



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Factores que contribuyen a un falso diagnóstico de TDAH

07/24

TESINA

Que para obtener el título de
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Presenta

Mónica María Mendoza Ibáñez

Directora

Dra. Rosalía Tenorio Martínez

ÍNDICE

ÍNDICE	ii
INTRODUCCIÓN.....	iv
OBJETIVOS	v
JUSTIFICACIÓN.....	vi
CAPITULO I.....	1
GENERALIDADES DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	1
1.1 Antecedentes históricos.....	1
1.2. Comparación de los diferentes términos	3
1.3 El TDAH en las clasificaciones actuales	4
1.3.1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, predominantemente inatento	7
1.3.2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, predominantemente hiperactivo-impulsivo.....	8
1.3.3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, presentación combinada.....	8
1.4 Otras características clínicas asociadas	8
CAPITULO II.....	10
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	10
2.1 ¿Quién y cómo se diagnostica el TDAH?	10
2.2 Evaluación clínica	11
2.2.1 Entrevista	11
2.3. Pruebas complementarias.....	11
2.3.1 Escalas clinimétricas	11
2.3.2. Pruebas psicométricas	13
2.3.2.1. Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños V (WISC-V).....	13
2.3.2.2. Test Gestáltico Visomotor de Bender.....	14
2.4 Diagnóstico Diferencial	15
2.5 Curso y pronóstico.....	20
2.6 Tratamiento.....	21
2.6.1 Tratamiento farmacológico.....	22

2.6.1.2 Efectos psicológicos de los psicoestimulantes.....	23
2.6.2 Tratamiento psicológico.....	25
2.6.2.1. Modificación cognitiva-conductual.....	25
2.6.2.2. Terapia psicodinámica	26
2.6.3 Otros tratamientos para el TDAH.....	26
2.6.3.1 Tratamiento psicopedagógico	26
2.6.3.2. Dieta mediterránea	27
CAPÍTULO III	29
EL SOBRE DIAGNÓSTICO DEL TDAH Y LOS FACTORES QUE LO FAVORECEN	29
3.1 El problema del diagnóstico diferencial del TDAH	29
3.2 La industria farmacéutica y el disease mongering	31
3.2.1 El TDAH y contenidos de entretenimiento e información en medios e internet	32
3.2.2 Problemas en el establecimiento de límites y la impartición de la disciplina	34
CAPITULO IV.....	36
UN FALSO DIAGNÓSTICO DE TDAH	36
4.1 Viñeta clínica	36
4.2 Comentario	38
CONCLUSIONES.....	40
REFERENCIAS	42

INTRODUCCIÓN

No todas las personas saben a lo que nos referimos con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), sin embargo, cuando alguien menciona la palabra hiperactividad por sí sola, las personas saben a lo que uno se refiere, o eso es lo que creen. Hay gran cantidad de niños siendo etiquetados en sus escuelas como *niños hiperactivos*, y siendo canalizados ya sea al psicólogo escolar, particular o a instituciones públicas. Y así cuando los niños acuden con sus padres a la primera consulta por orden del profesor o director alegando que presentan TDAH y que por tal motivo presentan un bajo rendimiento escolar, cuando se lleva a cabo la entrevista sobre la vida escolar y familiar del niño, sus hábitos de sueño, alimentación y crianza, se puede observar que hay diversos factores que llevan a ese bajo rendimiento escolar, estos pueden ser un ambiente escolar y familiar inapropiado.

Incluso, muchas veces si el personal psicológico no cuenta con las herramientas necesarias para un adecuado diagnóstico, en vez de brindar una ayuda apropiada, se sigue otra línea de tratamiento, así, posiblemente llevándonos a un tratamiento psiquiátrico, donde se comienza a medicalizar al niño y esta sufra los efectos secundarios debido a un mal diagnóstico.

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar los factores que favorecen un falso diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Objetivos específicos

Documentar la conceptualización que se ha hecho acerca del TDAH desde el siglo XIX a la fecha.

Identificar los diagnósticos diferenciales del TDAH.

Caracterizar el papel que ha desempeñado la industria farmacéutica en el incremento de diagnóstico del TDAH.

JUSTIFICACIÓN

El motivo de este trabajo es brindar la información necesaria para que no se presente un diagnóstico incorrecto sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, ya que actualmente es muy común escuchar decir a las personas que algún niño es hiperactivo y así etiquetando al niño como “enfermo” o “problemático”. Esto se debe a la desinformación o información inadecuada que muchos obtienen de programas de televisión o imágenes informativas en redes sociales, ya que están dan características del trastorno y la gente las acepta y buscan que encuadren en las características de sus hijos sin conocer a fondo los criterios que se toman en cuenta para llegar a un diagnóstico.

Como padres en algunas ocasiones es difícil reconocer que es lo que lleva a los niños a ciertas conductas, por este motivo es más sencillo señalar que el problema viene desde el niño y no como los padres pueden influir en el.

CAPITULO I

GENERALIDADES DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

1.1 Antecedentes históricos

La Fundación Cadah (2012), documenta que las posiciones de los primeros clínicos de la psiquiatría como Esquirol darían una escasa cabida al trastorno mental entre los niños, puesto que aquel se definía como una alteración de la razón, supuesto no aplicable dependiendo la época a los niños, donde no existe razón, y deduciendo las alteraciones de comportamiento como hechos constitucionales en muchas ocasiones.

“De forma excepcional para la época, Sir Alexander Crichton (1763-1856), un médico escocés, escribió sobre una *inquietud mental* muy similar al subtipo inatento del TDAH. Crichton describe las características de este trastorno, que incluían la falta de atención y la inquietud en los niños, afirmando que se movían en exceso. Determino que los niños involucrados eran incapaces de mostrarse atentos en la escuela e hizo la sugerencia de que estos niños recibieran una de educación especial. Crichton menciona que estos síntomas suelen desaparecer cuando los pacientes alcanzan la edad adulta” (Ramos Quiroga, 2015)

En el año de 1901 el pediatra británico George Still, describió en las conferencias de Goulstonianas a un grupo de 43 niños a los que se denominó como la primera descripción clínica moderna del TDAH. Esta condición provoca un comportamiento impulsivo, hiperactivo, desafiante y una falta de atención en numerosos pacientes. Still consideraba que estos comportamientos inaceptables eran debido a un *defecto en el control moral*, ya que estos pacientes se mostraban en niveles normales de inteligencia.

Durante los años de 1917 y 1918 como consecuencia de las epidemias de encefalitis, distintos pediatras se percataron de un incremento en el número de

pacientes que mostraban síntomas de hiperactividad, falta de concentración e impulsividad. Se llegó a la conclusión que estos comportamientos se producían debido al daño cerebral de la encefalitis, ya que esta enfermedad causa inflamación en el cerebro. No obstante, conforme los niños afectados avanzaban en edad, se descubrió que, en su mayoría, eran muy inteligentes. Y así fue como se cambió el nombre a *daño cerebral mínimo*.

El trastorno con síntomas similares al TDAH apareció por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-II), de la American Psychiatric Association (APA), en 1968. Se le dio el nombre de *reacción hipercinética de la infancia*, y se consideraba como el síntoma fundamental de la hiperactividad.

El metilfenidato, es un estimulante el cual se comenzó a utilizar a mediados de los 50, en pacientes hiperactivos. expertos en la salud mental tenían la creencia de que la hiperactividad solo era una condición de la infancia y conforme se llegaba a la edad adulta se eliminaba.

Durante los años de 1970 a 1980, se mostró mayor interés en la inatención como parte del comportamiento del TDAH. Las doctoras Virginia Douglas y Susan Campbell determinaron que la falta de atención, de soñar despierto y la falta de concentración estaban relacionadas con la impulsividad verbal, física y cognitiva. En el DSM DE 1980 se incluyen criterios para diagnosticar el TDAH con y sin hiperactividad.

