

Psicología de la UAS; participa como revisor en la revista *Invernum* de la Universidad de Sonora. Ha realizado estancias académicas en el Colegio de la Frontera Norte (COLEF) en Tijuana (Baja California, México) y en la Universidad de los Andes (UNIANDES) en Bogotá, Colombia.

Beatriz Yasuko Arita Watanabe nació en la Ciudad de México. Es doctora en Ciencias Sociales y maestra en Psicología de la Salud por la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS). Tiene estudios de maestría en Desarrollo Urbano Regional realizados en El Colegio de México y Licenciatura en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México, así como especialidad en Población y Desarrollo en la Universidad Lomonosov, Moscú. Es profesora titular «C» en la UAS. Trabajó como investigadora social a nivel federal en el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y en las secretarías de Programación y Presupuesto y de Salud. En Sinaloa fue asesora del gobernador Francisco Labastida y realizó diversos proyectos. Es autora de numerosos artículos publicados en revistas científicas nacionales e internacionales, así como autora y coautora de libros con temas sobre estrés y burnout, bienestar y calidad de vida. Es miembro del Comité Científico de la Asociación Mexicana de Psicología Social y de la *Revista Hologramática*, Capítulo Calidad de vida (ISSN 1668-5024). Perteneció a la Sociedad Internacional de Estudios sobre Calidad de vida (ISQOLS Virginia-USA) y al Grupo Internacional de Estudios del Bienestar Subjetivo (Universidad Deakin, Australia). Miembro del núcleo básico de los programas de doctorado en Ciencias Sociales y de Trabajo Social (UAS-CONACYT). Obtuvo mención honorífica en examen de grado de doctor en Ciencias Sociales; Reconocimiento al mérito académico SEP/Sinaloa 2003; Premio «Rogelio Díaz Guerrero» de la Asociación Mexicana de Psicología Social 2012. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores (SNI).

Nuevas rutas de investigación e intervención psicológicas. Tomo II, congrega nueve artículos que sobresalen por la actualidad y pertinencia de los temas y las formas de tratamiento epistemológico, ya que se apartan de la visión tradicional de la psicología —es casa en resultados—; se trata de miradas alternativas acorde a los requerimientos sociales cambiantes. Los trabajos se inscriben en teorías como la cognoscitiva y ecológica, que subrayan la importancia del contexto, sin determinarlo, postura de mayor incidencia en la resolución de problemas que limitan el bienestar humano.



Facultad de Psicología



Nuevas rutas de investigación e intervención psicológicas. Tomo II

7



Ambrocio Mojardín Heráldez | Carlos Zavala Sánchez
Beatriz Yasuko Arita Watanabe (coordinadores)

COLECCIÓN HABLALMA

Ambrocio Mojardín Heráldez | Carlos Zavala Sánchez
Beatriz Yasuko Arita Watanabe (coordinadores)

Nuevas rutas de investigación e intervención psicológicas Tomo II

Ambrocio Mojardín Heráldez nació en Cerro Agudo, Mocorito, Sinaloa. Es psicólogo por la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS), cuenta con maestría y doctorado en Psicología por la Universidad de Arizona, EEUU. Es profesor titular «C» de la Facultad de Psicología de la UAS. Sus intereses científicos incluyen el estudio de los procesos básicos de la cognición (memoria y razonamiento) y el de la influencia familiar en el desarrollo de la persona. Dirige el Laboratorio de Investigación sobre Memoria y Aprendizaje y el Cuerpo Académico «Subjetividades, Procesos Psicosociales y Comportamiento Humano» (UAS-CA-239). Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Ha publicado numerosos artículos científicos en revistas de alto impacto (e.g. *Psychological Review*, *Child Development*), ha dirigido numerosas tesis de licenciatura, maestría y doctorado en universidades locales, del país, de Estados Unidos y de Brasil; ha sido ponente en eventos científicos nacionales e internacionales y es revisor de las revistas científicas *International Journal Of Environmental Health Research*, *Journal of Behavior, Health and Social Issues* y *Acta Colombiana de Psicología*.

Carlos Zavala Sánchez realizó sus estudios de licenciatura en Psicología y doctorado en Ciencias Sociales en la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS). Su grado de maestría en Psicología Social y de las Organizaciones lo obtuvo en la Escuela Libre de Psicología A. C. (ELPAC, A. C.). Es profesor e investigador de tiempo completo titular «C» de la Facultad de Psicología de la UAS e integrante del Cuerpo Académico «Subjetividades, Procesos Psicosociales y Comportamiento Humano» (UAS-CA-239). Actualmente es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), Nivel I, y del Sistema Sinaloense de Investigadores y Tecnólogos (SSIT). Ha publicado diversos artículos en medios como la *Revista de la Asociación Mexicana de Psicología Social* (AMEPSO), revista *Arenas* de la Facultad de Ciencias Sociales de la UAS, revista *Psico-Logos* de la Facultad de

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la actualidad: Evaluación y diagnóstico.

