Recorrido histórico del TDAH

| Año | Autor | Referencia |
|-------------|------------|--|
| 1956 | Hoff | Trastorno Hipercinético |
| 1960 | Chess | Trastorno Hipercinético |
| 1968 | DSM-II | Reacción Hipercinética de la Infancia |
| 1972 | Duoglas | Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad |
| 1975 | CIE-9 | Trastorno Hipercinético de la Infancia |
| 1980 | DSM-III | Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad |
| 1987 | DSM-III-TR | Déficit de Atención con Hiperactividad |

| | | |
|------------------|--------|---|
| 1972 | CIE-10 | Trastorno de la Actividad y de la Atención (en Trastornos Hiperkinéticos) |
| 1994/2000 | DSM-IV | TDAH |

Tomado del artículo de González y García, 2010, El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica, (p. 10).

En 1994 con el DSM-IV, toma forma el TDAH e incluye en su diagnóstico síntomas que van más allá de la hiperactividad y la inatención, tales como: agresividad, trastorno opositor desafiante, déficit cognitivo y alteraciones del lenguaje, la memoria, la inteligencia, etc., es “un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar” (DSM-IV, 1994), algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención pueden aparecer antes de los 7 años de edad; los problemas relacionados con los síntomas, se considera que se han expresado en áreas como la escuela, la vida cotidiana en el ámbito familiar, siendo manifestaciones válidas del mismo, el descuido en las tareas escolares por no poseer suficiente enfoque, y dificultades en el mantenimiento atencional en una tarea hasta completarla. En cuanto a las manifestaciones de la hiperactividad incluyen un gran número de conductas como: inquietud, hasta tal punto de no poder estar sentado, exceso de saltar o correr en situaciones inadecuadas, habla excesiva e imposibilidad para disfrutar de la actividad lúdica. En cuanto a las manifestaciones de la impulsividad se consideran: la imposibilidad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas antes que las preguntas hayan sido completadas, dificultad para esperar turno, interrumpir frecuentemente a otros hasta el punto de provocar problemas en espacios sociales, académicos o laborales.

Ahora bien, en el ámbito social se le exige al profesional, encargado de tratar a un menor hiperactivo, impulsivo, o con dificultades atencionales, la solución inmediata al problema. Por lo tanto, el menor que presenta la sintomatología del TDAH es remitido al psiquiatra, quien después de un proceso valorativo, dicta un diagnóstico guiado por los criterios establecidos en el manual de psiquiatría DSM-IV, con el fin de ejercer determinado control en el comportamiento del menor, mediante el uso de medicamentos farmacológicos que modifican su conducta.

Al seguir este orden surgió la siguiente pregunta, ¿qué implicaciones tendría el hecho de diagnosticar y medicar a un menor con el fin de regular su comportamiento? Como lo propone el autor Díaz, E. en su artículo *Los intratables de la conducta*, hay dos tipos de conflictos que nacen a partir de la frustración ocasionada ante la falta de comprensión o del trato hacia el niño o adolescente con posible TDAH. El primer tipo de conflicto, y es en el que se hará mayor énfasis, “es el de los adultos, que quieren el control de los adolescente para hacer de ellos hombres adaptados al mundo (a su mundo)”. Díaz, E. (2008). p. 2. “Y el segundo es la de los adolescentes que intentan zafarse de ese control y construir el suyo propio”. Díaz, E. (2008). p. 3.

Los adultos desean ver niños y adolescentes que cumplan a cabalidad con las exigencias impuestas por la sociedad y que encajen herméticamente en este espacio, razón por la cual los adultos buscan la salida más rápida para controlar el comportamiento del menor como, por ejemplo, enviarlo al psiquiatra y medicarlo para dar solución inmediata al problema, creando una etiqueta como identidad en el niño.

“El orden de determinaciones se invierte. Ya no se trata de que un niño tiene tales manifestaciones sino que a partir de las manifestaciones se construye una identidad que se vuelve causa de todo lo que le ocurre dejándolo encerrado en un sin salida”. Janin, B. 2006. p. 1.

Este es un tema indispensable y de gran impacto para el desenvolvimiento social del niño; el diagnóstico de Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad –TDAH–, generalmente se basa en un cuestionario que especifica el comportamiento “ideal” de un niño o niña en etapa escolar, dejando de lado la importancia del contexto y sin tener en cuenta la opinión o el decir del niño, que es quien debe llevar a sus espaldas la etiqueta del diagnóstico. En pocas palabras, los criterios le proporcionan al sujeto una identidad, y esta identidad en compañía del tratamiento sugieren un alivio a las personas que se encuentran formando parte del desarrollo del niño, pero, a su vez, le crea efectos síquicos que pueden llegar a perjudicar su relación con la sociedad. Como lo menciona en uno de sus artículos Janin, B. (2006). “Así, hay nenes que dicen: "Yo soy ADD¹", perdiendo el nombre propio y adquiriendo una identidad prefigurada, que lo unifica en la invalidez y en la dependencia de un fármaco”.

Pero ¿qué función cumple el diagnóstico y el uso de fármacos en la formación de una nueva identidad en el niño?, ¿por qué el uso de los fármacos ha entrado en conflicto con algunos de los campos de investigación como el psicoanálisis?, ¿por qué el tratamiento psiquiátrico, se considera como una de las principales problemáticas?

¹Siglas del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad en Inglés.

Todo lo dicho lleva a pensar en una sociedad que exige como método rápido y eficaz en la práctica psiquiátrica el uso del tratamiento farmacológico, que es otra de las grandes polémicas que se presentan alrededor de este tema, en el que el padecimiento psíquico por el que debe transitar el niño que es diagnosticado con TDAH es anulado.

En primer lugar, el diagnóstico que se le practica al niño y los fármacos que se le suministran, se adhieren a su identidad como una estampilla que lo diferencia de los que son considerados “normales” ante la sociedad, lo cual puede llevarlo al alejamiento del resto de los niños; en este sentido se presentaría una ambigüedad en el objetivo del tratamiento psiquiátrico; se quiere un niño socialmente aceptado, pero el diagnóstico y tratamiento lo hace diferente de los demás niños, razón por la que algunos de estos menores se alejan de su grupo social y son víctimas de las burlas y los comentarios de las personas de su entorno, incluso de sus compañeros de escuela.

En segundo lugar, la práctica psicoanalítica suele contrastar con la práctica psiquiátrica, debido a que en el psicoanálisis se le da mayor prioridad a la subjetividad del paciente, mientras que la psiquiatría se centra en los aspectos biológicos y sociales que enmarcan el trastorno del paciente, en este caso del niño o niña, antes que verlo como un sujeto con grandes ventajas.

Al tratar el TDAH con fármacos, no solo se presentan problemas a nivel de la construcción síquica del niño; también hay consecuencias de orden biológico que interfieren en el desarrollo del sujeto.

En cuanto a las implicaciones biológicas que tienen los fármacos, existe en Colombia una ley que apoya la protección de niños con TDAH; “la Ley 216 del 2009, por medio de la cual se establece el régimen legal de protección integral de los niños, niñas y

adolescentes que padecen el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad – TDAH–, (ley instaurada por el congreso de Colombia), plantea como uno de los derechos establecidos para los niños, niñas y adolescentes con este tipo de trastornos, artículo 381. Suministro al menor. Penas aumentadas por el artículo 14 de la Ley 890 del 2004, a partir del 1 de enero del 2005. El texto con las penas aumentadas es el siguiente: El que suministre, administre, induzca, incite, facilite o propicie el uso de antidepresivos, sustancias psicoactivas o droga que produzca dependencia a un menor, incurrirá en prisión de noventa y seis (96) a doscientos dieciséis (216) meses”. Igualmente se aplicarán las penas anteriores a quien prescriba dichas sustancias como mecanismo para resolver trastorno de conducta, atención y aprendizaje escolar del menor sin el consentimiento informado y responsable de los progenitores.

De lo anterior, se destacó que si el metilfenidato o Ritalina es un medicamento que tiene como función, liberar o inhibir la acción de algunos neurotransmisores reguladores de la conducta para así mejorar los síntomas que crea el TDAH, también tiene propiedades que crean dependencia, lo que permite preguntarse ¿por qué a pesar de conocer las implicaciones síquicas y biológicas que genera este medicamento, no se ha abolido su uso?

También es urgente resaltar que si los medicamentos que han sido legalizados con el fin de tratar el TDAH, actúan directamente en la modificación de la conducta del niño o niña, se podría suponer que el sujeto deja de ser, debido a que no actuaría bajo su propio dominio sino por el dominio impuesto por otro en la acción de dichos medicamentos. Otra de las problemáticas que se han presentado a raíz del TDAH, es la forma en cómo se concibe, es decir, ¿es el TDAH un trastorno biológico o psicosocial?

Según Richard E. Vatz (1993), "El Trastorno por Déficit de Atención –TDA– no es una enfermedad, como tampoco lo es la ‘excitabilidad’. Es un término psiquiátrico pseudomédico”, por tal razón, desde la clínica psicológica, se ha propuesto otra lectura para TDAH, usando la escucha clínica, y una revisión que signifique una alternativa para los niños a los que se les acomodan los rótulos diagnósticos y los tratamientos farmacológicos, razonándola como un fenómeno permanente, el cual le podría dar lugar a un sentido que contraste con el de las clasificaciones diagnósticas impartidas por la psiquiatría.

Toda esta recopilación de información que se hizo sobre el TDAH, muestra el gran impacto que ha ocasionado no solo bajo la mirada del niño, sino también en la perspectiva de los profesionales, además de tener como base las cifras elevadas que se dan acerca de los niños diagnosticados con este trastorno. En el proceso del desarrollo de esta monografía se trabajaron con mayor relevancia temas que se han quedado cortos en los aspectos que definen e intervienen en la aparición y desarrollo del trastorno, y que son de vital importancia para analizar el TDAH.

No es de extrañarse que este tema haya causado tantas polémicas a nivel social, psicológico, personal etc. El TDAH es un trastorno que no solo implica el estudio del comportamiento del niño en las áreas ya mencionadas, sino que se debe ir más allá, a la historia del sujeto y la época en la que vive, como también pensar sobre la existencia del TDAH como un trastorno o más bien como una formación estructural del individuo que no puede ser curada, es decir, que este trastorno no es considerado como tal, sino que los diversos comportamientos del individuo provienen de su formación síquica.

En el curso de la anterior discusión, el problema de investigación que se desarrolló es en torno a esta pregunta:

¿Qué análisis se han realizado desde la clínica psicológica a partir del año 1994 hasta el 2014 sobre el trastorno de déficit de atención con hiperactividad en niños?

Esto supone evaluar la manera cómo concibe la disciplina clínico-psicológica desde su saber, los procesos de intervención y los criterios diagnósticos usados por la psiquiatría para el Trastorno por Déficit Atención con Hiperactividad –TDAH– en niños de 6 a 12 años de edad y su desarrollo psicosocial.

Justificación

En las investigaciones realizadas acerca del TDAH y el planteamiento teórico de algunos profesionales del oficio, se propone desde la clínica psicológica, alternativas de tratamientos para el TDAH diferente del método psiquiátrico empleado para tal fin.

Teniendo en cuenta que a pesar de que el tema ha sido tratado por muchos psicólogos y que se encuentra un número significativo de investigaciones de las cuales se pueden tomar elementos necesarios para plantear otra forma de diagnosticar y tratar el TDAH, surge la trascendental pregunta acerca del porqué el tratamiento farmacológico es más indispensable que otros tratamientos.

La elaboración de esta monografía fue de vital importancia para el campo de la psicología, ya que a partir del análisis realizado se pueden derivar discusiones y sugerencias de las cuales muchos profesionales pueden tomar elementos conceptuales para el planteamiento de algunas alternativas en la intervención.

Por medio de la elaboración de este trabajo se dio a conocer cómo algunos psicólogos, desde sus diferentes áreas, han planteado si en realidad estos análisis están en favor o en contra de la postura psiquiátrica, y asimismo establecer que se puede derivar de las conclusiones, explicaciones que favorezcan a la sociedad, teniendo en cuenta que las críticas que se han hecho acerca del TDAH desde la psicología clínica, especialmente la psicoanalítica, plantean más un acercamiento al niño desde su mundo interno, que siente y piensa realmente. En pocas palabras, en esta monografía se plantean alternativas de intervención, a las cuales pueden acogerse profesionales del campo de la psicología, con el fin de favorecer al individuo en su relación con el medio.

Objetivos

Objetivo general

Investigar las posturas propuestas por diferentes psicólogos desde el año 1994 hasta el 2014 acerca del TDAH, identificando elementos que permitan brindar alternativas útiles para el diagnóstico y tratamiento del TDAH desde la clínica psicológica.

Objetivos específicos

- Analizar la comprensión teórica que desde la clínica psicológica se ha desarrollado sobre el TDAH.
- Identificar algunos de los análisis teóricos, sugerencias o avances que han hecho los psicólogos sobre el tema.

- Crear conciencia sobre la responsabilidad que deben asumir las personas que interactúan en el entorno del menor afectado por el TDAH.

Marco teórico

En una exploración histórica sobre el TDAH, se encontró que en 1902, en los estudios del médico pediatra inglés George Still, se documenta por primera vez y de forma científica, la presencia de inatención, impulsividad e hiperactividad en niños, tomando como factor primordial, en su observación, la intranquilidad motora (Quinn, 1997 en Pinochet & Velázquez, 2012). “El Dr. George Still, estudió los síntomas de hiperactividad en niños con daño cerebral, lo que usó para argumentar la hiperactividad como una alteración neurológica; en 1947, respecto de la misma problemática, otros estudios médicos, argumentaron que el trastorno por hiperactividad estaba provocado por un factor externos, impropios a la genética del niño” (Pinochet & Velázquez, 2012, p. 11).

En la década de los cincuenta, cuando empieza a establecerse tratamiento farmacológico para el TDAH, el psiquiatra infantil Maurice Laufer y el neuropediatra Eric Denhoff caracterizan este fenómeno como un síndrome médico, efecto de un déficit en las estructuras subcorticales del tálamo que ejercen una función homeostática y mantienen conexiones con el sistema límbico que regula la expresión emocional” (Beltrán, García & Hernando, 1999, p. 13 por Pinochet & Velázquez, 2012, p. 10).