A finales de 1980, se cambió el enfoque que se centraba en la falta de atención y se introdujo la teoría de que el TDA era causado debido a que el cerebro no traducía de forma correcta la información que recibía el niño. La APA cambió el nombre del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), y define tres subtipos principales: el inatento, hiperactivo-impulsivo y el combinado. La Asociación Médica Americana (AMA) declaró que el trastorno de conducta mayormente investigado es el TDAH y que aún se desconoce la causa.

1.2. Comparación de los diferentes términos

Orellana (2012), enlista los diversos términos con que se ha conocido al TDAH desde el año 1798, que fue donde se comienzan a asociar los síntomas con la enfermedad, hasta el año presente, los cuales son los siguientes:

1798, Escocia, Gran Bretaña el médico Alexander Crichton lo denomina *Mental Restlessness (agitación o inquietud mental)*.

1902, Inglaterra, el pediatra George Still, lo denomina *Defecto del Control Moral*.

1917, el neurólogo Constantine von Economo, lo identifico como *Lesión cerebral mínima* y posteriormente *Disfunción cerebral mínima*, este término, persistió más allá de los años 80.

Durante los años 50 se consideró la hiperactividad como el síntoma-signo principal, haciendo que la inatención pase a segundo término y así dar paso al nuevo concepto de *Disfunción cerebral mínima*.

El termino Síndrome del Niño Hiperactivo se comenzó a ocupar a inicios de los 60's por Stella Chess y se consideró como un problema ambiental debido a fallas en la paternidad.

En el DSM-II, debido a las investigaciones y publicaciones de Leo Eisenberg y Mihe Rutter, se incluye como *Reacción Hiperkinética de la Infancia*.

En los 70's Virginia Douglas se centra nuevamente en la atención, resaltando las dificultades en la atención sostenida y el control de impulsos, y así se determina su enfoque en el DSM-III.

El término *Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad* se introdujo en el DSM-III Durante 1987 el DSM-III-R lo denomino *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad* de esta forma se descartaba a todos aquellos que presentaban inatención sin hiperactividad e impulsividad.

En el año de 1992, la Organización Mundial de la Salud da a la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), en la que reconoce al Trastorno de la Actividad y la Atención como una entidad clínica y es incluido en el capítulo de los Trastornos de la conducta y el Comportamiento de comienzo en la infancia y en la adolescencia.

En el año 2000, se publica el DSM-IV-TR donde se reconoce el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad e Impulsividad y define tres subtipos:

- a) Inatento
- b) Hiperactivo- impulsivo
- c) Combinado (inatento, hiperactivo e impulsivo)

De esta forma, quedan mejor definidos los criterios y se crean instrumentos de apoyo para el diagnóstico.

1.3 El TDAH en las clasificaciones actuales

Hoy en día nos podemos apoyar en dos criterios para diagnosticar el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad): DSM-5 (APA, 2013) y CIE-11 (OMS, 2022).

En la quinta edición del manual del DSM (APA, 2013) se define por la presencia de una triada sintomática caracterizada por hiperactividad, impulsividad e inatención. Los síntomas se presentan de modo heterogéneo en uno u otro paciente, con mayor intensidad para uno u otro componente de la triada.

El DSM-5 (2013) define las manifestaciones clínicas del trastorno como:

A. “Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

- a. Con frecuencia falla en presentar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requiere un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas

2. Hiperactividad e Impulsividad

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

- a. Con frecuencia golpea o juguetea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento
 - b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar)
 - c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto)
 - d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas
 - e. Con frecuencia esta “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor” (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que esta intranquilo o que le resulta difícil seguirlos)
 - f. Con frecuencia habla excesivamente
 - g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
 - h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).
 - i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).
- B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o en el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explica mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias)".

La CIE-11 (2022) presenta los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno hiperkinético:

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad se caracteriza por al menos una duración de seis meses de inatención y/o hiperactividad impulsividad, esta se presenta durante el periodo de desarrollo, que va de la niñez temprana a la mitad de la niñez. La falta de atención e hiperactividad impulsividad se encuentra por encima de los límites esperados de acuerdo con la edad y nivel intelectual, de igual forma obstruye las actividades académicas, laborales o sociales del niño. La falta de atención se caracteriza por la dificultad para mantener la atención en tareas o actividades que no presentan un estímulo o recompensas significativas, distracción o dificultades para la organización. Hiperactividad se refiere a una excesiva actividad motora y dificultad para permanecer quieto, esto se hace más evidente en situaciones que requieren de autocontrol. La impulsividad se caracteriza por actuar de forma inmediata a los estímulos, sin tener conciencia de los riesgos o consecuencias. Para diagnosticar el trastorno, este patrón de conductas debe ser claramente observable en más de un entorno.

1.3.1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, predominantemente inatento

Se cumplen todos los requisitos de definición para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los síntomas de falta de atención son predominantes en la presentación clínica. Cuando se habla de falta de atención se hace referencia a la dificultad significativa para sostener la atención en tareas con bajo nivel de

estimulación o recompensas frecuentes, distracción y problemas con la organización. Algunos síntomas hiperactivos-impulsivos también pueden estar presentes, pero estos no son clínicamente significativos en relación con los síntomas de inatención.

1.3.2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, predominantemente hiperactivo-impulsivo

Se cumplen todos los requisitos de definición para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los síntomas hiperactivos-impulsivos son predominantes en la presentación clínica. La hiperactividad describe una conducta motora excesiva que se da sobre todo en situaciones donde se requiere mantener el autocontrol en la conducta. La impulsividad se da cuando se actúa de forma inmediata a estímulos, esto sin medir los riesgos o consecuencias que esto pueda traer. Algunos síntomas de falta de atención también pueden estar presentes, pero estos no son clínicamente significativos en relación con los síntomas hiperactivo-impulsivos.

1.3.3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, presentación combinada

Se cumplen todos los requisitos de definición para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Ambos inatento e hiperactivo-impulsivo son clínicamente significativos, con ninguno de los cuales predomina en la presentación clínica. La falta de atención se refiere a la dificultad para mantener la atención en tareas que no proporcionan un alto nivel de estimulación o recompensas frecuentes, distracción y problemas con la organización.

1.4 Otras características clínicas asociadas

Según San Mauro Martín (2019) los infantes en una edad de 4 a 9 años, que mantienen un hábito alimenticio alto en azúcares refinadas y grasas saturadas, con deficiencia en el consumo de frutas y verduras tienden a presentar síntomas de TDAH.

Asimismo, señala que usualmente las personas con TDAH omiten ingerir una segunda porción de verduras al día y su consumo de pescado, legumbres y pasta o arroz es menor. Se ha notado también que saltarse el desayuno y comer en restaurantes de comida rápida se asocia con síntomas de TDAH.

Existen diversos factores perinatales que influyen o alteran el neurodesarrollo infantil, Rivas (2017) menciona como factores ligados al diagnóstico de TDAH, los siguientes bajo peso, prematuridad, abuso de sustancias durante la gestión, también se pueden encontrar factores ambientales y psicosociales como la pobreza, estrés y maltrato.

Vera (2007) hace mención que los niños con diagnóstico de TDAH, manifiestan trastornos del lenguaje, problemas de comunicación, y alteraciones en su ciclo de sueño. Cuando los niños ingresan a la primaria, esta sintomatología se hace más notoria; aunque presentan una inteligencia dentro de lo normal, pueden tener dificultades en lectoescritura, matemáticas, dibujo, lateralidad, ubicación espacial y discernimiento en el tamaño de objetos.

CAPITULO II

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

2.1 ¿Quién y cómo se diagnostica el TDAH?

Recurrentemente se deriva a niños al servicio de psicología, ya que su docente a cargo refiere que es hiperactivo o tiene déficit de atención. Los padres asumen que así es, sin embargo ¿Quién es el personal adecuado para diagnosticarlo?