Eva Angelina Araujo Jiménez y Cristina Elizabeth Izábal Wong¹

Realmente intento mantener mi mente en lo que está diciendo la profesora, pero no puedo hacerlo mucho tiempo [...] estoy escuchando lo que ella dice y después a alguien se le cae un lápiz y tengo que estirar el cuello para buscar dónde cayó; después escucharé a la profesora otro par de minutos, y poco después estoy pensando en algún programa de televisión que vi la noche pasada [...]. Un par de segundos después comenzaré a divagar sobre lo que voy a hacer después de la escuela [...], y después miro el reloj y me pregunto cuánto falta para que termine la clase. Todas estas cosas pasan por mi mente a la vez, es como si estuviera viendo cuatro canales de la tele a la vez. Es muy difícil mantenerme atento a lo que está diciendo alguien a quien quieres escuchar.

Comentario realizado por un niño
en entrevista de Thomas Brown (2006).

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo que han adquirido mayor auge en el estudio de la infancia y la adolescencia, debido a la creciente prevalencia diagnóstica en los últimos años (Brown, 2006). Organizaciones profesionales del área han estimado que la cifra puede ir de un 5 hasta 10% de prevalencia (e.g. Academia Americana de Pediatras 2000; American Psychiatric Association –APA-, 2013), mientras que estudiosos destacados del problema estiman cifras similares (e.g. Barkley, 2011) en población infantil de educación básica.

Las personas que presentan TDAH tienen serias dificultades para regular la conducta y las emociones. Esto les genera una afectación directa en las actividades

¹ Citar como: Araujo y Wong.
Laboratorio de Investigación sobre Memoria y Aprendizaje, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Sinaloa.

académicas y las relaciones interpersonales que emprenden, provocando un claro deterioro en su funcionamiento social, escolar y familiar. Así, la falta de detección e intervención a tiempo pueden promover numerosos riesgos en el desenvolvimiento del niño. Tales riesgos pueden ser fracaso y/o deserción escolar, problemas emocionales, comorbilidades, y, a futuro, delincuencia juvenil, consumo de sustancias nocivas para la salud, e inestabilidad laboral y en pareja (Barkley, 2011; Barragán & de la Peña, 2008; Lahey, 2004). Por ello, es de suma importancia conocer y aplicar estrategias de evaluación adecuadas a la edad y las situaciones particulares del paciente, que permitan la elaboración e implementación de programas de intervención oportunos y certeros en los contextos inmediatos de la persona.

A partir de lo anterior, el presente escrito ofrece una visión sobre la construcción nosológica actual del TDAH, partiendo de una explicación detallada de su concepción, historia, y criterios, así como la exposición de las principales herramientas psicológicas e intervenciones multimodales que se utilizan con mayor frecuencia en la práctica clínica. El objetivo es dar al lector diferentes opciones de evaluación y tratamiento, basándonos en las principales contribuciones y evidencias científicas de la investigación en el área de la psicopatología infantil.

Concepción de TDAH

La Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud (2004) y la Asociación Americana de Psiquiatría, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2013), aportan una definición clara del TDAH. En este texto seguiremos la definición que establece el DSM-V, ya que en éste se realiza una explicación más extensa de los síntomas de dicho trastorno. El cual lo describe como un patrón persistente de

desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que se presenta de manera más grave y frecuente, que lo que pudiera observarse en personas en una etapa de desarrollo similar. El trastorno se clasifica en 3 subtipos: Hiperactivo/impulsivo, desatento y combinado. Este último refiere a la presencia de ambas sintomatologías – hiperactividad y desatención.

El subtipo predominantemente con Déficit de Atención (TDAH-Desatento) envuelve problemas para mantener la atención en las tareas, para reconocer detalles, seguir instrucciones, organizar, planificar y finalizar actividad. Los niños que lo padecen presentan, además, serias dificultades para realizar tareas que requieran esfuerzo mental, frecuentemente pierden objetos y olvidan cosas, además son muy descuidados.

Con respecto a las características de las personas que presentan TDAH subtipo predominantemente hiperactivo/impulsividad (TDAH-Hiperactivo), se trata de inquietud motriz, movimiento excesivo de extremidades, correr y saltar incontrolablemente en lugares inapropiados; hablar en exceso y dificultades para jugar en silencio, o de forma tranquila. La impulsividad implica problemas para esperar turno, precipitar respuestas, interrumpir en las actividades de los demás, entre otras cosas.

La sintomatología antes descrita, viene acompañada de una historia de fracasos escolares y conductas problemáticas a nivel familiar y social. Se inicia en la infancia y puede ser detectada desde edades tempranas (Araujo, Jané, Bonillo, & Capdevila, En prensa), sobre todo la hiperactividad que se presenta de forma más alarmante en los distintos contextos del niño.

El DSM-V (APA, 2013) establece que los síntomas pueden ser claramente detectados a partir de los 4 años de edad, y propone los 12 años como edad máxima

para detectarse. Hasta hace poco se consideraba que solo podría asignarse el diagnóstico de TDAH a partir de los 7 años de edad (APA, 2000). Sin embargo, algunos estudios han resaltado la importancia de evaluar desde más pequeños, pues los niños con síntomas de TDAH, en edades de 4-6 años, experimentan mayor deterioro funcional que el resto de los niños de su misma edad (Araujo et al., En prensa). Además, los síntomas continúan su deterioro en las siguientes edades (Lahey, 2004).

Aproximadamente el 75% de los casos con dicho trastorno perdura hasta la edad adulta, y se sabe que los síntomas ocurren con más frecuencia en niños que en las niñas. Las niñas suelen no mostrar conductas disruptivas o conductas problema, tal como lo hacen los niños (Rickel & Brown, 2008), pero ellas suelen tener mayores dificultades en problemas de atención.