En la década de los setenta, el déficit de atención comenzó a cobrar interés aun más que la hiperactividad, y fue en este momento histórico, cuando las investigaciones

realizadas dieron como resultado, la edición de manuales, la aparición de publicaciones especializadas entre otras. Es aquí cuando “los trabajos como el de Virginia Douglas y de su grupo de la Universidad de McGill fueron decisivos para acuñar los términos de Trastorno por Déficit de Atención –TDA– con o sin hiperactividad” (Douglas, 1972 por González y García, 2010. p. 7). En 1972, Douglas sistematizó los criterios diagnósticos para el TDAH, describiéndolos como: inestabilidad motora, escasa atención, problemas para mantenerse sentados y dificultad en el control de sus impulsos, como se dijo anteriormente, síntomas que seguramente están presentes desde la primera infancia y no manifiestan porque lo impide la ligereza en las normas de hogares disfuncionales. Es importante enfatizar que en esta clasificación diagnóstica, los síntomas de TDAH están presentes en el hogar y en el colegio. (Douglas, 1972, en Beltrán y Cols, 1999).

En los años ochenta al pasar del DSM-II al DSM-III la comunidad psiquiátrica, realizó un reajuste en el diagnóstico del TDAH, en el DSM-II, la inestabilidad motora era parte fundamental para el diagnóstico del trastorno; ya en el DSM-III, la inestabilidad motora deja de ser un síntoma significativo, y se le da mayor valor sintomático a la impulsividad y a la inatención (APA, 1972); en 1994, en el DSM-IV, no solo se le da poca importancia a la inestabilidad motora, sino que se le excluye de los juicios diagnósticos del TDAH (APA, 1995), y se le da mayor valor sintomático a la impulsividad y a la inatención (APA, 1972).

Antes de realizar cualquier cambio en los criterios del TDAH, en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de psiquiatría, diversos investigadores trazaron discusiones en la validez diagnóstica; entre ellos el Dr. Jean Bergés realizó dos críticas esenciales: la primera, consistió en que “el

síntoma de la incontinencia motriz, no es parte del síndrome en el DSM- IV, cuando fue aquel quien permitió crear el síndrome”, la segunda, fue “el problema de la frecuencia” (Bergés, 1999 en Pinochet y Velázquez 2012. p. 11).

El profesor y psicoanalista Roger Misés de la universidad de París, fue quien inspiró y promovió entre las décadas del cincuenta y sesenta, la política de sectorización de la psiquiatría infanto-juvenil en Francia; partidario de una aproximación abierta, dinámica y de infusión psicoanalítica de la patología mental del niño, se ocupó desde los años ochenta del movimiento del DSM. En cuanto al TDAH, él creía que estaba instituido sobre una recopilación de síntomas infundados y exhortaba a una etiopatogenia reductora que descansa sobre un modelo psicofisiológico que lleva al uso arbitrario y privilegiado de medicamentos como la Ritalina o también llamado Metilfenidato, evidenciando la presencia de una comorbilidad –padecimiento de diversos trastorno o enfermedades– en la mayoría de los casos, pero también aclaró que se debe tener en cuenta que no se ha inspeccionado el dominio que los inconvenientes agrupados pueden desplegar sobre la determinación y las expresiones clínicas del síntoma. Como consecuencia, enfatizó en que las características del entorno familiar, escolar y social suelen ser interpretadas como objeciones a las manifestaciones sintomáticas del niño, nunca como factores involucrados en la producción de los mismos. (Misés, R, 2001, en Janin, 2006, p. 4).

Con base en lo anterior y desde la disciplina psicoanalítica sustentada por el autor, se concluye que la reincidencia en el diagnóstico del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad –TDAH– conlleva confusión con otras patologías psiquiátricas. Es así como se percibe que solo en Colombia se presenta un incremento porcentual de niños

desatentos e hiperactivos, en el cual se registró un 8,2% en años anteriores al 2001, pasando a un 16% en años posteriores (Revista de Salud Pública, 2012).

Con este sobrediagnóstico, viene el tratamiento con el uso de fármacos lo que posiblemente se deriva del concepto que se tiene del TDAH. En algunos países como en EE.UU., es considerado un trastorno biológico que, como ya se mencionó, es tratado en mayor medida con medicamentos reguladores de la conducta como la Ritalina; pero esta consideración biológica no surge de la nada, puesto que según las definiciones planteadas por algunos investigadores, dejan claro que:

“EL TDAH es un trastorno de origen neurobiológico de inicio en la edad infantil cuyos síntomas pueden perdurar hasta la edad adulta. Es uno de los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia y representa uno de los motivos más frecuentes de consulta debido a las enormes consecuencias en diferentes aspectos de la vida del paciente” (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2010. p. 5), dan lugar a la práctica psiquiátrica.

Otros países, más específicamente en Francia se considera que el TDAH tiene causas psicosociales o situacionales del entorno del niño. Como bien lo expone la disciplina psicoanalítica, la sociedad en la que se vive está saturada de estímulos a los cuales se debe responder y que el organismo y aun la psique del individuo responden en defensa a esos estímulos que pueden generarle malestar o bienestar. (Misés, Fortineau, Jeammet, Lang, Mazet, Plantada & Quemada, 1988, en Doménech&Ezpeleta, 1995). Desde esta postura, se considera que al hacer uso del DSM solo se consigue diagnosticar el niño con TDAH y medicarlo sin importar la causa de la génesis del trastorno. El manual de

psiquiatría, fue creado con el fin de acomodar los síntomas presentados por un sujeto, para ser nombrados como un trastorno si estos se presentan de la forma en que está establecido en el manual.

Como consecuencia de lo anterior y teniendo en cuenta el incremento en las cifras estadísticas en niños que padecen TDAH, la presente monografía retomó lo expuesto por las disciplinas de la clínica psicológica, que ofrecen otras formas de ver el trastorno, diversos estudios y/o salidas diferentes al tratamiento farmacológico.

No hay que negar que la práctica psiquiátrica es un alivio transitorio para muchas personas encargadas de los niños con TDAH, pero es necesario tener presente que en el proceso del desarrollo del niño, se presentan comportamientos que conllevan determinadas aptitudes y/o actitudes, ya sea para reclamar atención, para demostrar su capacidad, o con el fin de sentirse aceptado, entre otros tipos de razones que no tienen ninguna relación con la biología del sujeto, como para que merezcan ser medicados de determinada forma y así modelar su conducta.

Es en este aspecto en el que la clínica psicológica interviene desde sus diferentes áreas, ofreciendo nuevas alternativas para una mejor evaluación, diagnóstico y tratamiento del TDAH, donde únicamente no se tengan en cuenta los síntomas visibles del niño, sino también su sufrimiento, las dinámicas al interior de la familia, colegio, etc.

Para Freud (Proyecto de una psicología para neurólogos-1985) lo peor es detenerse en el síntoma; lo que importa es el historial del paciente, puesto que el síntoma, en este caso el TDAH, es solo una fracción del padecimiento, que parte de los recuerdos que no son conscientes, que están guardados detrás de esos componentes de la conciencia (lo

inconsciente), trayendo consigo una cadena de significados, “tratando de hacer enganche con aquello que el yo ha separado de la conciencia, donde el síntoma tiene dos pasajes: Allá y entonces – Aquí y ahora”. (Freud, 1985 en Calderón, 2012).

La intervención de la psicología y el psicoanálisis carecen de importancia para la ciencia médica, siendo estas disciplinas las que pueden explicar cómo un individuo en proceso de estructuración y construcción psíquica influenciado por el contexto y el entorno puede originar este trastorno.

Con el fin de buscar explicación a la génesis de dicho trastorno, en las áreas de la clínica psicológica, y haciendo un trabajo conjunto, se crearon alternativas como la Terapia cognitivo-conductual, que “Desde el paradigma explicativo cognitivo-conductual, el énfasis está localizado en el rol de las auto verbalizaciones como instrumentos mediadores que sirven de guía en la actuación, regulando y controlando la conducta”. Bugueño, M. y Pardo, J. (2007). p. 40.

“Una característica de esta aproximación terapéutica conductual ampliamente usada, incluye la colaboración de padres y maestros. Los terapeutas entrenan a padres para usar economías de fichas, atención positiva para las conductas apropiadas, y tiempo fuera u otros castigos por los incumplimientos”. Bugueño, M. & Pardo, J. (2007). p. 41.

Todo lo expuesto anteriormente, evidencia que los niños tienen opciones de mejoras, distintas de la medicación –que pueden terminar causándoles daño neurológico, cardiaco y emocional– siendo estas opciones una forma de inclusión a la terapia, permitiéndole al menor decir algo sobre el síntoma, más que ver el síntoma como el todo. También argumentan los autores que la medicación por sí sola no es completa si no se

trabaja junto con un programa multidimensional, el cual integra familia, escuela y profesionales de la salud. Loro-López, M., *et al.*, (2009):

En el contexto multimodal, no se debe olvidar que los tratamientos farmacológicos son casi siempre necesarios, pero casi nunca suficientes. Para realizar el abordaje integral del paciente hay diferentes tratamientos psicoterapéuticos útiles para el tratamiento del TDAH, como el tratamiento cognitivo-conductual, las técnicas de relajación, el neurofeedback, la psicoterapia y la estimulación cognitiva [56], sin olvidar las intervenciones específicas sobre las comorbilidades, como son el apoyo psicopedagógico que muchos de estos pacientes con discapacidades específicas del aprendizaje necesitan. Todo ello, insistimos, sobre una planificación de tratamiento global, en la que no hay que olvidar las intervenciones psicoeducativas, familiares [50] para informar, asesorar, enseñar y apoyar. (p. 263).

En consideración a lo mencionado, se analizarán las diferentes propuestas transferidas por los autores acerca del TDAH, contando en la presente monografía con la participación de las diferentes áreas de la psicología, para un amplio y detallado conocimiento que ofrezca herramientas o datos trascendentales para el estudio del TDAH.

Marco metodológico

Para la elaboración de esta monografía se utilizaron como base teórica: 60 artículos de revistas indexadas obtenidas de la base de datos de bibliotecas y encontrados en la Web

(ver anexos). Se seleccionaron textos con información acerca de cómo se ha concebido el tratamiento y diagnóstico del TDAH, para la selección de los artículos y se establecieron los siguientes criterios:

- Artículos de revistas indexadas.
- El tema central del texto debe ser el TDAH o hacer alusión a este.
- Los artículos deben estar dentro de los años establecidos en la monografía, que es de 1994 hasta el 2014.

Para el registro de datos, se plantearon tres categorías de análisis.

- Datos generales: en esta categoría se hizo un registro del autor del artículo, título, disciplina y área desde donde se trabaja el tema del TDAH, tipo de texto y palabras claves.
- Estructura central del artículo: en esta categoría se registran datos como tema central, problemática que plantea el autor, arquitectura del texto, conceptos asociados al tema, autores utilizados para el análisis, críticas y sugerencias que proponen los autores, aspectos importantes que hay que destacar en relación con el tema por tratar, en este caso el TDAH, y conclusiones.

Para el desarrollo del tema, se identificaron cuatro categorías que sirvieron como base para el análisis sistemático de los resultados. Estas categorías son: Consideraciones generales, diagnóstico, tratamiento, y el rol de la familia.

1. Presentación de resultados

En las observaciones de los sesenta artículos, se identificaron cuatro categorías que permitieron ampliar el marco de discusiones, y se expusieron como la temática central de los autores aquí propuestos. Las categorías que se han de analizar son: 1) Consideraciones generales, 2) Diagnóstico, 3) Tratamiento del TDAH y 4) Roll de la familia.

1.1. Consideraciones generales

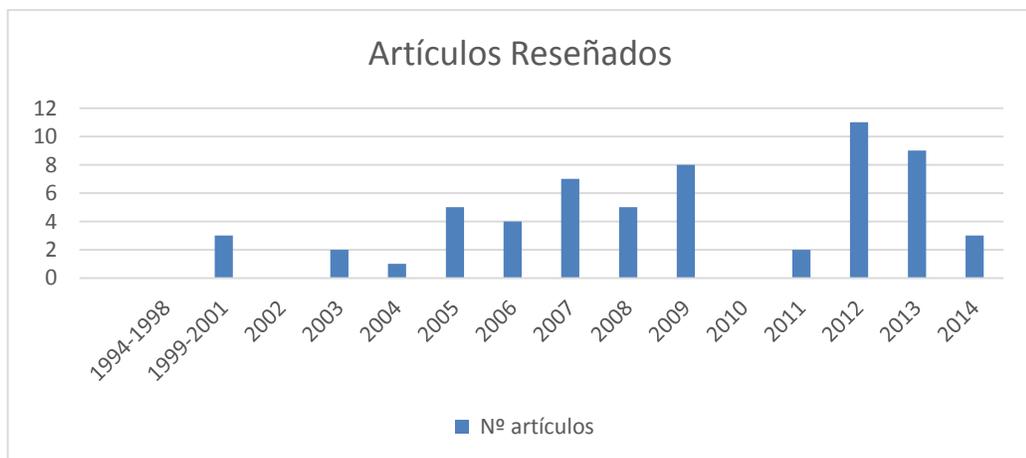
Dentro de las consideraciones generales se identificó una serie de datos propicios para el análisis del trastorno; uno de ellos guarda relación con el número de artículos publicados por año.

1.1.1. Años de publicación

Los resultados obtenidos a partir de los años de publicación fueron:

Tabla 2

Artículos publicados por año



Todos los resultados aquí expuestos se realizan teniendo en cuenta los 60 artículos seleccionados para la elaboración de la presente monografía.

- En el primer análisis realizado a partir de la tabla N° 2, se puede observar que desde el año 1994 hasta 1998 no se hallan artículos publicados acerca del TDAH, lo cual evidencia que no fue en este lapso el principio del proceso histórico del TDAH.
- Desde el 2003 hasta el 2009 hay un ascenso significativo de artículos publicados.
- En el 2010 no se encuentra ningún artículo, y en el 2011 se observa un total de dos artículos.
- Es entre los años 2012 y 2013 donde se presenta un aumento significativo de artículos publicados.

En relación con los datos obtenidos y al realizar la respectiva revisión teórica e informativa con el fin de encontrar una explicación válida que justifique los resultados o parte de ellos, se observó que cada uno de los datos habla acerca del recorrido histórico del trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

Durante el estudio del TDAH se presentada una serie de modificaciones para ser categorizado como patología; la categorización nace en la década de los setenta como lo menciona Mas, C. (2009). “Aunque es conocido desde el siglo XIX, su categorización como patología no se produce hasta la década de los setenta del pasado siglo” (p. 2).

Esta falta de reconocimiento como patología y los múltiples cambios en su nombre y diagnóstico a través de los años, explicaría la ausencia de artículos publicados entre los

años 1994-1998, que es el primer resultado obtenido de la tabla estadística. Es solo en el año 1995 donde el TDAH empieza a ser reconocido como patología, “En 1995 con el DSM IV, toma forma el TDAH, incluyendo en su diagnóstico síntomas que van más allá de la hiperactividad y la inatención” (González & García, 2010. p. 10).