Como dice Soutullo (2007) un diagnóstico adecuado y a tiempo es necesario para el tratamiento del TDAH y prevenir sus complicaciones. Quienes primero sospechan un probable TDAH son los padres, profesores, psicólogos escolares, pedagogos o pediatras. Un pediatra con experiencia y formación puede hacer un diagnóstico inicial e incluso iniciar un tratamiento. Sin embargo, los pediatras o la mayoría de ellos no cuentan con la formación correcta para realizar dicho diagnóstico, es por ello que se ha tenido la intervención de neuropediatras, neurólogos o psiquiatras con experiencia en psiquiatría infantil o adolescente.

Generalmente el psiquiatra infantil y del adolescente son los que determinan un diagnóstico definitivo y están capacitados para dar continuidad de un adecuado tratamiento. Ya que se ha diagnosticado, el médico determina el tratamiento, que puedo incluir la participación de diferentes especialistas (psicólogo, pedagogo, profesor de apoyo, etc.). Siempre que exista sospecha de TDAH se debe realizar una adecuada evaluación por un médico experto en el diagnóstico y tratamiento de dicho trastorno.

Cabe mencionar que no solo los médicos psiquiatras pueden establecer este diagnóstico, sino también psicólogos con una especialidad en psicología clínica, psicología infantil y del adolescente y en neuropsicología.

2.2 Evaluación clínica

Si bien no basta con observar la conducta del niño para diagnosticarlo con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, hay una serie de pasos y pruebas por los que este debe de pasar para que se diagnostique de forma adecuada,

2.2.1 Entrevista

Soutullo (2007) propone que para llevar a cabo el primer paso el médico debe realizar una entrevista con los padres y el niño, para dar una descripción adecuada de la problemática que se vive con él. Es normal que sea la madre quien aporte más detalles a la entrevista, ya que es ella quien pasa la mayor parte del tiempo con el niño, además de esto es necesario contar con la historia de desarrollo del niño, si alguno de sus familiares ha sido diagnosticado con TDAH, se debe pedir en detalle el contexto familiar en el que vive el menor y su desempeño en la escuela, incluidos reportes que den de su conducta. La entrevista con el menor ayuda al médico a evaluar su capacidad de atención, impulsividad e hiperactividad, se debe observar la conducta del niño mientras espera a sus padres, para esto también se puede pedir ayuda de las enfermeras. Durante la entrevista se deben descartar otras patologías. Las respuestas que presenta el niño el niño con TDAH son normalmente *sí, no, no se o no me acuerdo*, se distrae fácilmente, cambia de tema o incluso ignora al médico. Solloa (2006), nos dice que es importante que, al iniciar la entrevista con el niño, las preguntas vayan enfocadas a saber que piensa el niño sobre la consulta, la actitud sobre sus relaciones familiares y relación con sus compañeros.

2.3. Pruebas complementarias

2.3.1 Escalas clinimétricas

Soutullo (2007) Posterior a la entrevista, el médico, psicólogo o profesor puede utilizar cuestionarios específicos para detectar síntomas de TDAH, estos cuestionarios no deben utilizarse como único método para diagnosticar el TDAH. No hay que olvidar recoger la información precisa de los profesores, ya que es más fácil detectar los síntomas en el ambiente escolar, ya que muchas de sus actividades requieren de control de impulsos y los niños con TDAH carecen de esta capacidad.

Solloa (2006) nos dice que el uso de cuestionarios es común para una evaluación psiquiátrica: a continuación se muestran algunos de los cuestionarios que propone:

Cuestionarios para padres:

- “Escala revisada de Conners para padres, Conners Parent Rating Scale Revised (CPRS-R), de Goyette, Conners y Urich, 1978.
- Cuestionario de Situaciones en la Casa, Home Situations Questionnaire (HSQ), de Barkley, 1981.
- Lista de Revisión de la Conducta del Niño, Child Behavior Checklist (CBCL), de Achenbach y Edelbrock, 1983.
- Escala de Competencia Social, Social Competence Scale, (SCS), de Achenbach y Edelbrock, 1983.
- Inventario Infantil de Yale Children’s Inventory (YCI), de Schnell, Shaywitz y Towle, 1986.

Cuestionarios para maestros:

- Escala para Maestros de Conners, Conners Teacher Rating Scale (CTRS) de Conners, 1969, y Goytte y cols., 1978.
- Escala de Autocontrol, Self Control Rating Scale (SCRS), de Kendall y Wilcox, 1979.
- Cuestionario de Situaciones Escolares, School Situations Questionnaire (SSQ), de Barkley, 1981.
- Lista de Revisión de la Conducta del Niño, Forma para Maestros, Child Behavior Checklist: Teacher Report Form (CBCLTRF), de Achenbach y Edelbrock, 1983.
- Escala Completa para Maestros del Trastorno por Déficit de Atención, Attention Deficit Disorder Comprehensive Teacher Rating Scale (ACTeRS), de Ullman, Sleator y Sprague, 1984.
- Perfil de Atención-Hiperactividad de Edelbrock, Edelbrock Child Attention/Activity Profile, CAP.”

Para Soutullo (2007) la mayoría de los niños no necesitan estudios neurológicos como electroencefalogramas o estudios de neuro-imagen como tomografía axial computarizada (TAC) o resonancia magnética (RM). El médico ocasionalmente solicita laboratorios complementarios como un hemograma con la finalidad de descartar anemia, ionograma para comprobar la función renal y descartar alteraciones electrolíticas; perfil hepático para verificar que hay una adecuada función del hígado; y perfil tiroideo para descartar funcionamiento anormal en la tiroides. Igualmente, en algunos casos, se puede solicitar un electroencefalograma (EEG) para descartar algunos tipos de epilepsia o una resonancia magnética contrastada para descartar anomalías o mal formaciones cerebrales.

2.3.2. Pruebas psicométricas

Actualmente no existe alguna prueba con la que se pueda diagnosticar al 100% si un infante tiene TDAH. Hay que recordar que el diagnóstico, se obtiene del conjunto de la entrevista con padres, profesorado y el menor, así como realización de exámenes físicos, exámenes médicos complementarios y pruebas psicológicas.

2.3.2.1. Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños V (WISC-V)

Esta escala fue creada por David Wechsler, su última adaptación española fue en el 2015. Las variables que se pretenden medir son la inteligencia y aptitudes, consta de 15 pruebas que se dividen en tres niveles: la escala o CI total, los índices primarios (comprensión verbal, viso-espacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento) y los índices secundarios (razonamiento cuantitativo, memoria de trabajo auditiva, no verbal, capacidad general y competencia cognitiva). Es importante, mencionar que en la WISC-V se eliminó el índice de razonamiento perceptivo (IRP) y se sustituyó por índice viso-espacial (IVE) y el índice de razonamiento fluido (IRF).

Son diversas áreas en las que se puede ocupar como: psicología clínica, psicología educativa, neuropsicología, psicología forense y servicios sociales.

La edad de la población en la que es aplicable es entre los 6 años 0 meses y 16 años y 11 meses. Sirve para el diagnóstico de altas capacidades; diagnóstico de discapacidad intelectual leve o moderado; diagnóstico de trastornos de aprendizaje, disfunciones neuropsicológicas. También es aplicable a poblaciones con alteraciones atencionales, como el TDAH.

También es importante contar con el nivel intelectual del niño, para lo que es recomendable aplicar el test de WISC. Los test de inteligencia permiten descartar que el bajo rendimiento se deba a otros trastornos del aprendizaje.

2.3.2.2. Test Gestáltico Visomotor de Bender.

Bender (1999) diseñó este test entre los años de 1932 y 1938, pertenece tanto a los test visomotores como a los gestálticos. Este test clínico tiene diversas aplicaciones psicológicas y psiquiátricas, ya que ayuda a explorar el desarrollo de la inteligencia infantil, y a diagnosticar diferentes síndromes clínicos de deficiencia mental, afasia, desórdenes cerebrales orgánicos, psicosis mayores y psiconeurosis. La aplicación del test consiste en pedirle al individuo que copie la nueve figuras que se le muestran en las tarjetas y a través de esto se evalúa al individuo sobre sus estímulos perceptuales.