La concepción del TDAH ha cambiado a medida que se realizan nuevas investigaciones. Desde 1902 distintos investigadores mantenían el interés por personas que presentaban una pobre inhibición conductual y problemas en la regulación emocional. Tiempo después, estos problemas fueron asociados con la hiperactividad y, en la segunda edición del DSM, fue nombrado por primera vez este patrón de conductas como “Reacción Hiperkinética”.

A partir de 1980, en el DSM-III apareció por primera vez el nombre de “Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad”. Este término permitía diagnosticar el trastorno en dos categorías: “Trastorno de Déficit Atención *con* Hiperactividad” o como “Trastorno de Déficit Atención *sin* Hiperactividad”. El énfasis que se hacía en la deficiencia atencional en esta categorización y la poca relevancia que se le daba a la hiperactividad, desató gran controversia entre los investigadores, logrando que el término del trastorno se cambiara en la siguiente versión del DSM

(cuarta edición). Así, en la cuarta edición del manual de 1994, el nombre del trastorno cambió por lo que ahora conocemos como TDAH. Los criterios establecidos en aquel entonces se han mantenido hasta la última edición, pasando además por la cuarta edición revisada (DSM-IV-TR, 2000; DSM-V, 2013). En la quinta edición, la evaluación del TDAH en la adultez adquiere gran relevancia; y tal como se mencionó anteriormente, este manual no limita la posibilidad de evaluar y diagnosticar a tempranas edades, sino que se preocupa por que exista una evaluación profunda oportunamente. Con ello se permite que los profesionales tengan un margen de edad más amplio para poder observar la evolución de síntomas detectados desde edades tempranas. Así como la pronta intervención.

A la fecha, continúan las controversias entre los investigadores sobre los criterios y las teorías que explican la conceptualización de este trastorno, ya que se considera que el DSM no incluye importantes características del niño que en la práctica clínica es posible notar (Brown, 2006). Aunado a ello, existen grandes variaciones en las pautas de práctica de los profesionales sobre las formas y métodos de diagnóstico. Esto ha tenido como resultado que los distintos estudios sobre el tema informen prevalencias muy variadas y, a la vez, muy elevadas. Sobre todo cuando se han aplicado los criterios del DSM en la evaluación (Martínez-León, 2006).

En este debate nosológico, es interesante mencionar la preocupación que tienen los especialistas sobre las implicaciones clínicas y sociales que puede presentar una persona diagnosticada con “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad”. Para una mejor comprensión del problema, resulta necesario remitirnos a 1994, cuando en el DSM-IV se descartó la posibilidad de diagnosticar un déficit atencional “puro”, o un déficit de hiperactividad “puro”. En dicha edición se incluyen tres categorías del trastorno (tal como lo hace en la actualidad), en los que pareciera que los subtipos de

“Desatención” y de “Hiperactividad” podrían ser diagnosticados en su forma más “pura”. Sin embargo, ambos subtipos se relacionan en el propio nombre del trastorno. En otras palabras, una persona que presenta un déficit atencional y otra que presenta síntomas puros de hiperactividad, ambas recibirán el diagnóstico de “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad”. La única diferencia es que se le incluye a la etiqueta diagnóstica la frase “con predominio de déficit de atención” (para la primera persona), y “con predominio de hiperactividad/impulsividad” (para la segunda). No obstante, aún cuando la persona con predominio de desatención no muestre síntomas de hiperactividad, recibe un diagnóstico que sí hace referencia a estos síntomas. Desde esta lógica, diversos investigadores demandan una diferenciación más clara y una redefinición del TDAH (Barkley, 2001; Carlson & Mann, 2002; Garner, Marceaux, Mrug, Patterson, & Hodgens, 2010).

En dicha discusión resulta de gran importancia un nuevo constructo psicopatológico llamado Tempo Cognitivo Lento. Este constructo agrupa síntomas referentes a lento, somnoliento, con tendencia a soñar despierto, con poca energía, confundido, perdido en los pensamientos o en las nubes, y olvidadizo (Barkley, 2001; Carlson & Mann, 2002; Garner et al., 2010; Hartman, Willcutt, Rhee, & Pennington, 2004; McBurnett, Pfiffner, & Frick, 2001; Milich, Balentine, & Lynam, 2001).

Distintas investigaciones han encontrado que este nuevo constructo está fuertemente correlacionado con el TDAH-Desatento y no con el resto de subtipos (Araujo, Jané, Bonillo, Arrufat, & Serra, 2013). Sin embargo, no es preciso definir que este constructo corresponda a una subcategoría del TDAH-Desatento sin hiperactividad (considerando que existe un TDAH-Desatento sin hiperactividad y otro con hiperactividad); o, si refiere a un grupo sintomatológico diferente al TDAH-Desatento, que solo se asocia a sus síntomas; o, si ese trata de un subtipo más de TDAH.

Desde esta perspectiva, la definición del Tempo Cognitivo Lento puede ser la base para diferenciar de forma clara los síntomas de TDAH-Combinado con respecto de los del TDAH-Desatento. Así mismo, ayudaría a concretar y respaldar la perspectiva teórica, donde el TDAH-Desatento y el TDAH-Hiperactivo, corresponderían a grupos diagnósticos separados, distintos, y no se presentarían integrados y/o mezclados en un mismo término.