Siendo así, se podría suponer que la ausencia de artículos reseñados entre los años 1994 y 1998 se debe a este período de reconocimiento del trastorno; pero ya vinculado el TDAH en el manual diagnóstico como patología, se empieza a notar que la prevalencia del trastorno era muy alta. Según los datos estadísticos, es entre los años 2003 y 2009 cuando aumenta el número de artículos publicados; de acuerdo con esto se menciona:

“La prevalencia del TDAH oscila entre el 3% y el 7% en población general” citado en (APA, 2002) y entre el 10% y en 15% en población clínica” (Vélez, C. & Vidarte, A. 2002. p. 119).

Según Amador, A &Fons, M. (2001), Las cifras en algunos países y por año se ubican de la siguiente forma:

EE. UU., 5-10% (1998 y 2000), Canadá, 3-9% (1989), China, 6-9% (1996), China emigrada a EE. UU., 2-9% (1989), Australia, 1-9% (1999), Brasil, 3-18% (2000), Colombia, 12-20% (1999), Países bajos, 1-3% (1997). Estas son algunas de las múltiples citas que giran alrededor de esta problemática y entre los años en que el número de artículos empiezan a aumentar de forma significativa año tras año, queda en investigación conocer acerca de la ausencia de ese vacío que se ve entre los años 2010 al 2011 y ese aumento revelado en los años 2012 y 2013 que se puede observar en la tabla.

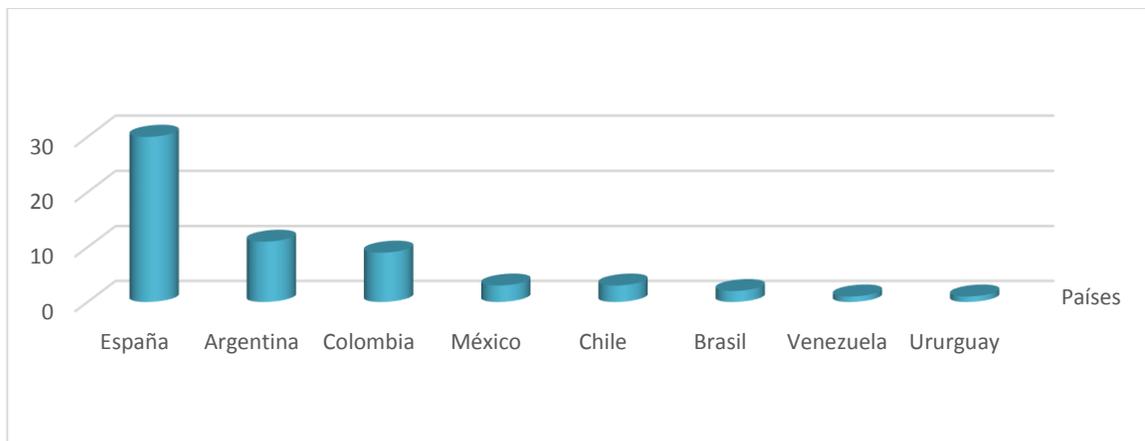
En relación con el aumento significativo del número de artículos y haciendo una revisión en el contenido de cada reseña, se puede notar que es a partir de estos años y también se pueden incluir años anteriores, que se empiezan a inscribir nuevas herramientas de diagnóstico y tratamiento del TDAH, además de notar una mayor participación por parte del psicoanálisis y disciplinas como la antropología y trabajo social, lo que abre una brecha para la publicación de más artículos que amplíen información relacionada con el tema en discusión.

1.1.2 Países en los que se publicaron

En cuanto a los países en los que se hicieron publicaciones se halló lo siguiente:

Tabla No. 3

Países en los que se ha Publicado



- En la tabla No.3 se observa que el mayor número de reseñas publicadas, provienen de España.

- Se observa un número considerable de publicaciones provenientes de Argentina y Colombia.

En los datos arrojados en la tabla se observa que el 50% de los artículos publicados son de España, lo que promovió la búsqueda de información que explicase el por qué se trabaja con intensidad el TDAH en dicho país, de lo cual se observa que:

Una de las problemáticas que actualmente se estudia y trabaja con mayor intensidad en España, es el tema del TDAH y la alta prevalencia observada en los últimos años.

Algunos de los tantos autores que mencionan esta problemática refieren:

“El TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia y representa uno de los motivos más frecuentes de consulta de salud mental infanto-juvenil”. (Lema, S. 2012. p. 2).

Las cifras de niños diagnosticados con TDAH es considerablemente alta, por lo que se deduce que este ha sido el motivo por el cual se trabaja esta problemática en España; dichas cifras van del 4% al 7% de la población española.

Rodríguez, E. (2014) en su artículo “TDAH en cifras” informa:

Los resultados de los estudios sobre la proporción de la población afectada por este trastorno varían en función de los criterios diagnósticos que se establezcan. Sin embargo, en los últimos estudios que presentan una mayor uniformidad de criterios, la prevalencia del TDAH se sitúa en torno al 4% de la población española.

Datos más recientes manifiestan que las cifras son más altas. Según los datos proporcionados por CADAH (2012), fundación Cantabria de ayuda al TDAH, creada por

un grupo de personas en España, “Hace unos años se estimaba la prevalencia del TDAH en el 4-6%, los últimos estudios epidemiológicos dan cifras que rondan el 20% y hasta las más prudentes sitúan la prevalencia por encima del 10%. Fundación CADAH. (2012).

Las cifras estimadas dan cuenta de una problemática que de una u otra forma atrae la atención de los investigadores, quienes dedican gran parte de sus estudios y trabajo social a la causa TDAH. Se dice trabajo social, porque al realizar una búsqueda exhaustiva del trabajo que se hace en España en torno al TDAH se encontró que en este país existen más de 40 instituciones dedicadas al cuidado y educación de niños con TDAH, profesionales, familiares y demás.

La situación en Argentina y Colombia no difiere, pues la problemática que abre brecha a múltiples investigaciones radica en la alta prevalencia del TDAH.

En algunas publicaciones provenientes de Argentina, se menciona:

Nuestra práctica clínica, desarrollada en el ámbito público y privado en la Ciudad de San Luis (Argentina), nos ha demostrado que el mayor número de consultas por niños, especialmente varones son solicitadas por dificultades de aprendizaje que con frecuencia se acompañan de un diagnóstico previo de TDAH. (Taborda & Abraham. 2007. p. 3).

En Colombia, estudios revelan que el 8% de los niños son diagnosticados con TDAH en los últimos 10 años. A partir de estos datos, se concluye que la problemática que mueve a estos países al estudio e investigación del TDAH es la alta prevalencia, lo que queda en consideración es investigar el por qué hay una mayor cantidad de artículos publicados en España, Colombia y Argentina en relación con los demás países.

Las cifras representativas de la realidad Colombiana revelan que la prevalencia del TDAH en este país, en el que se estima que hay un 8,2% de niños entre los cinco (5) y doce (12) años de edad diagnosticados, que afecta con mayor frecuencia a los hombres a razón de cinco (5) a uno (1) con respecto a las mujeres. (Revista de Salud Pública, 2012).

1.1.3 Principales temáticas planteadas por los autores.

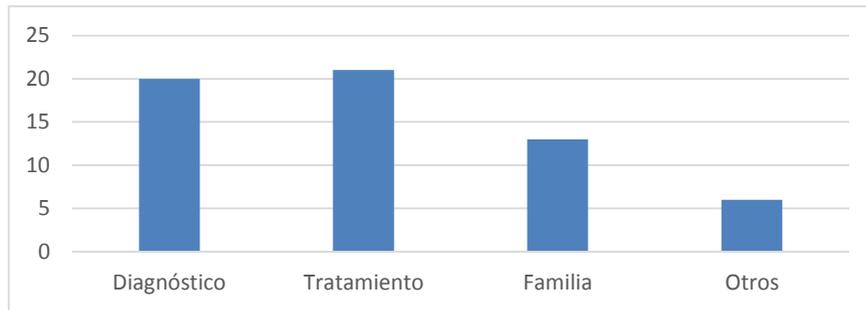
A continuación se expondrán las principales temáticas planteadas a lo largo del desarrollo de los artículos seleccionados, para la elaboración de la presente monografía. Las discusiones, estudios y aportaciones hechas por los diferentes autores tienen como objetivo principal, mejorar los procesos de diagnóstico y tratamiento del TDAH, considerando aspectos importantes como el estudio de los distintos entornos del niño.

A. Miranda, S. Jarque, M. Soriano, en su artículo “Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención”, haciendo un rastreo histórico de los diferentes abordajes de los que ha sido objeto el TDAH como ellos lo mencionan, muestran los procesos por los que ha pasado el trastorno y cómo se fueron incluyendo los entornos inmediatos del niño, para la evaluación del mismo.

Según este razonamiento, las temáticas principales aquí propuestas son el diagnóstico y tratamiento del TDAH, y debido al aporte de diferentes ramas de la Psicología, acerca de la evaluación del entorno del niño, se incluye otra temática (y se podría decir que una de las principales) que es la familia.

Tabla No. 4

Principales Temáticas.



En el diagnóstico: se pretende identificar los criterios diagnósticos señalados en el DSM-IV y la forma en como son tenidos en cuenta por la disciplina psiquiátrica y la clínica psicológica en cada uno de sus campos de aplicación, además de estar al tanto de algunas técnicas de evaluación acogidas para reconocer un comportamiento hiperactivo-desatento como algo patológico; de igual forma mostrar las posturas que tienen cada una de las áreas de la psicología clínica sobre el diagnóstico del TDAH.

En el caso del tratamiento se procura encontrar cuáles han sido los tratamientos más usados por la psiquiatría y la clínica psicológica para tratar a los niños diagnosticados con TDAH, la función que cumple el uso de fármacos y cuáles son los actores que tienen participación en cada una de las formas de tratamiento y qué beneficios o contraindicaciones tiene a largo plazo, así como conocer la opinión que tiene cada área de aplicación de la psicología clínica sobre los métodos para tratar el TDAH en niños.

Y por último, la intención al hablar del rol de la familia es la de identificar la responsabilidad que tiene la familia, en especial los padres, en el desarrollo, detonación y/o aparición del TDHA, al igual que se pretende distinguir cómo el comportamiento que tienen los padres ante los niños diagnosticados impactan en la calidad de vida de la familia

y del menor con TDAH, además de la influencia que esta tiene en el tratamiento; asimismo, se procura resaltar las sugerencias hechas por algunos autores sobre el impacto del contexto familiar en los niños diagnosticados con TDAH.

A continuación, se expondrán detalladamente los resultados encontrados con respecto a cada una de las temáticas.

1.2. Diagnóstico del TDAH

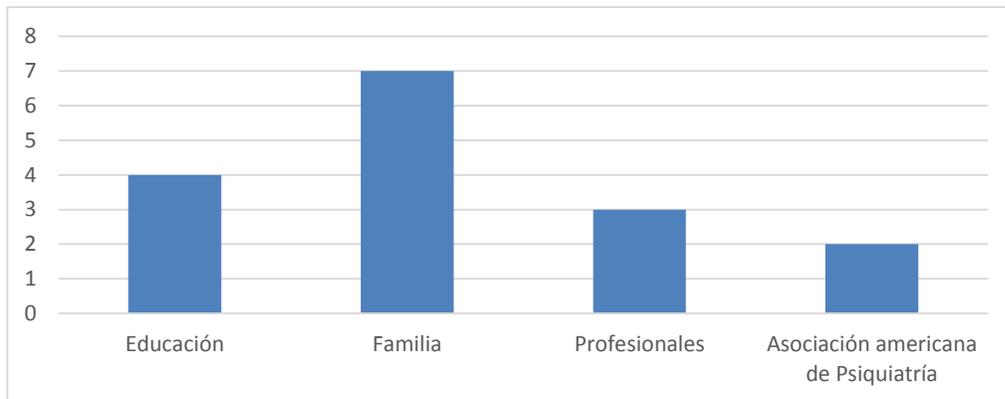
En cuanto al diagnóstico se menciona que “El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad –TDAH– es uno de los desórdenes infantiles más estudiados en los últimos 100 años (Korzeniowsk. C, Ison. M, 2008, p 65). Tanto su alta prevalencia como su influencia en las diferentes áreas de la vida del niño y demás factores, hace que se intensifique su estudio. Lema, S. P (2012) menciona:

Tanto las repercusiones potenciales que tiene sobre el desarrollo personal y familiar de la persona afectada, como el incremento de las consultas médicas (médicos de atención primaria, pediatras, psiquiatras) y de las intervenciones de los equipos psicoeducativos de los centros escolares hacen que sea uno de los trastornos más investigados en los últimos años. (p. 38).

Estos estudios e intervenciones cuentan con la participación de distintos actores que por medio de una serie de instrumentos y técnicas de investigación, proponen diversas alternativas para el diagnóstico del TDAH, y en otros casos los actores tienen como función ser parte de la técnica de intervención para su diagnóstico.

Tabla No. 5

Actores que participan.



Los artículos reseñados revelan que entre los actores que participan en el diagnóstico del TDAH se encuentra la educación, la familia, los profesionales y la asociación americana de psiquiatría, sin dejar de considerar que posiblemente existen más actores que de una u otra forma contribuyen en este diagnóstico.

Apoyándose en los datos presentes en la tabla se puede notar que 11 de los textos reseñados refieren que la educación y/o la familia se muestran como uno de los actores que participan en el diagnóstico del trastorno, además de indicar que el mayor número de artículos, teniendo en cuenta la participación de los demás actores, corresponden a la familia y la educación. Lo que se podría explicar desde el impacto que genera el trastorno en estos contextos.

Acerca de esta afirmación se encontró que autores como Zambrano, E., Martínez, J. A., del Río, Y., Dehesa, M., Vázquez, F. & Zambrano, M., Korzeniowsk. C, &Ison. M. coinciden en que el TDAH causa cierto impacto en cada uno de los espacios de interrelación del menor.

“Los casos de TDAH presentan alteración en dimensiones académicas, relacionales, familiares y clínicas” ((Zambrano, E., Martínez, J. A., del Rió, Y., Dehesa, M., Vázquez, F. & Zambrano, M. 2013, p. 2). De modo similar Korzeniowsk. C, eIson M., muestran los efectos negativos del TDAH en su contexto inmediato.

“Las dificultades de un niño con TDAH impactan en su contexto inmediato, creando desequilibrios y desajustes en sus relaciones interpersonales”. (p. 66).