Este test cuenta con numerosas aplicaciones psicológicas y psiquiátricas, dentro de las que se encuentran: la exploración del desarrollo de la inteligencia infantil y diagnóstico de diversos síndromes clínicos de deficiencia mental, afasia, desórdenes cerebrales orgánicos, psicosis mayores, simulación de enfermedades y psiconeurosis, dentro de estos se puede encontrar al TDAH.

Si bien, como se ha mencionado anteriormente, no existe una prueba para diagnosticar TDAH, existen indicadores como los que se mencionan a continuación:

- *Sustitución de círculos por rayas*, en los niños esto puede estar relacionado con la impulsividad y falta de interés o atención.
- *Aumento Progresivo de Tamaño*, que está relacionado con poca tolerancia a la frustración e impulsividad. Hay algunos casos donde se

indican conductas disruptivas e incluso violentas, estos aparecen a menudo en niños con TDAH.

- *Repaso de las figuras y las líneas*, que se relaciona con agresividad e impulsividad.

2.4 Diagnóstico Diferencial

Solloa (2006) recomienda que para llevar a cabo un diagnóstico se requiere un análisis cuidadoso y metódico, por el cual propone lo siguiente:

- a) Determinar si la edad motora excesiva que presenta el niño es efectivamente inapropiada para su edad. Una de las formas para lograr esto se lleva a cabo a través de la historia del desarrollo, para apoyar la cronicidad y persistencia de síntomas.
- b) Ya que se ha determinado que las dificultades de atención y actividad motora son inadecuadas para su edad, hay que valorar si son o no reflejo de ansiedad y/o depresión.

Una causa común por la cual un niño o adolescente puede ser hiperactivo y tener problemas para concentrarse, es la ansiedad, ya que a través del aumento de la actividad motora es como la descargan.

De igual forma la depresión también puede llegar a causar hiperactividad, en los niños esta se puede presentar a través de irritabilidad y berrinches, y así es como los niños que presentan la depresión de esta manera pueden parecer hiperactivos. Si se llega a presentar signos de problemas emocionales, se deben diferenciar los problemas emocionales que son responsables de la dificultad para atender, hiperactividad y bajo rendimiento académico, de los que son consecuencias debido al bajo rendimiento escolar o problemas interpersonales por presentar TDAH, debido a esto se pueden presentar problemas emocionales secundarios como son baja autoestima, falta de motivación y conductas agresivas. Aquí los problemas emocionales son consecuencia del trastorno y no la causa de este.

Los niños con padres que presentan trastornos tales como esquizofrenia o trastorno maniaco-depresivo tienen mayor riesgo de presentar estos trastornos en la edad adulta.

El DSM-5 (2013) nos muestra los diferentes trastornos diferenciales y en qué son distintas sus características en relación con el TDAH, como se muestra a continuación:

- *Trastorno negativista desafiante.* Los individuos con trastorno negativista desafiante pueden resistirse a realizar un trabajo o las tareas escolares que requieren dedicación porque se resisten a amoldarse a las exigencias de los demás. Su comportamiento se caracteriza por la negatividad, la hostilidad y el desafío. En los individuos con TDAH se tienen que distinguir estos síntomas de la aversión a la escuela o hacia las tareas mentalmente exigentes debido a la dificultad de mantener el esfuerzo mental, al olvido de las instrucciones y a la impulsividad. El diagnóstico diferencial es aún más complicado por el hecho de que algunos individuos con TDAH pueden desarrollar actitudes negativistas secundarias hacia este tipo de tareas y devaluar su importancia”.
- *Trastorno explosivo intermitente.* El TDAH y el trastorno explosivo intermitente comparten altos niveles de conducta impulsiva. Sin embargo, los individuos con trastorno explosivo intermitente muestran una hostilidad pronunciada hacia los otros que no es característica del TDAH, y no presentan los problemas para sostener la atención que se observa en el TDAH, además, el trastorno explosivo intermitente es raro en la infancia. El trastorno explosivo intermitente se puede diagnosticar en presencia de un TDAH.
- *Otros trastornos del neurodesarrollo.* La actividad motora elevada, que puede ocurrir en el TDAH, se debe distinguir del comportamiento motor repetitivo que caracteriza al trastorno de movimientos estereotipados y a algunos casos de trastorno del aspecto autista. En el trastorno de movimientos estereotipados, se puede observar un comportamiento

físico de repetición y fijo, en donde encontramos balanceos corporales y constantes mordeduras, en comparativa con el TDAH que muestra jugueteo e inquietud perseverante. En el trastorno de Tourette, los frecuentes tics múltiples se pueden confundir con la tendencia a jugar generalizada del TDAH. Para poder diferenciar entre tics y jugueteo se puede requerir que se vigile de forma prolongada.

- *Trastorno específico del aprendizaje.* Los niños diagnosticados con este trastorno pueden presentar inatención por la frustración, desinterés o capacidad limitada. Sin embargo, en individuos con trastorno específico del aprendizaje, que no tienen TDAH, la inatención no conlleva deterioros fuera del trabajo académico.
- *Discapacidad intelectual* (trastorno del desarrollo intelectual). Con frecuencia podemos encontrar niños que están en situaciones académicas no apropiadas para su capacidad intelectual. En estos casos, los síntomas no son evidentes durante las tareas no académicas- el diagnóstico de TDAH en caso de discapacidad intelectual requiere que la inatención o la hiperactividad sea excesiva para la edad mental.
- *Trastorno del espectro autista.* Los individuos con TDAH y los que tienen trastorno del espectro autista muestran inatención, disfunción social y un comportamiento difícil de manejar. La disfunción social y el rechazo de los compañeros que observan en los individuos con TDAH se debe distinguir de la desvinculación social, del aislamiento y de la indiferencia a las señales de comunicaciones faciales y tonales que se observan en los individuos con trastornos del espectro autista. Los niños con trastorno del espectro autista pueden tener rabietas por su incapacidad de tolerar los cambios en el curso de acontecimientos esperados. En cambio, los niños con TDAH pueden portarse mal o tener o una rabieta durante una transición importante a causa de su impulsividad o de su autocontrol bajo.
- *Trastorno de apego reactivo.* Los niños con este trastorno pueden presentar desinhibición social, pero no todos los síntomas centrales del TDAH; también presentan rasgos, como relaciones poco duraderas.

- *Trastornos de ansiedad:* el TDAH comparte los síntomas de inatención con los trastornos de ansiedad. Las personas con TDAH presentan inatención esto debido a su atracción a estímulos externos, por las actividades nuevas o por desviar su pensamiento en actividades agradables. Esto se distingue de la inatención debida a la reocupación y la rumiación que se observa en los trastornos de ansiedad. La inquietud también es característica de los trastornos de ansiedad, pero, en el TDAH, no se asocia a la preocupación y rumiación.
- *Trastornos depresivos.* Las personas con trastornos depresivos pueden mostrar insuficiencia para concentrarse. Sin embargo, la baja concentración en los trastornos del estado de ánimo solamente llega a ser prominente durante los episodios depresivos.
- *Trastorno bipolar.* Los individuos con trastorno bipolar pueden tener una intensa actividad, escasa concentración y mucha impulsividad, pero estas características son episódicas y se manifiestan de forma continua durante varios días seguidos. En el trastorno bipolar, una elevada impulsividad o inatención se presenta junto con un estado de ánimo elevado, de grandiosidad y de otros síntomas bipolares específicos. Los niños con TDAH pueden presentar cambios relevantes en su estado de ánimo; esta labilidad es diferente a la de un episodio maniaco, que debe durar cuatro días o más para considerarse un indicador clínico del trastorno bipolar, inclusive en los niños. El trastorno bipolar es raro en los preadolescentes incluso cuando son prominentes la irritabilidad y la ira graves, mientras que el TDAH es frecuente en los niños y en los adolescentes que muestran ira e irritabilidad excesivas.
- *Trastorno desregulación disruptiva del estado de ánimo.* El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se caracteriza por irritabilidad generalizada, intolerancia y frustración, pero la impulsividad y la atención desorganizada no son las características principales. Sin embargo, la mayoría de los niños y los adolescentes con este trastorno

tiene síntomas que también cumplen los criterios de TDAH, que se diagnostica por separado.