Por otro lado, es importante hacer referencia a la frecuente confusión que implica la evolución de los síntomas de TDAH a través de tiempo sobre el diagnóstico clínico del mismo. Conforme el niño pasa por las distintas etapas del desarrollo, sus características cognitivas y comportamentales cambian, provocando una modificación también en su diagnóstico. Por ejemplo, se sabe que cuando se diagnostican niños con hiperactividad, la mayoría presentan también síntomas de desatención (Brown, 2006).

El TDAH inicialmente se expresa con pocos síntomas de desatención, pero con síntomas de hiperactividad severos, de tal forma que el diagnóstico no llega a ser un subtipo combinado. Sin embargo, con el paso del tiempo el trastorno evoluciona, los síntomas de desatención aumentan y el diagnóstico cambia a TDAH-Combinado (Lahey & Willcutt, 2010). Recientes estudios hacen evidente que el TDAH-Hiperactivo es el precursor del TDAH-Combinado. Esta casuística está descrita en el DSM-IV y explica algunas de las confusiones en la práctica clínica inherentes a ambos subtipos.

Otro claro ejemplo es cuando una persona es inicialmente diagnosticada con TDAH-Combinado desde la infancia. Al llegar a la adolescencia, sus síntomas de hiperactividad suelen disminuir, lo que implica que esta persona ha dejado de cumplir con los criterios diagnósticos de hiperactividad necesarios para el subtipo combinado.

Por ello, posteriormente su diagnóstico será modificado a TDAH-Desatento (Brown, 2006).

Considerando las descritas controversias en base a la concepción y caracterización del TDAH, resulta indispensable tener conocimientos claros sobre los distintos métodos de evaluación que nos permitan crear diagnósticos certeros y propuestas de intervención adecuadas para cada uno de los casos.

Evaluación y diagnóstico del TDAH

Investigaciones recientes han evidenciado una gran cantidad de diagnósticos erróneos de TDAH en la práctica clínica y la variedad de consecuencias que de ello se derivan cuando se implementa un tratamiento farmacológico en los niños (American Academy of Pediatrics, 2000). Frente a esto, cada vez más los especialistas del área presentan diversas alternativas de evaluación e intervención. Para ello han basado sus explicaciones en otras perspectivas teóricas que les ayudan a tener diagnósticos más certeros, considerando todos los posibles problemas que puede presentar un niño en su contexto.

Uno de los enfoques teóricos referidos es el que pretende definir al TDAH desde su nivel bioquímico, y explicarlo como un retraso de los mecanismos cerebrales que permiten la inhibición conductual (Henríquez-Henríquez, Zamorano-Mendieta, Rothhammer-Engel, & Aboitiz, 2010). A través de esta perspectiva es posible conocer los procesos neurológicos implicados y fármacos adecuados para la intervención de dicho trastorno.

Otra de las perspectivas principales, que han colaborado activamente en la comprensión de las características y consecuencias del TDAH, es el enfoque que

explica la esencia conductual y cognitiva del funcionamiento que acompaña a dicho trastorno. Autores como Barkley (1998) y Brown (2006) han realizado grandes esfuerzos para distinguir al TDAH como un trastorno ligado a disfunciones cognitivas. Barkley (1998; 2011) lo define como un trastorno del desarrollo del control inhibitorio, asociado a problemas en la regulación emocional y conductual, deficiencias para precipitar consecuencias de las propias acciones, así como deficiencias para analizar y sintetizar la información que se recibe del exterior. Brown (2006) no sólo resalta la marcada desinhibición que presentan las personas con TDAH, sino que agrega otras características importantes, como la falta de concentración, de iniciativa en las tareas, problemas para mantenerse alerta y problemas para observar y evaluar las propias actividades.

Considerando los dos enfoques teóricos antes descritos, el diagnóstico del TDAH debe de basarse en una evaluación exhaustiva que incluya no sólo un estudio de la conducta que presentan los niños, sino agregar al procedimiento elementos y herramientas que nos permitan analizar las características cognitivas y biológicas correspondientes. Así pues, resulta indispensable considerar un sistema multimodal – con multi informantes – que comprenda entrevistas a los padres, profesores y con los niños directamente.

El profesor dará una visión del desenvolvimiento del niño con sus pares en un contexto social y educativo, e informará de las características relacionadas con el aprendizaje/cognición (de la Peña, Palacio & Barragán, 2010). También proporcionará descripciones de conductas específicas en diversas situaciones, por ejemplo, durante la realización de tareas estructuradas o no estructuradas, trabajo en grupo o individual y actividades de ocio o académicas.

Los padres harán referencia a las diferentes etapas del desarrollo del niño o adolescente y su comportamiento (Vásquez, Cárdenas, Feria, Benjet, Palacios, & de la Peña, 2010). Así mismo, deberá de realizarse un historial clínico completo, que consista en la verificación de antecedentes familiares, personales, y patológicos. Por ello es de suma importancia que los padres y profesores tengan conocimiento sobre la necesidad de interconsultar con un especialista e identificar en qué momento referir al niño a otro nivel de atención (de la Peña et al., 2010; Vásquez et al., 2010). Es pues necesario que los padres y los profesores posean información sobre las características propias de los niños que padecen TDAH, en qué síntomas poner mayor atención, de qué forma pueden apoyar en la intervención, y mantenerlos actualizados en cuanto a los avances científicos (Barragán & de la Peña, 2008).