Otros autores hablan de forma más específica acerca de las alteraciones generadas en los padres de familia y/o adultos. “No hay duda de que los niños con TDAH provocan altos niveles de expresión de emociones negativas en sus padres, esto es, críticas, hostilidad o sobreimplicación emocional, que se asocian con el desarrollo de problemas de conducta en la adolescencia” (Taylor, Chadwick, Heptinstall, y Danckaerts, 1996). Citado en (M, Pinto. V, Meliá. A, Miranda. A, 2009, p. 2).

De las anteriores afirmaciones se podría inferir que la familia y la educación son unos de los actores más importantes que participan en el diagnóstico, por el grado de implicación que estos tienen sobre los diferentes contextos.

Dándole fuerza al anterior enunciado y trayendo a colación las condiciones de los métodos de evaluación, algunos autores informan que uno de los requisitos propuestos en el DSM para el diagnóstico del TDAH consiste en que los síntomas del trastorno se deben presentar en dos o más entornos (casa, escuela, entre otros). “Los síntomas, según criterios DSM-IV-TR2, deben presentarse en dos o más ambientes, antes de los siete años de edad y causar un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral”.

(Villalobosa, J. L., Molinerob, L. R., Martínc, A. S., Redondod, M. G., &Riverae, T. M, 2006, p. 159).

Por tal razón, algunas de las evaluaciones destinadas a dar un prediagnóstico, incluyen el decir de los padres de familia, docentes, directores, tutores, etcétera; autores como Diana Marre, Nadja Monnet y Beatriz San Román, Leavy, P., Carlos Mas, entre otros lo confirman. “Los señalamientos “prediagnósticos” suelen proceder de las más diversas fuentes, desde profesores a padres, familiares o conocidos más o menos informados o con determinada experiencia al respecto, propia o cercana”. (Mas, C. 2009. p. 6).

Así, “El TDAH se diagnostica con base en una serie de pautas conductuales observables, que son registradas por las personas adultas que viven con el niño o niña, en la escuela y en su casa” (Bianchi, 2009, Gorga, 2007). Citado en (Leavy, P. 2013. p. 7).A modo de ejemplo, Sammartino, M., Leavy, P. menciona:

La escuela envía al niño con problemas escolares a centros especializados que diagnostican a partir de un estudio neurológico que no suele dar resultados concluyentes, y cuestionarios que responden padres y maestros: ¿se levanta con frecuencia de su asiento?, ¿le cuesta concentrarse?, ¿cuántas veces ha desafiado al maestro esta semana?, ¿tiene problemas para seguir instrucciones, mandatos o reglas?, etcétera. (Sammartino, M. 2008, p. 4).

Así, los padres de familia, docentes, directores y demás son los encargados de dar testimonios acerca del comportamiento del niño y “A partir de estos datos que agrupan una serie de signos se emite el veredicto: hiperactivo, o bien, trastorno por déficit de atención con hiperactividad” (Sammartino, M. 2008, p. 2).

A modo de resumen, tanto las alteraciones causadas por el TDAH en los distintos entornos (educativo y familiar) como el papel que estos ejercen en el diagnóstico del TDAH los constituyen como uno de los principales actores, ya que tienen como función informar sobre los síntomas visibles que indican un caso de TDAH y a partir de esa información se diagnostica al niño.

En relación con lo dicho y haciendo un trabajo conjunto, se encuentran los profesionales de la salud, que por medio del estudio del TDAH ofrecen evaluaciones, diagnósticos y tratamientos para el trastorno, autores como Lema, S. P, Mas, P., Orrego J., JA. López Villalobos, L. Rodríguez Molinero, AM. Sacristán Martín, M. Garrido Redondo, T. Martínez Rivera, entre otros coinciden en que son los profesionales los encargados de evaluar, diagnosticar y tratar el TDAH.

En la práctica hay una gran diversidad en cuanto a la identificación, diagnóstico y tratamiento de esta patología cuyo abordaje sanitario requiere personal con experiencia y entrenamiento en el diagnóstico del cuadro, la valoración de un diagnóstico diferencial y la detección y correcto abordaje de la posible problemática comórbida o secundaria al diagnóstico principal. Para ello, puede resultar necesario o conveniente incluso la colaboración de diferentes profesionales sanitarios y/o de otras disciplinas. (Lema, S. P, 2012, p. 39).

Un importante apunte que es necesario resaltar en este momento en relación con los profesionales como actores que participan en el diagnóstico del TDAH, es el carácter de este actor.

Al revisar los artículos reseñados se encontró que los profesionales son los encargados de estudiar el TDAH como ya se había mencionado, y que estos estudios incluyen el origen, concepto y/o las modificaciones del mismo. Respecto a este punto Lema y otros autores mencionan:

Los estudios surgen de diversas disciplinas (psiquiatría, neuropsiquiatría, psicología básica y experimental, psicología clínica e intervenciones terapéuticas, pedagogía e intervenciones educativas y otros) y es cada vez más frecuente la colaboración de los mismos dando lugar a teorías combinadas, programas multicomponentes e intervenciones multidisciplinares. (Lema, S. P, 2012, p. 38).

A. Miranda, S. Jarque, M. Soriano, Orjales V., Celina Korzeniowsk, Mirta Susana Ison, Mas, C. entre otros autores revelan por medio del recorrido histórico los estudios e investigaciones hechas por distintos profesionales de la salud; además, para corroborar este punto, se debe tener en cuenta que gran parte de los artículos reseñados en este estado del arte, incluyen estudios que promueven una nueva revisión para la evaluación, diagnóstico y tratamiento del TDAH.

Por otro lado, algunos autores convinieron en que los profesionales aquí mencionados son los que se encargan de establecer patrones de conductas que hay que seguir. Desde el área de la pedagogía Leavy, P. menciona: “El discurso pedagógico construye una normatividad sobre cómo debe comportarse el alumno o alumna, al mismo tiempo que alimenta representaciones sociales sobre cómo deberían ser las niñas y los niños”. (Leavy, P. 2013. p. 10).

Este autor también afirma que “en tanto explicitan “normalidades”, estos saberes prescriben modos “normales” de vivir. Lo “normal” hace referencia a lo esperable, a lo “moralmente correcto con respecto a los niños y sus familias” (Cerletti, 2006, p. 9). Citado en (Leavy, P. 2013. p. 3).

En consideración a lo anterior, los datos analizados reportan que lo visto como “normal” o esperable se encuentra influenciado por los manuales diagnósticos elaborados por algunos profesionales de la salud como el DSM y el CIE 10; por medio de estos manuales se prescriben posibles formas de comportamientos considerados anormales enmarcando la presencia de un trastorno, lo que se ve reflejado en los criterios diagnósticos allí propuestos.

Acorde con este razonamiento, autores como A. Miranda, S. Jarque, M. Soriano, Casas, Sevilla, Taberner, Roselló, C. Capdevila-Brophy, J. Artigas-Pallarés, A. Ramírez-Mallafre, M. López-Rosendo, J. Real, J.E. Obiols-Llandrich, Lema, S. P, plantean, no de forma directa, que los manuales estadísticos se proponen como una herramienta de estudio, evaluación o corroboración del trastorno, según los fines del profesional.

“Por lo general, si la pretensión es únicamente la de diagnóstico del trastorno, se recurre a los criterios diagnósticos que se establecen en el DSM-IV-TR o CIE-10”. (Lema, S. P, 2012, pp. 39-40).

También se encontró que en la mayor parte de los estudios presentes en los artículos reseñados, se incluye la participación de los manuales diagnósticos o estadísticos como herramienta o como criterio de elección para una muestra.

Una vez establecido el punto de partida, se fijan los criterios de selección de la muestra, los cuales son respectivamente: "grupo experimental, de padres con niños TDAH, conformado por 114 madres con hijos de edad entre los 5 y 13 años, diagnóstico de TDAH basado en los criterios del DSM-IV. (Casas, Sevilla, Taberner, Roselló, 2007, p. 24).

Así, tanto la familia y la educación como los profesionales debido a sus funciones, participan activamente en el diagnóstico del TDAH proporcionando información o herramientas que faciliten una correcta evaluación y tratamiento.

1.2.1. Principales críticas y sugerencias con respecto a la metodología usada para el diagnóstico.

Los resultados que se presentarán en esta categoría tienen como objetivo exponer lo esencial en cuanto a las críticas y sugerencias de los autores acerca de la metodología usada para el diagnóstico del TDAH. Desde las diferentes áreas especialmente del psicoanálisis se encontró que una de las críticas más relevantes está relacionada con el desplazamiento del carácter intersubjetivo a la hora de diagnosticar al niño.

En referencia a este dato, autores como Miranda, Jarque, Soriano, Diana Marre, Nadja Monnet y Beatriz San Román, Nieves Gonzales, Critican la idea de que no se tenga en cuenta el decir del niño, todo esto debido a la metodología utilizada por los profesionales para diagnosticar dicho trastorno.

“Como se ha dicho, no existen pruebas objetivas. Todas son observacionales y, por tanto, incluyen el componente subjetivo del observador, como en la mayor parte de la psicología”. (Marre *et al*, 2014, p. 3). Con esta afirmación, el autor continúa abriendo un espacio de discusión donde se formulan las siguientes preguntas: ¿Pero dónde está la observación directa?, ¿y dónde queda la opinión del niño? (Marre *et al*, 2014, p. 3).

Acorde con esto, gran parte de los psicoanalistas critican el hecho de que, más que la opinión del niño, se deje de lado lo simbólico, no se pone el síntoma y el goce en el centro de la cuestión. “Es como si una vez descubierto que lo simbólico vela un real, una vez descubierto el agujero de lo simbólico, hubiera perdido su valor”. (Gonzales, N. 2006. P. 4). Así, en el área del psicoanálisis especialmente, se le da mayor relevancia a tener en cuenta lo simbólico y el decir del niño en el diagnóstico del TDAH.

Tomando como punto relevante cada una de estas críticas, se encontró que como sugerencia, algunos de los autores mencionados coinciden en que a la hora de diagnosticar el TDAH se debe indagar o evaluar bien al niño. Lic. Daniel Díaz; Dra. Alejandra Tabora (2005) mencionan: “Destacamos la importancia de ahondar en el diagnóstico y no quedarse circunscrito a los diagnósticos “sintomáticos”. Apuntando siempre a una mayor integración entre lo biológico y lo dinámico, pivoteando entre los distintos paradigmas” (p. 3).

Ahora bien, desde la clínica de la salud, la neuropsicología y la psicología conductual, se plantean más que críticas, sugerencias como: la inclusión de otras áreas o profesionales de la salud en el diagnóstico del TDAH. Diversos autores como Sara Pascual Lema, Carlos Mas, Juan David Palacio, Diana Botero-Franco¹, Christian Muñoz-Farías, Rafael Antonio Vásquez-Rojas & Jaime Carrizosa-Moog, Villalobosa, J. L., Molinerob, L. R., Martínc, A. S., Redondod, M. G., & Riverae, T. M, proponen una evaluación multidimensional y

multiprofesional en otros casos de modo que la evaluación, diagnóstico y aún el tratamiento del TDAH se realice de forma acertada. “No deberían caber aquí actitudes monopolísticas y excluyentes” (Mas, C. 2009. p. 8). También se expone que “Podría tal vez resultar más útil establecer campos de actuación, como serían el biológico, la psicoterapia, el tratamiento psicopedagógico y la intervención familiar”. (Mas, C. 2009. p. 9).

Para el caso de la neuropsicología, las sugerencias que distintos autores proponen pero que concuerdan entre sí, es la de valerse de diferentes herramientas de evaluación para un adecuado o mejor diagnóstico del TDAH. “Hacer un análisis de función discriminante multivariado que permita proponer un modelo de evaluación y diagnóstico de precisión para los estudios epidemiológicos futuros” (Cfr. Jiménez, Vicuña, Pineda y Henao, 2003, p. 613).

Como se desprende de las guías recientes: la actitud indicada es realizar una evaluación comprensiva, que incluya, además del examen médico, una minuciosa historia de los síntomas específicos del TDAH, los criterios del DSM-IV o del ICD-10, la utilización de escalas de estimación conductual, la evaluación psicoeducativa y las observaciones en la escuela. (Miranda, Jarque, Soriano. 1999, p. 184).

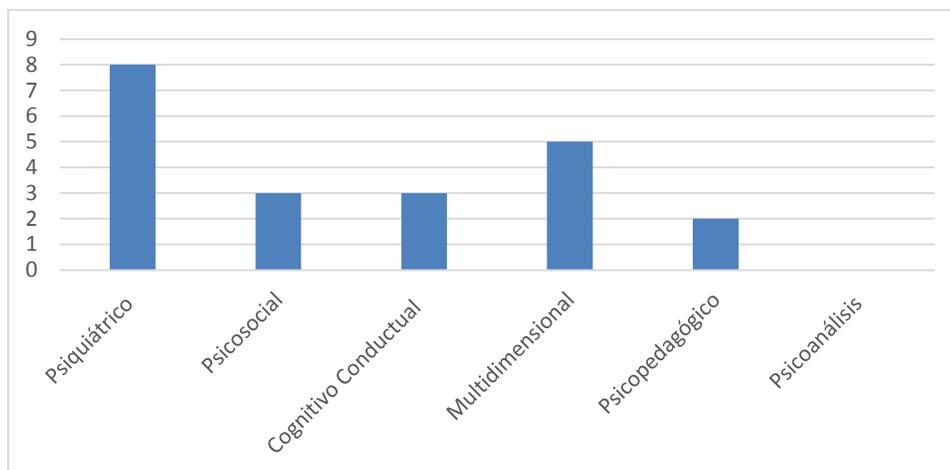
En síntesis, las críticas y sugerencias propuestas, no solo revelan los puntos de falencia o los vacíos presentes en el diagnóstico del TDAH sino que también ofrecen posibles caminos para llevar a cabo un adecuado análisis del trastorno, caminos que deben ser tenidos en cuenta por los distintos profesionales asegurando así una buena práctica profesional.

1.3. Tratamiento del TDAH

Para la producción del presente apartado, se tuvieron en cuenta algunos de los artículos indexados que fueron reseñados para la elaboración de este estado del arte, en los cuales se encontró que los métodos de intervención más reconocidos son el psiquiátrico, el psicosocial, el cognitivo-conductual, el multidimensional, el psicopedagógico y el psicoanalítico.

Tabla No. 6

Principales Temáticas.



En el gráfico No. 6 se presentan cada uno de los tipos de tratamiento y el número de textos que recomiendan su aplicación y efectividad, en la intervención de niños diagnosticados con TDAH.