- *Trastorno por consumo de sustancias.* Diferenciar el TDAH de los trastornos por consumo de sustancias puede ser problemático si la primera presentación de los síntomas del TDAH sigue al inicio del abuso o consumo frecuente. Para el diagnóstico diferencial podría ser esencial u obtener pruebas claras de la presencia de un TDAH antes del abuso de sustancias a partir de los informantes o de informes previos.
Otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad especificada
- *Trastornos de la personalidad.* En los adolescentes y los adultos puede ser difícil distinguir el TDAH de los trastornos de personalidad límite, narcisista y otros. Estos trastornos pueden compartir rasgos de desorganización, intrusividad social, desregulación emocional y desregulación cognitiva. Pero el TDAH no se caracteriza por miedo al abandono, autolesión, ambivalencia extrema y otros rasgos de los trastornos de la personalidad. Se pueden necesitar observaciones clínicas extensas entrevistas con informantes o una historia detallada para distinguir el comportamiento impulsivo, socialmente intrusivo o inapropiado del comportamiento narcisista, agresivo o dominador para hacer este diagnóstico diferencial.
- *Trastornos psicóticos.* No se diagnostica con TDAH si la inatención e hiperactividad solo aparecen durante un trastorno psicótico.
- *Síntomas de TDAH inducidos por medicación.* Los síntomas de inatención, hiperactividad o impulsividad atribuibles al uso de medicación (p. Ej., broncodilatadores, isoniacida, neurolépticos que producen acatisia), medicación sustitutiva del tiroides), se diagnostican como otros trastornos especificados o no especificados relacionados con otras sustancias (o sustancias desconocidas).
- *Trastornos neurocognitivos.* Que se sepa, el trastorno neurocognitivo mayor (demencia) de inicio temprano y el trastorno neurocognitivo leve

no se asocian al TDAH, pero pueden presentar características clínicas similares. Estas afecciones se distinguen del TDAH por su inicio tardío. “

2.5 Curso y pronóstico

Cantweell (1985) menciona que se han postulado tres hipótesis que se relacionan con el pronóstico para quienes presentaron TDAH durante su niñez:

- “Hipótesis de inmadurez en el desarrollo: Sugiere que la mayoría, si no es que todos los niños con TDAH, al crecer dejan de presentar los síntomas básicos del síndrome.
- Hipótesis de manifestación continua: Esta hipótesis sugiere que los síntomas básicos del TDAH persisten de una forma modificada en la adolescencia.
- Hipótesis de deterioro en el desarrollo: Esta teoría postula que el síndrome del TDAH en la infancia predispone a la aparición de otros trastornos psiquiátricos, tales como de personalidad antisocial, alcoholismo, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, síndrome de Tourette y algunos subtipos de esquizofrenia.”

El curso y pronóstico dependen de la capacidad intelectual, ambiente familiar, gravedad de los síntomas, presencia de conductas agresivas y nivel socioeconómico del niño durante su desarrollo con TDAH.

Young (2013) nos dice que a través de investigaciones se ha mostrado que aquellos adolescentes que presentan antecedentes de TDAH experimentan rechazo de parte de sus compañeros, es más probable que tengan menos amigos íntimos y son más vulnerables a sufrir acoso escolar, esto es más frecuente en chicas que en chicos, sobre todo en las chicas que presentan subtipo de falta de atención. Estos chicos debido a la estigmatización que perciben los puede llevar a desarrollar consecuencias negativas, tales como síntomas de ansiedad, estrés social y depresión. También se puede asociar a baja autoestima y en algunos casos pensamientos suicidas.

Se ha detectado TDAH en adultos de 55 años y más, presentando nuevas dificultades propias en su etapa de desarrollo como son problemas respecto a las relaciones de pareja, problemas en la búsqueda y mantenimiento de trabajo. El TDAH en la edad adulta también se asocia con arrestos, infracciones de tráfico en los adultos jóvenes. Se han dado a conocer datos donde se indica que la criminalidad se puede reducir a un tercio si el TDAH es tratado (Young, 2013).

La página de «Impacto del TDAH en la vida» (2020) explica que este trastorno tiene repercusiones no solo en la vida de quien lo presenta, sino también, en quienes lo rodean. Conforme más grave sea la sintomatología mayormente se afectará la vida del paciente, en muchas de las áreas de la vida de este, hablando psicosocialmente, estas personas pueden presentar un comportamiento hostil y disruptivo, se ven frustrados cuando se les provoca, tienden a ser menos empáticos y disminuye su capacidad de culpabilidad. La probabilidad de que los niños diagnosticados sean invitados a eventos como cumpleaños y actividades extraescolares disminuye, incluso el crear relaciones con sus compañeros y generar relaciones de amistad se ve afectado. En el caso de los adolescentes que padecen este trastorno tiende a aumentar el tener relaciones sexuales a edad temprana, aumento de riesgo en enfermedades de transmisión sexual y son más propensos a los embarazos por debajo de los 20 años.

2.6 Tratamiento

Dada la complejidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, se requiere que el tratamiento se realice desde diferentes áreas y disciplinas. Solloa (2006) nos dice que la terapia multimodal por largos periodos reduce el riesgo de un pronóstico negativo durante la adolescencia y la adultez. Durante el tratamiento se debe involucrar a la familia y profesores que están involucrados con el niño, el objetivo de la terapia es guiar al niño a través de los periodos problemáticos durante su desarrollo.

Las intervenciones que han logrado mayor efectividad son: farmacoterapia y tratamiento psicológico.

Barragán (2002) dice que es importante trabajar la *inteligencia emocional* para construir una personalidad fuerte y segura. Para desarrollar la inteligencia emocional el mejor tratamiento es el multimodal. Aquí es el equipo quien define las especificaciones del tratamiento, como el control del medicamento que estará a cargo de médicos especialistas, entre los que encontramos neurólogo pediatra y paidopsiquiatra. La terapeuta familiar junto con neuropsicólogo, o psicólogo, determinarán el tratamiento para el niño y su familia.

2.6.1 Tratamiento farmacológico

Solloa (2006) nos dice que más del 70% de niños con TDAH que han sido medicados muestran mejoría en sus conductas. Esta información se obtiene a partir de cuestionarios aplicados a padres y profesores, pruebas de ejecución y observaciones directas. Los fármacos que se utilizan para niños con TDAH se dividen en: estimulantes y antidepresivos. Los estimulantes incrementan el nivel de alerta del sistema nervioso central, ya que su estructura es similar a algunos neurotransmisores y se les denomina *agentes parasimpáticos*. Los tres estimulantes que más son usados son el clorhidrato de metilfenidato (Ritalin), la anfetamina (Dexedrina) y la pemolina (Cylert). De estos estimulantes el único que está disponible en México es el metilfenidato, tanto en marca innovadora, como en genérica, así como en modalidades de liberación rápida y liberación prolongada. La dosis del medicamento se prescribe en proporción al peso del menor y se requiere de una dosis de metilfenidato de 1mg por cada kilogramo de peso corporal. Cuando es de liberación rápida se administra en dosis divididas durante el desayuno y almuerzo, siendo la dosis del desayuno el doble de la del almuerzo para prevenir insomnio.