En México, es sabido, que los padres tienen conocimientos sobre el TDAH pero esa información no les ha sido proporcionada por un profesional, sino por medios de comunicación, personas conocidas, libros, etc. Lo que resulta ligeramente preocupante a la hora de garantizar que el padre identifique síntomas y/o implemente intervenciones. Así mismo con los profesores, aunque estos últimos suelen tener más información que los padres (Palacios-Cruz, de la Peña, Valderrama, Patiño, Calle, & Ulloa, 2011).

Relacionado con los profesores como informantes, en un estudio, también realizado en México, se mostró que los profesores que tienen más años de experiencia docente y mayor edad fueron quienes evidenciaron conocimientos certeros sobre el tema (Reyes & Acuña, 2012).

Tal como se mencionó anteriormente, además de las entrevistas multi informantes, en la evaluación se requiere de instrumentos con validez ecológica (Barkley, 2011), que permitan mantener una visión panorámica de las actividades de la

vida diaria del niño, así como de tests o pruebas neuropsicológicas de laboratorio que permitan observar ciertas características cognitivas en situaciones concretas. Para ello se han desarrollado diversas herramientas de evaluación que permiten observar, analizar y cuantificar los síntomas del TDAH (Farré & Narbona, 2010; Severa & Cardo, 2007).

En cuanto a las escalas, también llamadas auto-informes, uno de los principales objetivos es la de discriminar entre poblaciones, que podrían padecer el trastorno. También existen instrumentos estandarizados que permiten examinar los cambios en los síntomas a través del tratamiento. A continuación se presentan algunas de las principales escalas para detección de los síntomas del TDAH utilizados con mayor frecuencia por los psicólogos en niños y adolescentes (de la Peña et al., 2010).

- Instrumentos de evaluación (auto-informes)
 - Escala de Conners. Este instrumento es uno de los más utilizados para la evaluación del trastorno, y fue desarrollado desde 1970. Se trata de escalas autoaplicables, que permiten recolectar información respecto a las conductas y emociones de niños y adolescentes a través de los padres y los profesores (Farré & Narbona, 2010).

Se han adaptado diferentes versiones de este instrumento. En México se realizó la adaptación de la escala en la versión para padres (Ulloa et al., 2009). Las escalas de Conners consisten en una escala tipo Likert para padres compuesta por 93 ítems y una escala para profesores compuesta por 39 ítems. Una puntuación igual o mayor a 14 en niños menores de 8 años de edad y una puntuación igual o mayor a 15 en niños y adolescentes de 9 a 17 años, nos permite distinguir los grupos de pacientes con TDAH y sin TDAH.

- Cuestionario para escolares y adolescentes latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (CEAL-TDAH). Este cuestionario fue desarrollado por Ulloa y colaboradores (2009), y está diseñado para auxiliar en el diagnóstico de dicho trastorno en niños y adolescentes. El CEAL-TDAH es un cuestionario autoaplicable para los padres. El instrumento consiste en 28 ítems, dentro de los cuales 18 exploran la inatención, siete hiperactividad y cuatro la impulsividad. Los rangos varían de 0 a 3, dependiendo de la frecuencia con que se presenta la conducta (Ulloa et al., 2009).

- Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH). La escala de evaluación del TDAH es un instrumento de cribado y evaluación de los síntomas del trastorno desarrollada por Farré y Narbona (2010). La información es recolectada por el profesor del niño. La escala cuenta con normas para niños de 6 a 12 años adaptado en la población española. Este instrumento de cribado está compuesto por una escala tipo Likert de 20 ítems, con dos subescalas de 10 ítems cada una: 1) Hiperactividad-déficit de atención (subdivida en dos subescalas) y 2) trastornos de conducta. Mediante el EDAH se puede obtener una valoración cuantitativa y la subclasificación de la escala permite dar orientaciones basadas en aspectos cualitativos (Farré & Narbona, 2010).

- Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes (ChIPS). La ChIPS es una entrevista elaborada para detectar la presencia de 20 trastornos psiquiátricos tales como: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno Disocial, abuso de sustancias, fobias específicas, fobias sociales, Trastorno de Ansiedad por Separación, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno por Estrés Agudo, Trastorno por Estrés Postraumático, anorexia, bulimia, episodio

depresivo, Trastorno Distímico, episodio maniaco, episodio hipomaniaco, enuresis y esquizofrenia/psicosis. La entrevista está basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV, además la entrevista fue construida para que las respuestas afirmativas indiquen presencia de patología (Rooney, Fristad, Weller & Weller, 2001).

- *Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD Rating Scale* -. La escala DuPaul y colaboradores (1997) es un test de cribado y evaluación del TDAH. El instrumento está basado en los criterios del DSM-IV. La escala puede ser respondida por los padres y maestros en edades de 6 a 18 años. La *Rating Scale* es una escala tipo Likert, consta de 18 ítems, y cada uno de estos ítems representa uno de los síntomas del TDAH. Además, por medio de las subescalas pueden distinguirse entre los subtipos del TDAH conforme el DSM-IV. Este instrumento es ampliamente utilizado, y cuenta con la adaptación del test a la población española (Severa & Cardo, 2007).