De acuerdo con la gráfica, se encontró que el tratamiento que más recomiendan los autores de los textos reseñados por su aplicación y efectividad es el psiquiátrico, el cual tiene su fundamento en el uso de fármacos moduladores de la conducta; le sigue el multidimensional o multimodal, el cual hace posible la participación de varios profesionales de la salud y la psicología, y promueve la participación activa de la familia y la escuela; otro menos recomendado es el tratamiento cognitivo-conductual, el cual presenta una alta efectividad, pero un bajo nivel de aplicación; en cambio los tratamientos psicosocial y psicopedagógico son los más aplicados, pero los menos efectivos, puesto que no se notifican hasta el 2014 resultados satisfactorios. En cuanto al psicoanalítico a pesar de ser una de las formas de intervención más reconocida, la información encontrada es mínima y no está recomendada por los autores reseñados, y en los pocos textos de orientación psicoanalítica que se refieren al TDAH, no se concibe este trastorno como una patología sino como un síntoma que se refleja en el comportamiento del niño, por lo que no hacen una fundamentación explícita del proceso terapéutico de este tratamiento. A continuación, se abordaran con mayor profundidad el tratamiento psiquiátrico y los tratamientos que hacen parte del quehacer de la clínica psicológica.

1.3.1. Tratamiento psiquiátrico

Ocho de los artículos reseñados, recomiendan el tratamiento psiquiátrico en los menores diagnosticados con TDAH; en este tipo de intervención se le da mayor prioridad al uso de la medicación como factor aliviador de los síntomas nucleares del TDAH (Brown, 2008, p. 5), pero al mismo tiempo se asiste de otras técnicas psicoterapéuticas que

incluyen a la familia y el contexto educativo para garantizar una mayor efectividad, porque además de controlar el síntoma, el quehacer psiquiátrico pretende mejorar parte de las dificultades conductuales.

Los tratamientos con medicación han sido establecidos como la mejor opción para los individuos con TDAH de todas las edades, pero este tipo de tratamiento no cubre todas las necesidades y dificultades que se presentan en un cuadro clínico de un niño diagnosticado con TDAH. Estos no pretenden hacer modificación conductual o a nivel estructural, lo que logran es mejorar los síntomas de dicho trastorno. (Brown 2008 en Orozco Castillo S. 2013 p. 5).

La psiquiatría se fundamenta en el tratamiento farmacológico, puesto que al pertenecer a la medicina, basa su intervención clínica en aspectos fisiológicos y/o biológicos, sin dejar de lado el entorno del menor.

1.3.2. Tratamiento Multidimensional o Multimodal

Cuatro de los artículos reseñados, profundizan en este tipo de tratamiento, el cual consiste en la integración de todas las áreas terapéuticas que con los aportes de su saber pueden lograr regular el comportamiento del niño con TDAH.

Como explicación al programa multidimensional Loro-López, M., *et al.*, (2009) expone lo siguiente:

Teniendo en cuenta las evidencias de las que disponemos hasta la fecha, el tratamiento de los pacientes con TDAH debe planificarse bajo una perspectiva multimodal, basado en el uso complementario de los recursos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos necesarios, y en estrecha coordinación entre los profesionales (médicos, psicólogos y educadores) y la familia. 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. La psicoeducación también es fundamental en estos pacientes. (p. 262).

Loro-López, M., *et al.*, (2009), argumenta que:

En la intervención multimodal, el uso de fármacos es casi siempre necesario, pero casi nunca suficiente al momento de realizar el abordaje integral del paciente, por lo cual existe la necesidad de utilizar diferentes tratamientos psicoterapéuticos, útiles para controlar los síntomas relacionados con el TDAH, como lo son el tratamiento cognitivo-conductual, las técnicas de relajación, el neurofeedback, la psicoterapia y la estimulación cognitiva, sin olvidar las intervenciones específicas sobre las comorbilidades, como son el apoyo psicopedagógico que muchos de estos pacientes con discapacidades específicas del aprendizaje necesitan. Todo ello, insistimos, sobre una planificación de tratamiento global, en la que no hay que olvidar las intervenciones psicoeducativas y familiares para informar, asesorar, enseñar y apoyar. (p. 263).

Por lo anterior, el tratamiento multidimensional se ha convertido en un programa integral y significativo en la práctica clínica, que arroja óptimos resultados en el

comportamiento de los niños diagnosticados con TDAH, mejorando sus habilidades sociales, los déficits en el desempeño académico, y gracias a la inclusión de la dinámica familiar, toma otro punto de partida dado que la comunicación mejora y permite equidad en cuanto al establecimiento de normas y límites, y la aceptación del problema.

Los autores Antshel y Barkley, (2008); Pelham *et al*, (2005); Leung y Hung, (2008), argumentan que en el tratamiento multimodal, “se debe considerar la importancia de las intervenciones psicosociales, que también son una buena opción, que permite reducir la dosis de medicación”. (Jarque, S, 2012, p. 20).

Con lo anterior, se puede decir que aunque el tratamiento multimodal no descarta la medicación, considera de vital importancia el uso de métodos terapéuticos que permitan reducir el uso de esta.

1.3.3. Tratamiento psicoanalítico

Para el tratamiento psicoanalítico no se hallaron datos de intervención concretos desde la práctica de la clínica psicológica, como una alternativa de tratamiento.

En los artículos reseñados para la elaboración de esta monografía, se logra identificar que el psicoanálisis, a pesar de ser un modelo de intervención tradicional, no es empleado en el tratamiento del TDAH, puesto que esta disciplina no concibe este trastorno como una patología, sino como un síntoma que hace parte de la individualidad del niño y que se manifiesta en el cuerpo.

Para un correcto establecimiento de causas, es preciso ampliar el horizonte en cuanto a interpretación de manifestaciones ya sean físicas o conductuales, cuya unidad fundamental, por tradición ancestral, es el “síntoma” que se reconoce así, como unidad de medida del malestar del individuo. (Orozco. M, 2012, p. 19).

La medicina ha convertido un trastorno que podría ser la manifestación de un síntoma por la inconformidad del sistema, en un diagnóstico psicopatológico. A todos se diagnostica y se les aplica el mismo tratamiento, sin tener en cuenta las singularidades de cada individuo. (González. No. 2006. p. 3).

La mayoría de autores reseñados que representan la práctica de la psicología psicoanalítica, señalan que el TDAH se forma de acuerdo con la historia de vida que tenga el niño con su mundo externo, y que lo ideal sería tratar las necesidades del niño, teniendo en cuenta su individualidad.

Los autores Orozco Castillo S. (2013), A. Miranda, S. Jarque (1999), Mejía, I. D. D., Rubiales, J., Simonini, M. C. E., Bakker, L., & Valencia, J. B. Z. (2012), Jarque. S, (2012), Loro-López, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, B., Pando, F., Varela-Casal, P. & Correas-Lauffer, J. (2009), Orjales Villar (2007), Eduardo Serrano-Troncoso, Mónica Guidi & José Ángel Alda-Díez, (2013), coinciden en la defensa de cada uno de los tipos de tratamiento terapéutico y argumentan que es responsabilidad de los padres o cuidadores escoger cuál tratamiento considera él más apropiado para su niño, por lo que es importante que el profesional que efectúe el diagnóstico le explique a los padres, cuidadores y/o familiares que hacen el acompañamiento al menor, qué es el TDAH y en qué consisten las diferentes formas de intervención psicoterapéutica, como también sobre

la importancia de su participación en el tratamiento que decida abordar, el impacto de esta en el proceso de intervención y la influencia en los diferentes contextos de interacción del niño.

1.3.4. Críticas y Sugerencias

Para los autores reseñados, especialmente para aquellos que representan la disciplina psicoanalítica, el diagnóstico se basa en el comportamiento del niño, el cual es referenciado por los adultos con los que convive a diario en diferentes contextos, guiado por unos criterios diagnósticos, establecidos en los manuales, donde poco se tiene en cuenta los entornos en los que el menor se desenvuelve (Lema. S. P, 2012), sometiendo al menor a intervenciones que pueden ser innecesarias; como se sugiere en tres de los artículos reseñados, en los cuales se resalta que el uso de la medicación en ciertos casos, no logra la mejorar la conducta del niño; pero sí genera en el menor efectos adversos (Jarque. S, 2012).

Hay que destacar los efectos adversos asociados a la medicación estimulante. Los más frecuentes son el insomnio y la pérdida de apetito, pero también se han citado en ocasiones náuseas, vértigo, dolores de cabeza y de estómago, taquicardia, somnolencia, tics, irritabilidad, aislamiento social y retraso en el crecimiento. (Ghuman, Arnold y Anthony, 2008 en Jarque, S, 2012, p. 28.

Por lo anterior, los autores Jarque. S, (2012), Pizarro. A, Valenzuela. C, (2005), Gaillard. F, Quartier. V, Besozzi. G, (2004), Gloria Patricia Peláez (2012), Delgado Mejía, Iván Darío; Rubiales, Josefina; Etchepareborda, Máximo Carlos; Bakker, Liliana; Zuluaga,

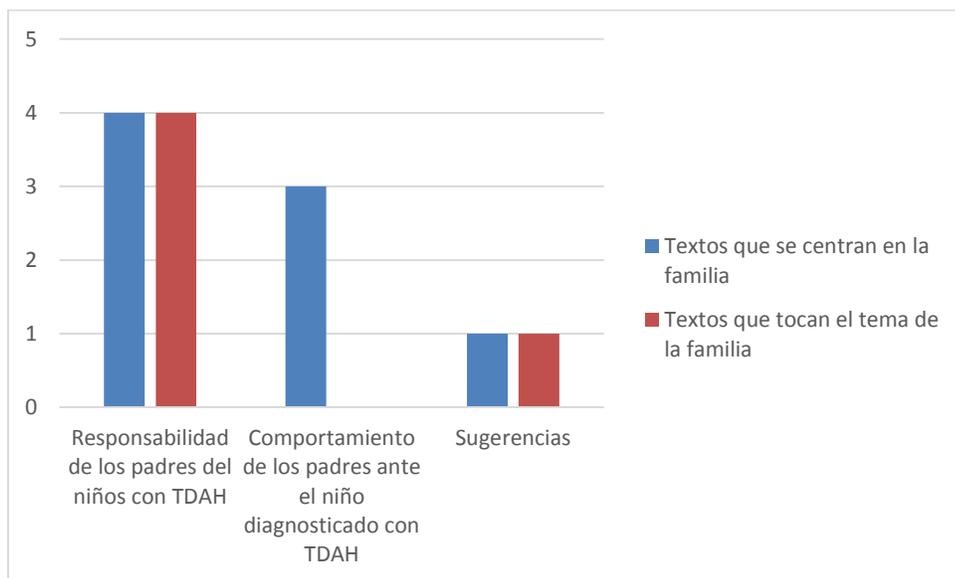
Juan Bernardo (2012), Fernando Martín (2000), Eugenia Bianchi. (2011), sugieren a los profesionales que efectúan los tratamientos psicoterapéuticos, realizar un análisis clínico del comportamiento del niño, independientemente de que ya hubiese sido diagnosticado.

1.4. Rol de la familia en el TDAH

De los 60 artículos reseñados para el desarrollo de la presente monografía, se encontró que ocho de ellos se centran en resaltar el valor trascendental de la familia en los niños con TDAH y otros ocho que, aunque no toman a la familia como tema principal, también tienen en cuenta su participación, como se muestra en la siguiente gráfica:

Tabla No. 7

Textos que tienen en cuenta la participación de la familia en el TDAH.



En cada uno de los artículos reseñados, sobresale el hecho de que la familia es la primera institución social de la que un niño o niña hace parte, desempeñando funciones trascendentales en el desarrollo de los menores. Una de las funciones más importantes es la de la crianza, es aquí donde los padres tienen participación activa y protagónica, especialmente por el tipo de disciplina que utilizan para educar a los niños, la cual debería ser consistente y respetuosa, pero por diferentes razones los adultos hacen uso de disciplinas extremadamente autoritarias, demasiado sobreprotectoras o totalmente permisivas, las cuales son determinantes y posiblemente detonantes en la aparición del TDAH, según lo comentan algunos de los autores reseñados como: Bruner y Elocqua (2003), Escordo (1955) y Georgina Listre (2003).

Otro de los factores que hay que resaltar en el contexto familiar, está relacionado con los vínculos afectivos, pues los padres son los encargados de incorporar el afecto y la protección, pero cuando estos no logran suplir adecuadamente las necesidades afectivas de los hijos, interfieren negativamente en el desarrollo del menor, provocándole altos niveles de ansiedad. En uno de los artículos reseñados, escrito por A. Miranda, S. Jarque, M. Soriano (1999) se señala que el TDAH es un “síndrome neurobiológico, el cual tiene una carga genética que incurre o preside en su aparición”, pero en otro de los artículos reseñados, se citan a Alomar, 2006. García, 2001; Marks, 2006; Mantiel, 2005; Zeidner, Matheus, Roberts, y Mac Cann, 2003, quienes afirman que:

“Diferentes corrientes teórico-científicas consideran que las DA-TDAH son problemáticas causadas principalmente por factores intrínsecos al propio individuo; sin embargo, también es reconocida ampliamente la influencia de las variables contextuales y concretamente familiares, como dimensiones que pueden potenciar o

minimizar los efectos negativos de estas problemáticas, determinando el curso de las mismas” (en Robledo, P., García, S. & González, C. 2009. p. 9).

Por lo tanto, las problemáticas en las relaciones afectivas de la familia son determinantes en el desarrollo del trastorno, independientemente de que se tenga una predisposición biológica y/o genética.

Cuando un niño es diagnosticado con TDAH, hay un cambio trascendental en la dinámica familiar, especialmente en el comportamiento de los padres. Para algunos de los autores reseñados como Cecilia Montiel Nava, Isabel Montiel Barbero y Joaquín A. Peña, (2005) “La crianza de un niño con TDAH tiene altos niveles de frustración en sus intentos de manejar y controlar la conducta” (p. 299), lo cual es determinante en el estilo de disciplina que usan los padres:

“El análisis de las interacciones Padres-hijos han puesto de manifiesto que los padres que tienen hijos con TDAH emplean un tono de voz más serio y hacen comentarios más negativos sobre el comportamiento de sus hijos, imponiendo límites a veces excesivamente estrictos, pero sin ofrecer explicaciones al respecto”.

(Lange *et al*, 2005 en Presentación. M, Pinto, V. Melia, A. Miranda, A, 2009, p. 19).

Por esta razón, todos los textos reseñados hacen una serie de recomendaciones para el grupo familiar del menor diagnosticado; entre la más citada está la del acompañamiento de la familia, especialmente de los padres en el proceso terapéutico, no como agentes externos, sino como agentes participantes dentro de la terapia.

A continuación, se retomará de manera más detallada las diferentes situaciones mencionadas como detonantes del TDAH, en las cuales los padres tienen un alto grado de responsabilidad.