Igualmente encontramos medicamentos de liberación prolongada como el Concerta que es conocido genéricamente como *metilfenidato de acción prolongada*, en las indicaciones farmacológicas descritas en el 2022 la Editorial Para Los Médicos (PLM) describe que este medicamento está indicado para tratar el TDAH, su utilización debe formar parte de un programa de tratamiento integral para pacientes con este padecimiento. Para poder prescribir este medicamento se debe hacer una evaluación

detallada de los síntomas. Este no debe ser utilizado en pacientes que presenten síntomas secundarios debido a factores ambientales u otros trastornos psiquiátricos. El clorhidrato de metilfenidato es un estimulante del sistema nervioso central, no se sabe cuál es el mecanismo de acción sobre el TDAH, actualmente se considera que realiza un bloqueo al recapturar norepinefrina y dopamina que se dirige al interior de las neuronas pre sinápticas, por consiguiente, se incrementa su liberación en el espacio extra neural. Referente a la farmacocinética no presentó diferencias si se administra después del desayuno con alto contenido en grasas. El Concerta es la marca más conocida del metilfenidato en liberación prolongada, sin embargo, es principalmente utilizado en adolescentes y adultos y no ha sido probado en niños menores de 6 años de edad. Este medicamento está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad al fármaco y que padecen ansiedad ya que el fármaco puede agravar los síntomas.

Referente a los antidepresivos, el que más se utiliza es la imipramina (Tofranil) y solo se recomienda cuando los estimulantes están contraindicados.

Otro medicamento que se utiliza específicamente para el tratamiento de TDAH es la Atomoxetina, y la PLM (2022) lo describe como “un inhibidor potente del transportador presináptico de norepinefrina con afinidad mínima por otros receptores noredrenérgicos o por otros transportadores de neurotransmisores o receptores”. Como ya se mencionó anteriormente, se prescribe para TDAH en niños mayores a 6 años de edad, adolescentes y adultos. Hablando específicamente de la marca Strattera, se ha comprobado en múltiples estudios en niños de entre 6 y 16 años que después de ser medicados han mostrado mejoría en los síntomas. Las reacciones secundarias pueden ser enfermedades cardiovasculares, oculares, gastrointestinales, metabólicas, del sistema nervioso, cutáneas y psiquiátricas.

2.6.1.2 Efectos psicológicos de los psicoestimulantes

Uriarte (2018) dice que los psicoestimulantes aumentan el estado de alerta, disminuyen la sensación de fatiga, elevan el estado de ánimo, incrementan la iniciativa, la confianza, la capacidad de concentración. Ya que el efecto ha pasado, se presenta

un estado de fatiga y depresión, en algunos casos también se puede presentar mareo, cefalea, agitación, confusión y angustia. Solloa (2006) nos dice que también puede existir falta de apetito, inhibición del crecimiento, e incremento en el ritmo cardiaco. Estos síntomas pueden disminuir al reducir la dosis o bien hasta que con el tiempo el organismo se acostumbre al medicamento. Algunos niños también pueden llegar a presentar tics nerviosos, como morderse uñas o labios. Gadow (referido por Solloa, 2006) refiere que la medicación con estimulantes en niños con TDAH actúa de forma positiva, sobre todo en actividad dirigida a metas, en medidas de atención, estilo cognitivo e interacciones del niño con sus padres.

La ventaja de los antidepresivos es que no producen irritabilidad como los psicoestimulantes, incluso después de varias semanas de uso producen mejora en el estado de ánimo y al parecen de igual forma hay mejorías cognitivas que con los estimulantes y menos efectos secundarios, sin embargo, algunos efectos secundarios de estos son boca seca, dolor estomacal, mareo, insomnio, pulso elevado e incremento de la presión.

El tratamiento farmacológico debe ser utilizado dependiendo la severidad de los síntomas, si ya se han tomados terapias y no han dado resultado. Si económicamente se puede tratar farmacológicamente, que haya una adecuada aplicación por parte de los padres del menor. Si hay abuso de drogas dentro de la familia este tratamiento se debe evitar para que no exista un mal uso de los medicamentos y, sobre todo, saber la opinión del niño cuando son mayores o adolescentes.

Hay que recordar que el medicamento que se prescribe a los pacientes diagnosticados con TDAH pertenece al grupo de psicoestimulantes y antidepresivos, sin embargo, como se dijo anteriormente estos pueden llegar a tener efectos secundarios. Uriarte (2018) nos dice que ya que ha pasado el efecto esperado de los psicoestimulantes se presenta fatiga, depresión, tensión psicósomática, sequedad de boca, palpitaciones, insomnio, agresividad, alucinaciones, estado de pánico, diarrea, puede crear dependencia y en algunos casos hipertensión arterial. Por otro lado, los antidepresivos pueden ocasionar pérdida de apetito, vomito, visión borrosa,

hipotensión ortostática, bloqueo auriculoventricular, aumento o disminución de peso, insomnio y ansiedad.

2.6.2 Tratamiento psicológico

2.6.2.1. Modificación cognitiva-conductual

Solloa (2006) dice que la modificación cognitiva-conductual (CBM) es un tratamiento utilizado basado en el trabajo de Luria y Vigotski, quienes sugieren que durante el desarrollo los niños aprenden a controlar su conducta utilizando verbalizaciones autodirigidas. Esta teoría dice que el niño gana autocontrol respondiendo a las instrucciones de otros y después usa auto instrucciones.

Entrenamiento en auto instrucciones

Su objetivo terapéutico es modificar las cogniciones mientras se habla a uno mismo. En su aplicación a niños con TDAH se dirige a suprimir las conductas impulsivas, aumentar la capacidad de atención, y facilitar el automonitoreo y auto reforzamiento. Este entrenamiento se debe complementar con estrategias de monitoreo cognitivo. Este tratamiento intenta simular y construir la secuencia de desarrollo incluyendo pasos como: instrucción directa, modelamiento, ensayo abierto y encubierto por parte del niño.

Orientación y entrenamiento para padres

En todo trastorno es importante estar en contacto con los padres para tener un mejor resultado del tratamiento. Según Dubey, et al. (año), la educación a los padres debe ser un prerrequisito para el manejo conductual adecuado del niño. El terapeuta debe estar capacitado para brindar información sobre el trastorno, sus causas, su manifestación, su curso y tratamiento, así como para entrenar a los padres en técnicas de manejo conductual. Existen diversos programas de entrenamiento para padres, uno de ellos es el desarrollado por Du Paul (año), que consta de nueve sesiones que pueden ser individuales o en grupo. Cada sesión puede durar de una hora y media a dos horas y siguen una secuencia similar, en la que se revisa la información proporcionada en la sesión anterior, se conversa sobre las dificultades y se supervisan

las tareas que se hayan dejado, posterior a esto el terapeuta induce la nueva información y la sesión concluye con retroalimentación y una nueva tarea.

2.6.2.2. Terapia psicodinámica

Solloa (2006) refiere que según la investigadora Gabrielle Weiss el tratamiento psicodinámico no se ha utilizado lo necesario con niños hiperactivos, esto es relevante debido a que esta terapia a corto plazo es menos efectiva en niños hiperactivos que en los que presentan ansiedad o depresión. Weiss hace la recomendación para que se desarrollen métodos en el tratamiento psicodinámico, sobre todo para que estos puedan conocer y entender su trastorno y así poder desarrollar confianza en sí mismos.

2.6.3 Otros tratamientos para el TDAH

2.6.3.1 Tratamiento psicopedagógico

El objetivo de este método de intervención es que el niño con TDAH modifique la forma de relacionarse y de trabajar dentro del aula. Para este tipo de intervención se aplican estrategias destinadas a modificar la conducta como son: coste de respuesta, tiempo fuera, extinción e informe diario de actividades en clase, por mencionar algunas. Otras de las estrategias que se ocupan para modificar la situación del menor dentro de su aula son: ubicarlo cerca del profesor, acercarlo dentro de un grupo de compañeros que puedan apoyarlo en su trabajo. Adecuar el estilo de enseñanza utilizado por el docente, disminuir la cantidad de trabajo al niño para que se adapte a su capacidad de atención, las tareas largas se pueden dividir y establecerlas en diferentes periodos de tiempo. Se puede optar por llevar a cabo clases de refuerzo, esto dependiendo del grado de retraso académico que presenta el menor. Existen diversos programas de intervención estructurados como son:

- *El programa de paraprofesionales de Irvine (The Irvine Paraprofessional Program):* el objetivo de este es “proporcionar una intervención focalizada e intensiva con el objeto de modificar la conducta de los niños en el aula, aumentando la frecuencia de conductas apropiadas y disminuir las

entorpecedoras” (pág.-112). Otro de sus objetivos es reforzar las habilidades sociales del niño en las cuales presentaban déficits.