- Tests/pruebas neuropsicológicas

- Atención Global-Local (AGL). La AGL es un instrumento de evaluación de la atención dividida, además valora la habilidad para procesar rasgos globales y locales de un estímulo visual. El instrumento elaborado por Blanca y colaboradores (2005), ayuda en la detección de déficits atencionales y de percepción asociados al TDAH, dirigido a poblaciones de 12 a 18 años. La tarea consiste en mantener la atención en un estímulo por un determinado tiempo, procesar dos o más fuentes de información o de mantener la atención ante estímulos irrelevantes. Así mismo la AGL puede ser aplicada en ambiente clínico y escolar.

- *Behaviour Rating Inventory of Executive Function (BRIEF)*. Este instrumento es muy utilizado internacionalmente para la evaluación de las funciones ejecutivas, en aspectos y conductas del día a día, en pacientes de 5 a 18 años (Isquith, Crawford, Espy, & Gioia, 2005). El instrumento consta de dos formas de evaluación de los padres y profesores, las cuales pueden aplicarse en conjunto o por separado para indicar la frecuencia con la que aparecen una serie de conductas.

El test proporciona un perfil del desempeño de las funciones ejecutivas. Un pobre desempeño en estas tareas sugerirían la presencia de algún trastorno relacionado, como los trastornos conductuales de origen orgánico, dificultades de aprendizaje, problemas de atención/hiperactividad (TDAH), trastornos del espectro autista, trastornos emocionales y de conducta y otros trastornos del desarrollo. Los resultados pueden contribuir para el diagnóstico y planeación de la intervención con estos pacientes (Gioia, Isquith, Kenworthy, & Barton, 2002; Isquith et al., 2005).

- *Mesulam Continuous Performance Test (CPT)*. Este test fue desarrollado para evaluación de la atención visual y habilidades espaciales, sin embargo es un instrumento que ha mostrado ser una herramienta confiable para la evaluación y diagnóstico del TDAH. El CPT es una tarea que consiste en cancelar un objeto entre otros objetos distractores, lo más rápido posible. Los objetos están distribuidos de forma semi-aleatoria. La tarea evalúa atención concentrada y selectiva, el número total de omisiones presentadas indicaría la presencia de déficit atencional (Meyer & Lange, 2005).

- Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI), Subpruebas de Flexibilidad Cognoscitiva y planeación y organización (Pirámide de México). La ENI es una batería de pruebas elaboradas para explorar el desarrollo neuropsicológico infantil. Puede ser aplicada en niños de 5 a 16 años, y evaluar 12 procesos cognitivos, tales como: habilidades de construcción, memoria, habilidades de percepción, lenguaje, habilidades metalingüísticas, lectura, escritura, aritmética, habilidades espaciales, atención, habilidades conceptuales y funciones ejecutivas. Entre las tareas de evaluación de las funciones ejecutivas se destacan, la subprueba de flexibilidad cognoscitiva, la cual consiste en 54 tarjetas en las que el participante debe formar tres categorías (color, forma, número), sin que se le den pistas en relación a lo que se debe hacer en esta tarea.

La subprueba de la Pirámide de México permite examinar la planeación y organización. Su composición esta definida por tres bloques de diferente tamaño y color, los cuales deberán formar 11 diseños, realizando el menor número posible de movimientos. La ENI cuenta con datos de normas para la población de México y Colombia (Matute, Rosselli, Ardila, & Ostrosky-Solis, 2007), lo que la convierte en una herramienta atractiva.

En la práctica clínica, es necesario combinar las herramientas para lograr una evaluación más profunda. Sin embargo, el especialista deberá discriminar entre los instrumentos que le son factibles y los que no, según sea el caso. Es decir, se recomienda evitar saturar al paciente de escalas y pruebas que repitan objetivos, y más bien, se sugiere utilizar solo aquellas que son pertinentes según las características del paciente.

Por otro lado, es conveniente considerar que cuanto más pronto sea la evaluación, mayor será el conocimiento que se tenga sobre la evolución de los síntomas desde edades tempranas. Esto ayudará a elaborar intervenciones más enfocadas a las deficiencias específicas que enfrentan los niños con TDAH.

El tratamiento del TDAH

Debido a que los problemas conductuales asociados al trastorno son muy diversos y crónicos, se han desarrollado una gran variedad de intervenciones dirigidas a reducir los síntomas claves del mismo. Los tratamientos son prolongados, sólo controlan y disminuyen los síntomas, pero no curan.

Las intervenciones que han demostrado ser más efectivas son: farmacoterapia (medicamento), psicoeducación, modificación conductual, tratamiento cognitivo-conductual y orientación a padres y profesores (Vidal-Estrada, Bosch-Munso, Nogueira-Morais, Casas-Brugue, & Ramos-Quiroga, 2012).

La utilización de medicación en niños con TDAH ha sido profundamente debatida entre los investigadores y profesionales. Se sabe que la farmacoterapia tiene efectos positivos en el rendimiento escolar y en el control inhibitorio. Sin embargo, otras opciones de intervención como la psicoeducación y/o la terapia cognitivo/conductual ofrecen un entrenamiento más favorable en habilidades sociales, control emocional y conductual, así como en el funcionamiento en casa y escuela.