1.4.1. Responsabilidad de los padres de niños con TDAH

En dos de los artículos reseñados, se resalta la responsabilidad que tienen los padres por el estilo de disciplina que utilizan para educar y formar a los niños, ya que estos “son totalmente influyentes en el desarrollo posterior del menor, más concretamente en su desenvolvimiento social y emocional” (Greenspan, 2007; Wilson, 2009 en Santurde del Arco, E. Del Barrio, J., 2013, p. 5). Es decir, “estudios que relacionan el estilo de crianza parental con la hiperactividad, señalan que existe una estrecha relación entre los estilos de autoridad ejercidos por los padres y las características comportamentales y cognitivas de los niños que presentan TDAH” (Gómez & Henao, 2005 en Ledy M. Bedoya y Margarita M. Alviar, 2013, p. 251).

Por lo anterior, se trae a colación uno de los artículos reseñados en el cual se hace un estudio de la influencia que tienen los estilos de disciplina en la evolución del TDAH, donde los autores A. Miranda-Casas, D. Grau-Sevilla, R. Marco-Taberner, B. Roselló, (2007), explican que la mayoría de padres asocian el TDAH con “un estilo de disciplina permisiva, pero que a su vez, estos estudios preliminares señalan una tendencia al autoritarismo y la sobreprotección, aun en ambientes de juego”. (p. S23).

Es posible que algunos padres consideren que es mucho más fácil lograr que sus hijos les obedezcan y les sean sumisos, sino hacen uso de toda su autoridad, especialmente

en la infancia; sin embargo, según lo revelado en el artículo, es evidente que el autoritarismo no resulta positivo para el desarrollo psicológico, social y emocional de los niños, pues lesiona el vínculo afectivo con sus padres. Otros padres tienden la sobreprotección limitándole a los niños la exploración de su entorno, porque temen que puedan golpearse o lastimarse, transmitiéndoles sus inseguridades, sin permitirles desarrollar sus competencias por miedo a que no sean capaces, por lo cual se hacen intolerantes a las frustraciones, presentando altos niveles de ansiedad, dependencia emocional y baja autoestima. A diferencia del autoritarismo y de la sobreprotección, los padres permisivos, que proporcionan total libertad a sus hijos para que tomen decisiones propias de lo que desean hacer, además de ser desmedidamente condescendientes ante conductas inadecuadas, alimentan en los niños el desarrollo de comportamientos impulsivos, inmaduros y descontrolados, con dificultades para asumir sus responsabilidades en la casa y en la escuela, realización de conductas de alto riesgo y con problemas para tolerar cualquier figura de autoridad.

Cada uno de estos estilos adoptados en desproporción por los padres, suele potencializar el desarrollo del TDAH; incluso en el artículo reseñado que se utilizó para el presente apartado, se señala que “los padres de niños con TDAH que tienen más problemas de conducta o agresividad obtuvieron puntuaciones superiores en las escalas de disciplina emocional (autoritaria y sobreprotectora) y de disciplina permisiva” (A. Miranda-Casas, D. Grau-Sevilla, R. Marco-Taberner, B. Roselló, 2007, p. S23).

Ahora bien, en uno de los textos reseñados los autores Daniel Díaz y Alejandra Taborda (2005) hablan de los vínculos afectivos, como la correspondencia de cariño y amor entre diferentes personas, teniendo presente que somos seres que vivimos en familia

y en sociedad y que por lo tanto los vínculos afectivos están presentes en prácticamente todo lo que hacemos y son fundamentales para un sano desarrollo psicosocial y cognitivo de los niños; es importante resaltar que son los padres los responsables de establecer esos vínculos en primera instancia; pero si el sistema de comunicación que se usa es inadecuado, los vínculos pueden deteriorar el desarrollo psicológico, social y cognitivo del menor, reflejándose en comportamientos inadecuados.

“Si pensamos en la situación familiar como la matriz del psiquismo del niño, quizás encontraremos que pueda haber problemáticas vinculares que expliquen el trastorno, tal vez el niño presenta un cuadro posiblemente maníaco, frente a una madre que inconscientemente lo rechaza, y lo priva de lo indispensable para su desarrollo. Quizá la problemática esté en el vínculo con el padre quien ataca inconscientemente el vínculo con la madre, y las combinaciones pueden seguir [...]Malher (1967); Winnicott (1987); Brazelton y Cramer (1993); Abrahamsen (1993), afirman que la evolución intelectual y la capacidad de aprendizaje, del mismo modo que la evolución social y el equilibrio emocional, se generan en la matriz de la interacción entre el niño y su entorno, habitualmente de los padres o quienes cumplen esta función. De esta relación surgen los estímulos imprescindibles para que el niño pueda organizar su mente, construya su relación con la realidad exterior y las bases de su capacidad de aprender. Desde esta perspectiva las conductas observables de inhibición (desatención) y la impulsividad (hiperactividad), están vinculadas a una matriz relacional, y, no necesariamente tiene un correlato anatómico-patológico”. (Daniel Díaz y Alejandra Taborda, 2005, p. 117).

Es necesario traer a colación que los autores de dos de los textos reseñados para la presente monografía, como lo son Daniel Díaz y Alejandra Taborda (2005), J.A. López Villalobos, JM. Andrés de Llano y S. Alberola López (2008), resaltan el hecho de que las relaciones afectivas que existen entre los padres de los niños y su entorno son trascendentales, debido a que las principales figuras vinculares para los niños son sus padres y/o cuidadores, y la forma como estos se relacionan con sus pares determinan la manera como el menor se relacionará consigo mismo y con los otros. También es importante reconocer que las alteraciones o inconvenientes que se presentan en la relación entre padres y/o cuidadores afectan al menor y pueden causar síntomas de ansiedad que se perciben en su comportamiento.

“Que los padres actúen armónica y coordinadamente en la educación de su hijo evitando contradicciones entre ellos, así como desacreditarse o culpabilizarse mutuamente”. (J.A. López Villalobos, JM. Andrés de Llano, S. Alberola López, 2008, pp. 131-132).

“Los padres suelen ser modelos a los que el niño imita y admira, por lo que es recomendable dar una imagen adecuada. Los niños aprenden más sobre lo que observan en nuestros propios actos que sobre aquellas cosas que les decimos deben hacer”. (J.A. López Villalobos, JM. Andrés de Llano, S. Alberola López, 2008, p. 132)

Por lo tanto, la forma como se relacionen los padres y cuidadores es representativa para el menor, independientemente puesto que le brindará confianza y seguridad.

En la actualidad y desde sus inicios, el TDAH se ha atribuido a causas de origen biológico y/o genético como se mencionó con anterioridad, lo cual es rectificado por los

autores A. Miranda, S. Jarque, M. Soriano (1999) en uno de los artículos reseñados, quienes expresan lo siguiente:

“En un análisis diacrónico encontramos en la literatura especializada, referencias a un amplio espectro de factores causales del TDAH, tanto biológicos y hereditarios, como psicosociales, así como a la interacción entre ambos. Entre los factores biológicos no genéticos se han apuntado diversas complicaciones prenatales y perinatales, por ejemplo el consumo materno de alcohol, drogas o tabaco, bajo peso al nacer, retraso en la maduración neurológica o las lesiones cerebrales que repercuten negativamente en el control cerebral de las actividades relevantes”. (pp. S184-S185).

Como se puede apreciar, los padres pueden ser responsables del daño biológico causante del TDAH, según lo afirmado por los autores, por los deficientes cuidados prenatales, aunque “se sospecha que la presencia de mutaciones de algunos genes muy activos en estas áreas cerebrales desempeña un importante papel en este sentido y que la heredabilidad del trastorno es poligenética”. (A. Miranda, S. Jarque, M. Soriano, 1999, p. S185); lo que quiere decir que el TDAH puede ser heredado de padres a hijos, según muestran los hallazgos en varios estudios realizados:

“Se ha demostrado que los hijos de padres con un TDAH tienen hasta un 50% de probabilidades de sufrir el mismo problema, y las investigaciones realizadas con gemelos indican que los factores genéticos explican entre un 50% y un 70% los síntomas del TDAH”. (A. Miranda, S. Jarque, M. Soriano, 1999, p. S185).

Aunque se defienden las causas genéticas y biológicas que originan el TDAH, y la responsabilidad que tienen los padres como posibles generadores o transmisores de estas causas, A. Miranda, S. Jarque, M. Soriano (1999), también hacen referencia a lo que se ha venido tratando a lo largo de la monografía:

No puede olvidarse que las interacciones que operan entre los factores orgánicos y ambientales, como pueden ser un pobre ejercicio de la paternidad, psicopatologías de los padres, baja situación socioeconómica o estrés psicosocial de la familia, tienen una gran importancia en la modulación del trastorno. (p. S185).

Los autores a pesar de apelar a favor de las causas biológicas y orgánicas, no descartan los agentes psicosociales y ambientales, incluso hacen alusión a lo siguiente:

Como subraya Nadeau, infortunadamente nuestra sociedad ha experimentado en este siglo cambios sociales radicales, que han creado unas condiciones sociales que intensifican los síntomas del TDAH: el trabajo sedentario que exige una concentración mental prolongada, la gratificación instantánea que proporciona la tecnología electrónica, las altas tasas de divorcio y familias no normativas, y el estrés que supone para las familias el ejercicio profesional de ambos padres. (p. S185).

En conclusión, se pone de manifiesto que en muchas ocasiones puede existir una raíz o un inicio biológico y/o genético del TDAH, pero que hay un conjunto de factores externos determinantes que modulan la evolución y la manifestación sintomática del trastorno en el infante, donde los padre son en su mayoría los responsables de propiciar el

despertar de dicho trastorno. “Hallazgos sugieren que los patrones de interacción familiar pueden ser una pieza clave para este trastorno, ya que parece estar relacionado con la gravedad y curso del TDAH”. (Peris y Hinshaw, 2003 en Cecilia Montiel-Nava, Isabel Montiel-Barbero y Joaquín A. Peña, 2005, p. 299).

1.4.2. Comportamiento de los padres ante el niño diagnosticado con TDAH

Para los padres no es fácil asumir el hecho de que su hijo(a) sea diagnosticado con TDAH y, por tanto, reaccionan de diferentes maneras ante la situación. En el artículo titulado *El Clima Familiar en el Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad*, reseñado para la elaboración de esta monografía, sus autores Cecilia Montiel-Nava, Isabel Montiel-Barbero y Joaquín A. Peña (2005), comentan lo siguiente:

La crianza de un niño que es excesivamente inquieto, con falta de atención e impulsivo, ofrece numerosos retos y es esta la razón por la cual los padres de niños con TDAH usualmente reportan altos niveles de frustración en sus intentos de manejar y controlar su conducta, y se convierten las dificultades de los niños en un factor de inevitables conflictos. La disfuncionalidad familiar es mayor para los padres de niños con TDAH, que para los padres de otros niños, y está consistentemente asociada con las alteraciones conductuales, con la gravedad del TDAH y con la persistencia de los síntomas del TDAH en los niños. (Anastopoulos *et al.*, 1992; Biederman *et al.*, 1996; Breen y Barkley, 1988; Webster-Stratton y Herbert, 1994, p. 298).

En el artículo reseñado *Familias atrapadas en la hiperactividad*, las autoras Ledy Maryory Bedoya Cardona y Margarita María Alviar Ruiz (2013), resaltan el hecho de que el diagnóstico del TDAH, altera los métodos tradicionales de crianza y los modos de relacionarse en la familia, y asimismo trastorna significativamente al menor diagnosticado, además de la incidencia que tiene el diagnóstico en el acompañamiento que padres y/o cuidadores deben tener con el menor, para apoyar y acompañar el proceso terapéutico que dicho diagnóstico demanda.

Es preciso considerar que los trastornos del comportamiento, así como la aparición de cualquier enfermedad, genera demandas y acomodaciones en un sistema familiar, pues cualquier familia puede verse afectada ante los ajustes que inserta el nuevo fenómeno. En el caso de afecciones crónicas o de larga duración como el TDAH, las incertidumbres y ambigüedades suelen prolongarse y con el tiempo es posible que aparezcan tensiones psicosociales que afecten seriamente el sistema familiar de acuerdo con el momento del ciclo vital, la forma y la intensidad con la que aparezca el trastorno. (Rolland, 2000, p. 22 en Ledy M. Bedoya y Margarita M. Alviar, 2013, p. 241).

Para las autores Ledy M. Bedoya y Margarita M. Alviar (2013), la principal problemática se da en las relaciones de poder entre padres e hijos y en la forma como la familia afronta el rótulo que queda en el niño:

Los niños con diagnóstico de TDAH suelen convertirse en el centro de atención de los espacios en que interactúan, en la mayoría de los casos llevando a costas una carga que los rotula como problemáticos y rechazables, situaciones que suelen

padecer sus grupos familiares e incluso que terminan reforzando y naturalizando.

Esto implica entonces una alteración en el funcionamiento del sistema familiar que sin entrar a considerar la causa por la que aparece el TDAH, detona angustia, temor, incertidumbre y sentimientos de pérdida de control que son los más constantemente manifestados en la consulta de terapia familiar. (p. 241).

El texto enfatiza que las creencias o percepciones que la familia tiene de dicho trastorno pueden empeorar o agudizar la sintomatología del menor diagnosticado, haciendo que este pierda su identidad de sujeto dentro del grupo familiar, para convertirse en el niño TDAH.

También es cierto que la trama relacional problemática, dentro y fuera de la familia y de conversaciones en la familia acerca de las creencias y significados rígidos o entrampadores en relación con este tipo de trastorno en uno de sus hijos, podría mantener, reforzar o agudizar el afrontamiento del trastorno, modificando la forma del funcionamiento familiar. (p. 242).

Las autoras señalan en el texto que: “diversos estudios (Raya, 2008; Gómez 2005; Herrero, 2006; Zapata, 2003) han demostrado que los estilos disciplinarios altamente directivos o permisivos, o en general la manera de ejercer la autoridad y las formas de crianza se convierten en factores que pueden exacerbar o disminuir a las familias entrampadas en la hiperactividad, síntomas relacionados con el TDAH”. (p. 245).

El artículo también señala que la problemática presentada con el equivocado manejo de la autoridad, hace que las familias, en especial los padres del menor diagnosticado no logren encontrar puntos de acuerdo para implantarle la norma, lo cual

trae como consecuencia discusiones entre la pareja, que deterioran el clima familiar y la comunicación entre sus integrantes.

La comunicación que permite el intercambio y la construcción de significados, aparece como otro de los motivos de consulta más relevantes para las familias, relacionada con la sincronía entre los padres y cuidadores, con el vínculo afectivo entre los miembros de la familia, con los mensajes circulantes en el sistema familiar y con la forma como estos mensajes son emitidos y recibidos al interior de la familia. Al respecto, conviene decir que especialmente en los casos de niños diagnosticados con TDAH, la comunicación se encuentra cargada de reproches, señalamientos y recriminaciones negativas que generan menos comunicación verbal de los niños con sus padres o cuidadores, y más comportamientos perturbadores. (p. 252).