- *El programa de Miranda et al. (1999)*: este programa tiene una duración de ocho semanas y consiste en el entrenamiento de profesores de primaria. Este entrenamiento es eficaz en la disminución de conductas de desatención e hiperactividad.

2.6.3.2. Dieta mediterránea

La Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el TDAH (2017), habla sobre cómo los factores ambientales también pueden influir en los casos de TDAH, entre estos, se debe tener cuidado con la alimentación en personas con este trastorno, se debe recordar al círculo cercano al paciente la importancia de una dieta equilibrada, buena nutrición y ejercicio. En diversas ocasiones se ha observado que no consumir bebidas y alimentos con ciertos colorantes o conservadores artificiales, ayuda al control de la sintomatología del trastorno. Se ha identificado la eficacia de una dieta que contiene suplementos de ácidos grasos, omega 3 y 6 o con zinc. Debido a este motivo se ha decidido hacer la recomendación de llevar una dieta mediterranea que sirva como tratamiento complementario, a lo que San Mauro (2019) comenta que este tipo de dieta se caracteriza por “una alta proporción de grasas monoinsaturadas: grasas saturadas, ingesta alta de legumbres, frutas, verduras, cereales integrales, cereales mínimamente procesados, ingestas regulares de pescados, frutos secos, ingesta baja de carnes rojas e ingesta moderada de lácteos y alcohol”.

Para poder llevar a cabo este tratamiento se debe ajustar el gasto calórico del paciente, también se recomienda que para cocinar se utilice aceite de oliva, aumentar el consumo de verduras, las cuales también deben ir crudas, aumentar consumo de frutas, cambiar carnes rojas por carnes blancas. Así mismo se debe limitar el consumo de mantequilla, carnes frías, bebidas azucaradas o carbonatadas, postres, pan y dulces cocinados fuera de casa. Tras ocho semanas llevando a cabo este tipo de dieta se ha observado una disminución en las conductas impulsivas en niños con TDAH, así mismo, muestran mayor planificación en sus actividades diarias (San Mauro, 2019).

CAPÍTULO III

EL SOBRE DIAGNÓSTICO DEL TDAH Y LOS FACTORES QUE LO FAVORECEN

La Fundación CADAH (2012) nos dice que el sobrediagnóstico se trata de diagnosticar con este trastorno a personas que no lo presentan. Para realizar un diagnóstico adecuado de TDAH, no basta con una sospecha basada en la observación, esto requiere de tiempo y cuando se hace ese diagnóstico apresurado se cometen errores que nos pueden llevar a un sobrediagnóstico.

Samper (2018) menciona algunos factores que influyen en el sobrediagnóstico del TDAH, entre ellos, la escolarización temprana, la falta de control de los profesores dentro del aula y una baja tolerancia hacia un comportamiento rebelde. Lo anterior genera que se busque un tratamiento buscando una solución milagrosa a este comportamiento; sin embargo, se ha demostrado que mientras mayor es el niño, hay menor probabilidad de que sea diagnosticado con TDAH.

3.1 El problema del diagnóstico diferencial del TDAH

Como ya se ha mencionado anteriormente son diversos los trastornos que pueden tener una sintomatología similar al TDAH, como dice Vallejo (2015), esta frecuencia de asociación entre trastornos genera de forma notable distintas cuestiones tanto clínicas, diagnósticas y terapéuticas. Por ejemplo, referente al trastorno oposicionista y/o trastorno de conducta se puede ver en el 30 a 50% de los casos. La comorbilidad que existe entre TDAH y trastorno bipolar es elevada. Que exista una superposición de síntomas incrementa la dificultad del diagnóstico diferencial.

Ramos Zúñiga (2014) nos dice que las patologías que se encuentran de forma frecuente asociadas al TDAH son con las que se debe efectuar un diagnóstico diferencial, entre ellas se encuentra la discapacidad intelectual y autismo; en niños de edad preescolar son las disfasias del desarrollo las cuales pueden presentar conductas

similares. De igual forma, al momento de realizar el diagnóstico diferencial se debe considerar la hiperactividad y agresividad que se manifiesta en síndromes postraumáticos, postencefalíticos o posthipóxicos.

Como nos dice Marcdante (2019), realizar el diagnóstico diferencial representa un reto ya que las comorbilidades del TDAH se superponen con los diagnósticos diferenciales. Para llevar a cabo el proceso de diagnóstico hay que tener en cuenta otros procesos, como son trastornos del sueño, cuadros convulsivos, consumo de sustancias, hipotiroidismo, intoxicación por plomo, defectos auditivos o visuales y déficits del procesamiento sensorial. De igual forma la inatención e hiperactividad pueden deberse a trastornos genéticos, como el síndrome de cromosoma X frágil, el síndrome de delección 22q11.2 y la neurofibromatosis tipo 1. Otras causas que pueden presentar síntomas de hiperactividad, impulsividad y falta de atención son situaciones de estrés psicológico y un entorno disruptivo. Si se observa que el niño presenta sintomatología de TDAH, en un ámbito específico, puede deberse a discapacidad cognitiva o nivel de madurez emocional inadecuado en ese entorno. Es importante recordar que se debe realizar una investigación global que incluya el ciclo de sueño y hábitos nutricionales.

García Peñas y Domínguez Carral (2012), hablan de que el sobrediagnóstico es un problema de suma importancia, ya que etiqueta a las personas como enfermos, cuando realmente no lo son, por lo tanto, conlleva a tratamientos que dañan al paciente y crea diversos problemas, tanto para la persona en sí como el daño económico. Existen tres categorías de daños que se asocian con el sobrediagnóstico:

- El daño físico que incluye un tratamiento no necesario, tomando en cuenta que los tratamientos farmacológicos causan efectos secundarios.
- El daño psicológico, ya que desde que se etiqueta a la persona crea una carga emocional, por lo tanto, le hace vulnerable.
- El daño económico, todos los gastos asociados al tratamiento, incluyendo estudios y pruebas innecesarias.

Ya que el número de personas diagnosticadas con este trastorno aumenta de manera considerable tanto en niños y adultos, crea la duda de si existe un sobre diagnóstico. Por último, estos autores mencionan que el evitar el sobrediagnóstico es una necesidad científica y ética. Ya que con esto se evita un tratamiento farmacológico inadecuado y alarmar de forma injustificada a la población en general (Uriarte, 2018).

3.2 La industria farmacéutica y el disease mongering

Respecto al concepto Disease mongering, Morell Sixto (2009) nos explica que es un término anglosajón, su traducción es difícil, sin embargo, trata de dar a entender conceptos como venta, invención, y fabricación de enfermedades. La traducción más acertada puede ser *mercantilización de enfermedades*, esto se refiere al hecho de adquirir beneficios económicos haciendo consciente la enfermedad y el tratamiento para estar sano. También se da paso al término *medicalización* que se crea en los años setenta por Ivan Illyich, este término analiza cómo debido a la modificación de los límites de ciertas enfermedades, aumenta el uso de servicios médicos. Es en la década de los noventa que la periodista Lynn Palmer da a conocer el término *Disease mongering* para describir cómo se maneja la invención de enfermedades agravándolas de forma extrema, así mismo dándoles un tratamiento lo que lleva a un aumento del mercado farmacéutico: hacer creer a las personas sanas que están enfermas, que su enfermedad es grave y convencerlas. Al final, este es un gran negocio. Las consecuencias de esta medicalización inadecuada son varias, ya que el etiquetar a las personas conlleva una carga física y emocional. También hay que tomar en cuenta los efectos secundarios del medicamento y a esto se le suma el coste económico que conlleva.