En ese sentido, algunos investigadores proponen programas de intervención que integren un trabajo entre psicólogos, profesores y familia. Con ello, se pretende mejorar las rutinas en casa, las actividades escolares, la independencia del niño, así como desarrollar habilidades sociales, de iniciativa, organización, y auto-control. Todo ello, a

partir de múltiples actividades escolares y en casa, que ocupan a los niños durante todo el día, de tal forma que implementen y generalicen nuevas formas de adaptación y funcionamiento en diferentes entornos (Pfiffner et al., 2007, 2011; Pfiffner, Villodas, Kaiser, Rooney, & McBurnett, 2013) .

Las intervenciones con mejores resultados son aquellas que incorporan en el tratamiento a padres, profesores y profesionales de diversas disciplinas, en distintos niveles de atención, como médicos generales y familiares, pediatras, psiquiatras generales, psiquiatras de niños y adolescentes, neurólogos, trabajadores sociales, y, por supuesto, psicólogos. Cada uno de ellos aporta su experiencia para abordar problemas específicos, o aspectos específicos, del trastorno. La integración de todas las áreas se denomina Tratamiento Multimodal (de la Peña et al., 2010; Vásquez et al., 2010).

Consideraciones finales

Como se ha venido mencionando en el presente texto, los síntomas del TDAH representan un sin número de problemas relacionados con el desenvolvimiento social, escolar y familiar de los niños. La concepción del trastorno enfrenta a la fecha un continuo debate cuya raíz esta en la diferencia entre las distintas teorías que tratan de explicar los síntomas, los criterios, y las características inherentes al TDAH, así como en la creciente demanda de diagnósticos en la infancia, las maneras de evaluarlo y las consecuencias, favorables o desfavorables de los tratamientos implementados.

Lo que sin duda parecería ser un acuerdo entre los investigadores, es que los niños con TDAH necesitan un apoyo especial por parte de sus padres y sus profesores, y una atención especial por parte de los profesionales. Esto imprime una demanda urgente de mayor cantidad de expertos que informen sobre las características del trastorno, y fomenten la prevención de futuros problemas. Especialistas que evalúen de forma

oportuna y planifiquen programas de intervención a partir de las características individuales de cada paciente.

Crear evaluaciones adecuadas, dará lugar a diagnósticos claros y certeros. Para ello es necesario que las diversas herramientas de evaluación sean respaldadas no sólo por la información del paciente, sino también por la de los padres y profesores, quienes además auxilien el diagnóstico sobre la evolución, presencia y estado de los síntomas (Artigas-Pallarés, 2003; Bonillo, Araujo, Jané, Capdevila, & Riera, 2011; Viñas et al., 2008).

Desde lo anterior, es posible concluir que la colaboración activa de profesionales, padres y profesores no es sólo necesaria en la evaluación sino también en la intervención. Trabajar de forma integral implica incluir al proceso de evaluación, diagnóstico e intervención, un análisis detallado de los diversos contextos en los que se desenvuelven los niños. Esto permitirá tener mejores resultados, con efecto directo en el desarrollo, funcionamiento social, conductual y emocional de los que lo padecen.

Así pues, toda evaluación y/o tratamiento será un sin sentido, si los especialistas no nos preocupamos por comprender a detalle las características conductuales, sociales, biológicas y cognitivas implícitas al TDAH.

Referencias

- American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement and Subcommittee on ADHD (2000). Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, *105*(5), 1158-1170.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR* (4th ed., text revision.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V* (Fifth Edition.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Araujo, E., Jané, M. C., Bonillo, A., Arrufat, F., & Serra, R. (2013). Executive Functioning in Children and Adolescents With Symptoms of Sluggish Cognitive Tempo and ADHD. *Journal of attention disorders*, 1087054713495442.
- Araujo, E., Jané, M. C., Bonillo, A., & Capdevila, C. (En prensa). Executive function associated to symptoms of Attention Deficit with Hyperactivity Disorder and Paediatric Bipolar Disorder. *Psicología: Reflexão e Crítica*.
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, *36*(1), 68–78.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (2nd ed.). New York [etc.]: Guilford Press.

- Barkley, R. A. (2001). The Inattentive Type of ADHD As a Distinct Disorder: What Remains To Be Done. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(4), 489-493. doi:10.1093/clipsy.8.4.489
- Barkley, R. A. (2011). *Niños Hiperactivos: Cómo Comprender Y Atender Sus Necesidades Especiales: Guía Completa Del Trastorno Por Déficit De Atención Con Hiperactividad (TDAH)* (3a edición.). España: Paidós Ibérica.
- Barragán, E., & de la Peña, F. (2008). Primer Consenso Latinoamericano y declaración de México para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en Latinoamérica. *Revista Médica de Honduras*, 76, 33-38.
- Blanca, M. J., Zalabardo, C., Rando, B., López-Montiel, D. & Luna, R. (2005). *Atención Global-Local AGL (Manual)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Bonillo, A., Araujo, E., Jané, M. C., Capdevila, C., & Riera, R. (2011). Brief Report: Validation of Catalan Version of BRIEF-P. *Child Neuropsychology*, 1-9. doi:10.1080/09297049.2011.613808
- Brown, T. E. (2006). *Trastorno Por Déficit De Atención: Una Mente Desenfocada en Niños Y Adultos*. Barcelona: Masson.
- Carlson, C. L., & Mann, M. (2002). Sluggish Cognitive Tempo Predicts a Different Pattern of Impairment in the Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Predominantly Inattentive Type. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(1), 123-129. doi:10.1207/153744202753441738
- de la Peña, F., Palacio, J. D. & Barragán, E. (2010). Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. *Rev. Cienc. Salud*, 8(1), 93-98.