Para que el clima familiar no se vea afectado negativamente ante el diagnóstico, es necesario la aceptación del mismo como una dificultad del menor; esto se logra con la información aportada por el terapeuta, que ayuda a mejorar el comportamiento del niño(a), ejerciendo la autoridad de forma sana, al permitirle al menor ubicarse en la norma dentro y fuera del ambiente familiar; de igual manera ayudaría a que la comunicación y los acuerdos entre padres y cuidadores entren en sintonía y tomen decisiones con coherencia, permitiéndole al menor percibir la existencia de acuerdos en el hogar. (Rolland, 2000, p. 22 en Ledy M. Bedoya y Margarita M. Alviar, 2013, p. 256).

Lo anterior coincide con lo referenciado en uno de los textos reseñados: “Las interacciones que se crean entre el niño y su cuidador van a influir en su desarrollo

posterior, concretamente sobre el funcionamiento social y emocional”. (Greenspan, 2007; Wilson, 2009 en Santurde del Arco, E. Del Barrio, J., 2013). (p. 5).

Todo depende de la percepción que la familia, en especial los padres tengan sobre el TDAH y de la forma como actúan ante el menor diagnosticado y la concordancia de sus acuerdos y estilos de crianza.

1.4.3. Sugerencias

En el texto reseñado *Intervención Multimodal del TDAH: El papel coterapéutico de la familia*, los autores Mejía, I. D. D., Rubiales, J., Simonini, M. C. E., Bakker, L., & Valencia, J. B. Z. (2012), subrayan la sugerencia realizada por Torío López, Peña Calvo, Rodríguez Menéndez, (2008): “es fundamental que exista en el interior de la familia un clima adecuado que satisfaga las necesidades de todos, a la vez que establezca interacciones participativas por medio del contacto directo”. (p. 4).

En otro de los artículos reseñados, los autores Taborda, A. & Díaz, D. (2006), hacen referencia a la necesidad de realizar un estudio exhaustivo por parte de profesionales, docentes y familiares a la hora de efectuar el diagnóstico del TDAH, ya que el hecho de que el menor presente un comportamiento para algunos inapropiado para los espacios en los que se encuentra, no significa que necesariamente padezca dicho trastorno. “Que sea inquieto, peleador, impulsivo, que se apresure a responder una pregunta antes que se termine de formular, o que su atención esté ocupada por contenidos diferentes de los que le mostramos y todo esto afecte su desempeño en el aula, no significa que padezca el mencionado trastorno”. (p. 110).

Los autores también resaltan la importancia de tomar abordajes interdisciplinarios, para ayudar al menor en el alivio de su problemática, potenciando en él un desarrollo saludable. (p. 110).

En otro de los textos, se sugiere a los padres tener pautas comportamentales que le permitan al menor diagnosticado aprender de ellos como modelos parentales. “Los padres suelen ser modelos a los que el niño imita y admira, por lo que es recomendable dar una imagen adecuada. Los niños aprenden más sobre lo que observan en nuestros propios actos que sobre aquellas cosas que les decimos deben hacer”. (Villalobos, J. A. L., de Llano, J. M. A., & López, S. A. 2008, p. 132).

Los autores Villalobos, J. A. L., de Llano, J. M. A., & López, SA. (2008) consideran que el papel de los padres como modelos, puede influenciar en las formas de conductas del menor diagnosticado, mejorando su proceso de recuperación. (p. 133).

Discusión de Resultados

En el presente apartado se muestran los resultados correspondientes al análisis de las posturas de diferentes psicólogos acerca del TDAH, expresadas desde el año 1994 hasta el 2014, con el fin de identificar elementos que permiten brindar algunas alternativas útiles para el diagnóstico y tratamiento del TDAH desde la clínica psicológica, para lo cual se reseñaron sesenta (60) textos indexados, donde los autores discuten cada una de las problemáticas del trastorno.

Las temáticas que se tuvieron en cuenta para el desarrollo del estado del arte son en primer lugar *Diagnóstico*, donde se tienen presentes los actores implicados y los criterios; en segundo lugar *Tratamiento*, según las diferentes disciplinas de la clínica psicología y psiquiátrica; y en tercer lugar *El rol de la familia*, tratando algunos aspectos como la responsabilidad de los padres de niños con TDAH, el comportamiento de los padres de estos niños, y las sugerencias que aportan los diferentes profesionales de la clínica psicología sobre el rol de la familia en los menores diagnosticados.

En el primero, se logra evidenciar que los actores que mayor participación tienen en el diagnóstico de TDAH son la familia y los entornos educativos (la escuela), sobre todo por el grado de implicación que, según los autores, el trastorno tiene en estos contextos, ya que el decir de los padres, familia, docentes, directivos, tutores, etc., son trascendentales y sobrevalorados por los profesionales en el momento de realizar el diagnóstico, gracias a los criterios del DSM-IV-TR2 (Villalobos, J. L., Molinerob, L. R., Martínc, A. S., Redondod, M. G., & Riverae, T. M, 2006, p.159), ya que el diagnóstico se debe hacer de acuerdo con las conductas registradas por los adultos que conviven con el menor. (Leavy, P. 2013. P 7).

Algunos autores, especialmente los profesionales de la psicología psicoanalítica, contrastan con la realidad diagnóstica, donde el decir del niño queda relegado (Marre et al, 2014, p. 3), teniendo en cuenta solo el síntoma que se exterioriza, pero no la causa del mismo, lo que hace de un comportamiento algo patológico.

En cuanto a la importancia del diagnóstico, las opiniones difieren de una disciplina a otra; mientras la psiquiatría, la neuropsicología y algunos representantes de la psicología cognitiva-conductual argumentan que la importancia radica en la posibilidad de brindarle

un tratamiento adecuado y de forma temprana al menor, la psicología psicoanalítica y otros autores de la psicología cognitiva consideran que es solo una forma de controlar el comportamiento del menor a través de fármacos que modulan la conducta.

En relación con los tipos de tratamiento, es notable que el tratamiento psiquiátrico prioriza el uso de fármacos para regular la conducta (calmar el síntoma), con un interés particular por la intervención terapéutica integral, donde se incluyen los aspectos familiares y psicosociales (Miranda, Jarque, Soriano, 1999, p. 186); ahora bien, la terapia multidimensional o multimodal hace una integración de todas las disciplinas terapéuticas para lograr una adecuada regulación de la conducta del niño, incluyendo al grupo familiar, la intervención escolar y la posibilidad del uso de fármacos, acompañado de un programa de intervención cognitivo/conductual y emocional, con el objetivo de controlar el síntoma del TDAH. (Orjales Villar, 2007, p. 27). A diferencia de los tratamientos anteriormente mencionados, en el psicoanalítico el síntoma no debe ser controlado con un programa de intervención general, puesto que hace parte del malestar del individuo (Orozco. M, 2012 p. 19), por consiguiente los autores de esta disciplina concuerdan en su inconformidad con el diagnóstico patológico de un síntoma que se manifiesta en la singularidad del individuo (González N, 2006, p. 3), en este caso de cada niño diagnosticado y su historia de vida.

En lo que corresponde al rol que desempeña la familia, se logra evidenciar que gran parte de los niños diagnosticados con TDAH, para la mayoría de los autores está relacionado con la responsabilidad que tienen los padres por la forma en que implementan los diferentes tipos de disciplina –autoritaria, permisiva y sobreprotectora–, lo cual puede desarrollar o detonar la aparición del trastorno (Gómez & Henao, 2005 en Ledy M. Bedoya y Margarita M. Alviar, 2013, p. 251), especialmente si existe una predisposición biológica

o genética del mismo. (A. Miranda, S. Jarque, M. Soriano, 1999, pp. S184-S185). De la misma manera, se encontró que el diagnóstico del TDAH alteran sobremanera la dinámica familiar, transformando los métodos tradicionales de crianza, haciendo que estos niños se conviertan en el centro de atención familiar, donde una de las principales características que hay que tener en cuenta en estos cambios es la coherencia entre los padres, pues ambos deben concertar los criterios de crianza del menor (J.A. López Villalobos, JM. Andrés de Llano, S. Alberola López, 2008, p. 131-132), especialmente en lo relacionado con las normas y/o deberes, permitiéndole al niño organizar su mente con el mundo exterior (Daniel Díaz y Alejandra Taborda, 2005, p. 117); otro de los hallazgos muestran que las relaciones vinculares entre padres e hijos son determinantes en el desarrollo del trastorno e incluso en el tratamiento de este (Greenspan, 2007; Wilson, 2009 en Santurde del Arco, E. Del Barrio, J., 2013, p. 5); en relación con las sugerencias, la mayoría de autores resalta el papel coterapéutico de la familia y la participación de esta en el tratamiento del niño, definiendo la pautas comportamentales con el ejemplo y la comunicación activa (Villalobos, J. A. L., de Llano, J. M. A., & López, S. A. 2008, pp. 132 y 133).

En la revisión de los textos, se considera que hay aspectos no resueltos como por ejemplo, el tema de las costumbres culturales en relación con los manuales diagnósticos, puesto que los comportamientos aquí descritos coinciden con los comportamientos habituales de niños de diferentes culturas, especialmente las latinoamericanas, lo que puede explicar la alta prevalencia que este trastorno presenta; de igual manera falta por desarrollar la razón por la cual el diagnóstico del TDAH se hace con más frecuencia en varones que en mujeres, especialmente en Colombia. También se considera que se deben

desarrollar con más especificidad los aspectos relacionados con la efectividad de los métodos diagnósticos y los diferentes tratamientos terapéuticos en los niños a largo plazo.

Otros de los temas que se consideran de importancia y con grandes falencias investigativas, es en primer lugar, la relevancia del diagnóstico y la medicación en la identidad del menor, situación que no es abordada por ninguno de los autores que consideran del tratamiento psiquiátrico la mejor opción sin detenerse a pensar que una de las principales funciones de esta disciplina, es la de rotular al niño con un diagnóstico y una medicación que ante sus pares lo aleja de la normalidad y lo posicionan en la anormalidad. En segundo lugar, por qué en lugar de pensar en la heredabilidad genética de TDAH (que se trasmite de padres a hijos) como lo afirman A. Miranda, S. Jarque, M. Soriano (1999), no se considera la posibilidad de que los padres de familia repitan pautas de crianza que generen el comportamiento desatento- hiperactivo. Y por último, pero no por eso menos importante, el hecho de escuchar a los padres del niño hiperactivo como los afectados al momento de realizar la evaluación diagnóstica sin considerar la posibilidad de que sean los padres los que tiene dificultades emocionales que no le permitan tolerar el comportamiento normal de un niño en desarrollo, además de que las condiciones ambientales que se le prestan al menor en la casa o escuela no sean las más apropiadas para generarle interés por lo que le rodea.

A pesar que entre los textos reseñados no se han encontrado artículos similares al presente estado del arte, los datos que aquí se presentan son de relevancia, ya que se pone de manifiesto el decir de la disciplina psicológica desde el quehacer clínico, teniendo en cuenta las diferentes áreas de aplicación, colocando de manifiesto aspectos diagnósticos, los tipos de tratamiento y el papel que desempeña la familia, especialmente los padres en

cada uno de estos procesos, lo cual abre un abanico de posibilidades a otros profesionales de la psicología que, a partir de lo que aquí se expone, quieran iniciar nuevas investigaciones que aporten al quehacer de la psicología clínica.

Para futuras investigaciones se sugiere tener en cuenta la postura psicoanalítica de ir más allá del síntoma, e intervenir en lo que lo ocasiona desde la individualidad de la historia del niño que padece el comportamiento desatento-hiperactivo.

En el proceso de elaboración de la monografía, han surgido aspectos que generan inconformidad desde el saber psicológico, como por ejemplo la dificultad que tiene los profesionales de la clínica psicoterapéutica para poner en consideración la situación a la que se ve expuesto el menor ante un diagnóstico y un tratamiento que además de etiquetarlos y colocarlo por fuera de lo que culturalmente se considera “normalidad” al punto de otorgarle una nueva identidad, no reflexiona sobre las graves implicaciones biológicas que trae consigo el uso de la medicación en el afán de controlar el comportamiento “patológico” que causa el TDAH, siendo esta una de las razones por las cuales la psicología psicoanalítica entra en conflicto con las disciplinas que requieren de la medicación, además de que el niño que consume los fármacos pierde parte de la conciencia de sí mismo para ser controlado por el medicamento que en un futuro generara dependencia y pérdida del autocontrol, siendo esta la misma razón por la que algunos profesionales de la clínica psicológica consideran la práctica de la psiquiatría como una problemática. Pero a pesar de lo controversial de lo que se acaba de exponer, es concluyente (según la información obtenida en los textos reseñados) el hecho de que el tratamiento psiquiátrico sigue haciendo uso casi que indiscriminado de los fármacos, en especial del metilfenidato por sus efectos moduladores de corto plazo y al mismo tiempo es

el más usado por los padres y recomendado por las diferentes disciplinas de la clínica psicológica, como complemento del proceso terapéutico del niño.

La intención de la presente monografía ha sido la de dar a conocer lo que se dice y hace en cada una de las posturas o áreas de aplicación de la clínica psicología, con la finalidad de brindar herramientas que apoyen a otros profesionales de la psicología en la elaboración de futuros estudios sobre el tema que aquí se expone.

Conclusiones

Con el presente estado del arte, se concluye que el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, conocido como TDAH, tuvo inicio en el año de 1994 con la edición número IV del manual diagnóstico DSM, donde los síntomas más característicos aquí mencionados son la hiperactividad, la inatención y la impulsividad; síntomas que según se especificó en el manual pueden aparecer antes de los siete años de edad, y se deben manifestar en diferentes ambientes de desarrollo del niño, como por ejemplo la familia y la escuela.

En el 2014 los criterios diagnósticos presentaron algunas variaciones con la edición del manual diagnóstico DSM-IV-TR2, esto sumado a la aparición de nuevos aportes teóricos e investigaciones, con los cuales se logró salir un poco del paradigma de que el TDAH era una patología únicamente de origen genético o biológico, demostrando que existen

situaciones psicosociales y familiares, especialmente en relación con los padres que pueden desarrollar, detonar u originar el TDAH.

También se evidenciaron controversias existentes entre las diferentes disciplinas de la clínica psicología en lo relacionado con los métodos diagnósticos, donde la disciplina que más ha diferido es la psicoanalítica, quienes han argumentado que muchos profesionales de la psicología solo han tenido en cuenta el síntoma, es decir el comportamiento del niño y lo que pueden decir padres y cuidadores al respecto, en los diferentes ambientes de interacción del menor, sin tener en cuenta el hecho que generó dicho comportamiento y el sufrimiento del niño que lo padece (su historia de vida).