- Farré, A., & Narbona, J. (2010). *Escalas para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Manual)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Garner, A. A., Marceaux, J. C., Mrug, S., Patterson, C., & Hodgens, B. (2010). Dimensions and Correlates of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Sluggish Cognitive Tempo. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(8), 1097-1107. doi:10.1007/s10802-010-9436-8
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Kenworthy, L. & Barton, R. M. (2002). Profiles of everyday executive function in acquired and developmental disorders. *Child Neuropsychology*, 8, 121-137.
- Hartman, C. A., Willcutt, E. G., Rhee, S. H., & Pennington, B. F. (2004). The Relation Between Sluggish Cognitive Tempo and DSM-IV ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(5), 491-503. doi:10.1023/B:JACP.0000037779.85211.29
- Henríquez-Henríquez, M., Zamorano-Mendieta, F., Rothhammer-Engel, F., & Aboitiz, F. (2010). Modelos neurocognitivos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y sus implicaciones en el reconocimiento de endofenotipos. *Revista de Neurología*, 50(2), 109–16.
- Isquith, P. K., Crawford, J. S., Espy, K. A. & Gioia, G. A. (2005). Assessment of executive function in preschool-aged children. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11(3), 209-215.
- Lahey, B. B. (2004). Three-Year Predictive Validity of DSM-IV Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Diagnosed at 4-6 Years of Age. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2014-2020. doi:10.1176/appi.ajp.161.11.2014
- Lahey, B. B., & Willcutt, E. G. (2010). Predictive Validity of a Continuous Alternative

to Nominal Subtypes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder for DSM-V. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(6), 761-775. doi:10.1080/15374416.2010.517173

Martínez-León, N. C. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *International journal of clinical and health psychology*, 6(2), 379-399.

Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A. & Ostrosky-Solís, F. (2007). *Evaluación Neuropsicológica Infantil ENI*. México: Manual Moderno.

McBurnett, K., Pfiffner, L., & Frick, P. (2001). Symptom properties as a function of ADHD type: An argument for continued study of sluggish cognitive tempo. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(3), 207-213. doi:10.1023/A:1010377530749

Meyer, L. & Lange, P. (2005). Application possibilities of the Mesulam Continuous Performance Test as a diagnostic screening device for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *South African Journal of Education*, 25(3), 198-202.

Milich, R., Balentine, A. C., & Lynam, D. R. (2001). ADHD Combined Type and ADHD Predominantly Inattentive Type Are Distinct and Unrelated Disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(4), 463-488. doi:10.1093/clipsy.8.4.463

Pfiffner, L. J., Kaiser, N. M., Bumer, C., Zalecki, C., Rooney, M., Setty, P., & McBurnett, K. (2011). From clinic to school: Translating a collaborative school-home behavioral intervention for ADHD. *School Mental Health*, 3(3), 127-142.

- Pfiffner, L. J., Villodas, M., Kaiser, N., Rooney, M., & McBurnett, K. (2013). Educational outcomes of a collaborative school-home behavioral intervention for ADHD. *School Psychology Quarterly*, 28(1), 25.
- Pfiffner, L. J., Yee Mikami, A., Huang-Pollock, C., Easterlin, B., Zalecki, C., & McBurnett, K. (2007). A randomized, controlled trial of integrated home-school behavioral treatment for ADHD, predominantly inattentive type. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(8), 1041-1050.
- Rickel, A., & Brown, R. (2008). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos*. México: Manual Moderno.
- Rooney, M. T., Fristad, M. A., Weller, E. B. & Weller, R. A. (2001). *Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes ChIPS*, (Manual). México: Editorial el Manual Moderno.
- Severa, M. & Cardo, E. (2007). ADHD Rating Scale-IV en una muestra escolar española: datos normativos y consistencia interna para maestros, padres y madres. *Revista de Neurología*, 45(7), 393-399.
- Ulloa, R. E. F., de la Peña, F., Palacios, L. C., Ortíz, S. L., Palacio, J. D. O., Grevet, E. H., Reséndiz, J. C. A., et al., (2009). Cuestionario para Escolares y Adolescentes Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (CEAL-TDAH). Construcción, descripción del instrumento y datos sociodemográficos y clínicos de la muestra. *Salud Mental*, 32, S55-S62.
- Vásquez, J., Cárdenas, E. M., Fera, M., Benjet, C., Palacios, L. & de la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Guías Clínicas para la atención de Trastornos Mentales*. México: Instituto Nacional de

Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Vidal-Estrada, R., Bosch-Munso, R., Nogueira-Morais, M., Casas-Brugue, M., & Ramos-Quiroga, J. A. (2012). Tratamiento psicológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: revisión sistemática. *Actas Esp Psiquiatr*, *40*(3), 147-154.

Viñas, F., Jané, M. C., Canals, J., Esparó, G., Ballespí, S., & Domènech-Llaberia, E. (2008). Evaluación de la psicopatología del preescolar mediante el Early Childhood Inventory-4 (ECI-4): concordancia entre padres y maestros. *Psicothema*, *20*, 481-486.

World Health Organization (2004). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Tabular list*. World Health Organization.