En cuanto al tratamiento se encontró que el más utilizado ha sido el farmacológico, el cual se adoptó como necesario para controlar el comportamiento del niño diagnosticado, especialmente por la disciplina psiquiátrica y por algunos campos de aplicación de la psicología clínica, como lo son la neuropsicología y algunos profesionales de la psicología cognitiva-conductual; a este le sigue el tratamiento multimodal o multidimensional como uno de los más efectivos según lo definieron la mayoría de autores de los textos reseñados, para lograr un adecuado control del comportamiento del menor; este tratamiento incluye la intervención de varios profesionales de la salud y de las áreas de la psicología, además del uso de fármacos y el acompañamiento de la familia y la escuela. Al mismo tiempo, se logró extraer que el tratamiento psicoanalítico, además de contrastar con los anteriores, ha sido el menos utilizado y recomendado para los niños diagnosticados con TDAH.

En cada uno de los aspectos mencionados se destacó el rol que ha desempeñado la familia, especialmente los padres, por la posible responsabilidad que han tenido en la

detonación, desarrollo y/o aparición del trastorno, según las pautas de crianza que han utilizado; también, por la importancia que ha tenido su participación activa en el proceso terapéutico del niño diagnosticado con TDAH, en cada uno de sus ambientes de interacción y desarrollo.

Cada uno de estos temas dieron respuesta a la pregunta de investigación ¿qué análisis se han realizado desde la clínica psicológica a partir del año 1994 hasta el 2014 sobre el trastorno de déficit de atención con hiperactividad en niños?, además, permitió desarrollar ampliamente los objetivos que se plantearon al inicio del presente estado del arte, de una forma respetuosa y satisfactoria para el quehacer de la clínica psicológica.

Referencias bibliográficas

- Aduriz, F. (2001). Trastornos en Salud Mental Infantil Tiempos modernos y niños hiperactivos. *Revista de salud mental y psiquiatría comunitaria*. 4 (13). pp. 11-17.
- Álvarez A. J. (2008). TDAH: Reflexiones y Desafíos. *Cuadernos Psiquiatría Comunitaria*. 8 (2), pp. 185-192. España.
- Alves H. y Calvo S. (2011). Psicología Histórico-Cultural y desarrollo de la atención voluntaria: nueva comprensión para el TDAH. *Asociación brasilera de psicología escolar y educacional*. 15 (1), pp. 111-119. Paraná Brasil.
- A. Miranda-Casas, D. Grau-Sevilla. (2007). R. Marco-Taberner y B. Roselló., Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno. *Neurol* 2007; 44 (2): pp. 23-25.

Bedoya L. (2013). Familias atrapadas en la hiperactividad. *Revista Facultad de Trabajo Social*. 29(29). pp. 237-259.

Bianchi, E. (2012). Problematizando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (2), pp. 1021-1038.

C. Capdevila-Brophy, J. Artigas-Pallarés, A. Ramírez-Mallafre, M. López-Rosendo, J. Real, J.E. y Obiols-Llandrich.(2005). Fenotipo neuropsicológico del trastorno de déficit atencional/hiperactividad: ¿existen diferencias entre los subtipos?, *REV NEUROL*; 40 (1): pp. 17-23, Barcelona-España.

Delgado I., Rubiales J., Etchepareborda C., Bakker L. y Zuluaga Juan. (2012). Intervención Multimodal del tdah: El papel coterapéutico de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21 (1). pp. 45-51. Fundación Aiglé Buenos Aires, Argentina.

Díaz, E. (2008). “Los intratables de la conducta”. *Revista de psicoanálisis de la ELP-Catalunya*, 54, 111-114.

Díaz, M. (2008). De la mirada al pensamiento. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*; 45(46), (pp. 5-14).

Fernández A. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y retraso mental. *REV NEUROL*. Madrid-España. 42 (2). pp. 25-27.

- Fernández A., Fernández D y Fernández A. (2013). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: del tipo inatento al tipo restrictivo. *Revista Neurol.* 56 (Supl 1): pp. 77-84. España.
- Gaillard. F, Quartier. V, Besozzi. G, (2004) Más allá de la hiperactividad: Un detallado análisis retrospectivo de 30 casos estudiados en la Clínica de Psicología de la Universidad de Lausanne. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 2; pp. 15-25 Instituto de Psicología, Universidad de Lausanne, Suiza, Argentina.
- García, M., e Ibáñez, M. (2007). Apego e Hiperactividad: Un Estudio Exploratorio del Vínculo Madre-Hijo. *Terapia Psicológica*. 25(2). pp. 123-133. Sociedad chilena de Psicología clínica.
- González, M. C., Solovieva, Y., Quintanar, R. L. (2014). El juego temático de roles sociales: aportes al desarrollo en la edad preescolar. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(2), pp. 287-308.
- Gonzales, N. (2006, 21 de abril). Del síntoma a los trastornos de conducta. El TDAH. Asociación Psicoanalítica de Galicia, recuperado de <http://www.asociacionpsicoanalitica.es>.
- González, R., Bakker, L. & Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), pp. 141-158.
- J.A. Vidarte a, M. Ezquerro b, M.A. Giráldez c. (2009). Perfil psicomotor de niños de 5 a 12 años diagnosticados clínicamente de trastorno por déficit de

atención/hiperactividad en Colombia. REV NEUROL; 49 (2): pp. 69-75.

Colombia.

Janín B. (2012). Las intervenciones del psicoanalista en psicoanálisis con niños. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente; 53. pp. 49-56. España.

Jarque. S, (2012), Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH), Anuario de psicología. 42 (1), pp. 19-33, Universidad de Barcelona, Facultad de psicología, Barcelona España.

Joseph Knobel Freud, (2013). Garfio: un capitán sin poder. Las consecuencias de la degeneración generacional. Intercanvis, 30 (07); pp. 65-68 Barcelona-España.

Korzeniowsk. C, Ison. M, (2008). Estrategias psicoeducativas para docentes y niños con TDAH, Escritos de Psicología, 2 (3), pp. 18-26, Castellón - España, 2009.

Lasa, A. (2007). El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias. Psicopatol. Salud ment. M2. pp. 9-16.

Leavy, P. (2013) “¿Trastorno o mala educación?” reflexiones desde la antropología de la niñez sobre un caso de TDAH en el ámbito escolar. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 11 (2), pp. 675-688.

Lema, S. P. (2012). El papel del psicólogo clínico en el abordaje del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Cuadernos de Psiquiatría comunitaria, 11(2), pp. 37-53, León-España, 2012.

Lic. Díaz D., Dra. Taborda A. Niños con déficit atencional: estudio psicoanalítico sobre modalidades relacionales. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de

Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología –Universidad de Buenos Aires–, Buenos Aires.2005.

Listre G. (2003). Informe de lectura realizado en el marco del seminario de grado “La familia como objeto de intervención “psi” en la Argentina (1950-1987)”. Recuperado de http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Listre_Buena_Madre.pdf.

López JA, Andrés de Llanob JM., y López S. (2008). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Orientaciones psicoeducativas para los padres. *Revista Pediatría de Atención Primaria*; 10(39). pp. 129-147.

Mas, P. (2009). El TDAH en la Práctica Clínica Psicológica. *Clínica y Salud*. 20(3). pp. 249-259. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid España.

Miranda, S., Jarque, M. (1999). Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: Polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Neurol*, 28 (2), pp.182-188.

M. Loro-López a, J. Quintero b, N. García-Campos a, B. Jiménez-Gómez b, F. Pando a, P. Varela-Casal c, J.A. Campos a, J. Correas-Lauffer. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista neurología*. 49 (5): pp. 257-264. España.

Monserrat A. (2001). Manuel entre las luces y las sombras (la hiperactividad y las fallas con el objeto primario). *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*; 31(32), pp. 83-90. Buenos aires.

Montiel C, Montiel, I. y Peña, J. (2005). Clima Familiar En El Trastorno Por Déficit De Atención-Hiperactividad, *Psicología Conductual*; 13(2), 2005, pp. 297-310, Maracaibo-Venezuela.

Narre, D. Monnet, N. y San Román, B. (2014). TDAH ¿Déficit o falta de atención? *AFIN* No. 56. pp. 1-14. Catalunya-España.

Orozco, M. (2012). El déficit de atención de la hiperactividad como síntoma: una mirada psicoanalítica. (Trabajo de grado para optar al título de especialista en psicología clínica con orientación psicoanalítica). Universidad de San Buenaventura, Cali.

Orozco, S. (2013). Avances e implicaciones del tratamiento en niños con trastorno deficitario de atención con hiperactividad. Programa de psicología, universidad de Manizales. Recuperado en: <http://www.revistasum.umanizales.edu.co>.

Orrego, J. (2005). Reflexiones sobre el Diagnostico del TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*. 2005, 5(1): pp. 11-14.

Oyarzabal, C. (2012). Tiempos marcados por la expulsión: el niño “débil”. *Revista borromeo* No. 3. pp. 653-677.

Palacio J.; Botero D., Muñoz, C., Vásquez, R., Carrizosa J. (2009). Hallazgos de una encuesta sobre la experiencia del manejo clínico del TDAH. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 38 (1). (pp. 159-177) Colombia.

Peláez G. (2009). Hiperactividad: ¿síntoma o trastorno? ¿De qué o de quién? Revista electrónica Psiconex. 1(2). pp. 1-17.

Peláez G. (2012). El niño que sufre. Revista infancias imágenes. 11 (1). pp. 114-119.

Pires R. P. (2013). Elementos para entender el trastorno por déficit de atención con hiperactividad – TDAH. Estilos clin., São Paulo. 18 (2). pp. 342-357. Brasil.

Pizarro. A, Valenzuela. C, (2005), Eficacia de un programa multicomponente de terapia cognitiva-conductual para el tratamiento de niños chilenos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), SOPNIA 16(2); pp. 12-18. Santiago de Chile 2005.

Presentación. M, Pinto. V, Meliá. A, y Miranda. A (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH, Escritos de Psicología, 2 (3), pp.18-26, Castellón-España.

Press, S. (2012). Psiquiatría infantil y psicoanálisis. Aportes del psicoanálisis a la psiquiatría de niños y adolescentes. Revista uruguaya de Psicoanálisis. 114: pp. 117-136. issn 1688-7247.

Quintanar, L., Gómez R., Solovieva Y., y Bonilla M., (2011) Características neuropsicológicas de niños preescolares con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Revista CES Psicología, 4 (1), pp. 16-31, Puebla-México.

Rey C. (2012). Pedro Melenas, el terror de las neuronas. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 32 (116), pp. 877-887.

- Robledo, P., García, J. & Díez, C. (2009). Relación entre tipología de alumnos y factores psicológicos parentales en familias de personas con y sin dificultades de aprendizaje y TDAH. Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía, Universidad de León, España. 2009. 35 (152), pp. 1-18.
- Sammartino, M. (2007). La hiperactividad infantil como un signo de los tiempos. Intercanvis.es España. 2007. Recuperado de: www.intercanvis.es.
- Santurde del Arco, E. Del Barrio, J. (2013). TDAH: Intervenir En El Fomento Del Apego. International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología, 1(1), pp. 265-270, Bilbao-España.
- S. Bará-Jiménez, P. Vicuña, D.A. Pineda, G.C. Henao. (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad de Cali, Colombia. REV NEUROL; 37 (7). pp. 608-615.
- Serrano, E., Guidi, M. y Alda, J. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. Actas EspPsiquiatr; 41(1): pp. 44-51. España.
- Taborda A., Abraham M. (2007). Algunas consideraciones respecto al diagnóstico y tratamiento farmacológico del tda-tdah. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. 43(44), pp. 195-230-Argentina.

- Taborda, A., Díaz D. (2007). Una revisión del diagnóstico de Déficit Atencional en la niñez: estudio descriptivo y propuesta terapéutica. *Cuestiones de infancia*, 11. pp. 95-116.
- Urzúa, A. Domic, M. Cerda, A. Ramos, M. y Quiroz, J. (2009) Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños Escolarizados. *Revista Chilena de Pediatría*, pp. 332-338, Antofagasta-Chile.
- Villalobosa, J. L., Molinerob, L. R., Martínc, A. S., Redondod, M. G., y Riverae, T. M. (2006). El psicólogo clínico y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: vinculación con el pediatra. *Revista pediatría de atención primaria*, 8 (4), España.
- Villar, O. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones-Anuario de Psicología Clínica y de la salud, 3 (2007); pp. 19-30 –Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación (UNED)– España.
- Weskamp M. (2006).El psicoanálisis y los diagnósticos de nuestra época: el síndrome Adhd o Add. Escuela freudiana de Buenos aires. Recuperado en: <http://www.efba.org/efbaonline/weskamp-09.htm>.
- Yáñez, G, Romero H, Bernal J, Marosi E, Rodríguez M, Guerrero V, Prieto B, y Luviano L, (2012). Funciones cognoscitivas y ejecutivas en el TDAH, *Actas EspPsiquiatría*; 40 (6): pp. 293-8. México D.F, 2012.

Zambrano, E., Martínez, J. A., del Río, Y., Dehesa, M., Vázquez, F. y Zambrano, M. (2013, 13 de mayo). Calidad de vida y ansiedad manifiesta en una muestra de escolares con y sin trastornos de la atención. *Revista Psicología Científica.com*, 15(6). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/calidad-vida-ansiedad-manifiesta-escolares>, México D.F-México, 2013.

Textos de apoyo

Álvarez, C. V. (2012). Trastorno por Deficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), una Problemática a abordar en la Política Pública de la Primera Infancia en Colombia. *Revista De Salud Pública* · , 14 (2), pp. 113-128.

APA (1990): DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona. MASSON.

APA (1995): DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona. MASSON.

Fundación CADAH. (2012). Prevalencia del TDAH. Recuperado de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/prevalencia-del-tdah.html>.

Janin, B (2006) Los niños desatentos y/o hiperactivos: algunas reflexiones. Buenos Aires: Ed. Novedades Educativas. CITATION Nic12 \l 3082 (Nicolás Pinochet, 2012).

Jiménez, B. (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad de Cali, Colombia. *Revista de Neurología*.

Pinochet, N. (2012). Inestabilidad Motora Un acercamiento a la comprensión de la Hipercinesia. Santiago de Chile: Universidad Adademia de Humanismo Cristiano.

Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad

Valencia, j. B. (2007). Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control.

Manizalez: tesis doctorado en ciencias sociales. Niñez y juventud.

Anexos