No solo la industria farmacéutica está involucrada en esto, sino que intervienen diversos grupos de médicos, personas que lideran la opinión y pacientes. Estos a través de los medios de comunicación generan una opinión social de cómo el trastorno necesita tratamiento. El ramo farmacéutico cuenta con gran poder, e incluso tienen injerencia dentro de la política. Se ha ubicado a la industria farmacéutica dentro de las

cinco industrias más lucrativas a nivel global y su poder se ejerce en los bloques económicos de la Unión Europea y de Estados Unidos (EE.UU.) (Morell Sixto, 2009).

Esta industria se encarga de sufragar la definición de las enfermedades, haciendo promociones a través de campañas que se hacen a través de los medios de comunicación, creando una necesidad en la persona para obtener un tratamiento. Ocasionalmente se encargan de dar patrocinio a organizaciones de apoyo a pacientes por medio de sus relaciones públicas. Existen organizaciones de forma independiente que no buscan obtener nada a cambio, sin embargo, otras trabajan en conjunto con la industria farmacéutica.

Las formas en que actúa la industria farmacéutica para influir en la prescripción de medicamentos se hacen por medio de regalos, viajes para capacitación, por medio de programas de educación, brindando apoyo económico destinado a investigaciones, instituciones académicas o comunidades científicas. Son las compañías farmacéuticas quienes patrocinan los estudios de investigación de fármacos creados por ellos mismos, esto hace que aumente de cuatro a cinco veces una conclusión favorable hacia estos.

En el caso del TDAH, se ha observado que va en aumento su diagnóstico. Existen datos donde se puede observar como en EE.UU. entre el 2000 y 2003, el número de pacientes menores de 19 años con tratamiento farmacológico aumentó un 20%, lo que consecuentemente incrementó un 183% la venta de medicamento para TDAH. En enero del 2008 se llevó a cabo el II Congreso Internacional Multidisciplinar sobre TDAH, entre cuyos patrocinadores se encontraban Janssen que el laboratorio fabricante de Concerta (Morell Sixto, 2009).

3.2.1 El TDAH y contenidos de entretenimiento e información en medios e internet

Morell Sixto (2009) dice que la forma más eficiente de brindar información sobre salud a la población es a través de los medios de comunicación, dando a conocer nuevos medicamentos y tratamientos. Dentro de los periódicos y programas se cuenta con

expertos en salud, quienes influyen en la concepción de la enfermedad y sobre su tratamiento, así se da la aceptación de esta, no se hace una evaluación de su grado de intensidad, se da una lista de síntomas, para que así se visite al médico. Se exageran los resultados positivos de los tratamientos de determinado fármaco, haciendo que se perciba como una curación milagrosa. Se suele desestimar los efectos secundarios y argumentar que los tratamientos a largo plazo son más efectivos.

Martinhago (2018) nos explica como los laboratorios disfrazan el marketing con anuncios que dicen ser educativos, para que las personas conozcan sobre enfermedades a través de anuncios. Así mismo se crean comunidades en redes sociales donde participan médicos y familiares del paciente, en estos medios se difunde la sintomatología y el tratamiento que debe llevar el paciente, así como tips para la familia, las cuales son creadas como estrategias biopolíticas que se encargan de promover la medicalización en los infantes.

En el documental *Take Your Pills* (Klayman, 2018) se habla sobre cómo ha aumentado el consumo de medicamento para tratar TDAH, las cifras dicen que en 1990 eran 600 mil niños los que tomaban estimulantes y para el 2011 la cifra ascendió a 3.5 millones, un tercio de estos niños fueron diagnosticados antes de los 6 años. Como no existe una prueba concluyente para este trastorno, no había como asegurarse del diagnóstico, así que recetaban estimulantes y si daban resultados esperados, el niño tenía TDAH, si no, es que no tenían el trastorno. Se menciona que las personas creen tener este trastorno debido a que no pueden concentrarse y por ello buscan la medicación que falsamente creen que potencia su inteligencia, por lo cual muchos universitarios compran de forma ilegal el medicamento o buscan ser diagnosticados con TDAH para tener acceso al medicamento y existen médicos dispuestos a realizar el diagnóstico a petición de su "paciente". Se ha mal informado a la sociedad sobre lo que es padecer este trastorno. Existen distracciones diarias en la sociedad, pero esto no significa cumplir con los criterios para poder diagnosticarlo. El aumento de drogas recetadas que más ha crecido a la fecha se da en la población adulta con supuesto TDAH.

3.2.2 Problemas en el establecimiento de límites y la impartición de la disciplina

Es un hecho que la familia es un factor importante en la vida del niño y junto con esto todo lo que conlleva como las relaciones que se dan dentro de ella, el establecimiento de reglas y como se maneja la disciplina. En su tesis Rivas (2014) menciona que una hipótesis desde el modelo psicobiológico es la influencia de factores familiares y la afectación negativa durante el desarrollo infantil y como esto puede conducir al desarrollo de TDAH. Ser diagnosticado con TDAH está influido por conductas de agresividad y violencia, que se pueden dar dentro de un sistema familiar con una inadecuada disciplina. El estrés ocasionado dentro de estas familias se da debido a la mala relación entre sus miembros, lo que con lleva una mala comunicación e impartición de límites a los niños pertenecientes a este tipo de entorno, haciéndolos más vulnerables a presentar sintomatología de este trastorno.

Existen ocasiones en que nos encontramos con un ambiente familiar complicado, el cual presente problemas de disciplina y hay un pobre o nulo establecimiento de límites, sin embargo, para poder establecerlos Fernández (1981) nos dice que desde el punto de vista sistémico los actos de las personas que interactúan entre sí repercuten entre ellos. La familia es un sistema donde existen diferentes roles que se forman a través de la jerarquía y las reglas, esto no debería de ser un inconveniente excepto que, si la forma en que funciona el sistema es disfuncional, estos problemas se pueden dar debido a que el poder se aplique de forma irracional, ya sea que se vuelva autoritario o exista una ineficaz forma de ejercerlo. Este problema del poder se manifiesta a través del mal manejo de la jerarquía, y esto sucede cuando hay una desinformación de la autoridad por otro superior en presencia de los subordinados. Dentro de los sistemas interpersonales se desarrollan reglas que marcan los límites o posibilidades para realizar acciones o interacciones. Estas reglas determinan los actos que deben o no llevarse a cabo, los tiempos determinados para realizarlas y los lugares donde se llevaran a cabo. Estas reglas se llevan a cabo por medio de la interacción entre los integrantes que conforman el sistema, las reglas se pueden dar de forma implícita, es decir, si una conducta se repite en diversas ocasiones y no hay consecuencias se verá como aceptada y puede volverse una regla,

como, por ejemplo, el no hacer la tarea o cambiarse el uniforme llegando a casa, si no se reprende esta conducta no habrá cambio.

Una persona no pertenece solo a un sistema, sino a distintos, por eso es común encontrar ocasiones en las que el sistema familiar y el sistema escolar intervienen para generar *niños problema*. Para solucionar esta interacción negativa entre ambos sistemas, es necesario modificar ambas interacciones y no solo una.

CAPITULO IV

UN FALSO DIAGNÓSTICO DE TDAH

A continuación, se presenta una viñeta clínica en la que se ilustra que una inadecuada evaluación exhaustiva en un menor condujo a un falso diagnóstico de TDAH y a la aplicación de un tratamiento que no beneficiaba al paciente en realidad lo que se tenía que atender eran aspectos estructurales y comunicacionales al interior de la familia.

4.1 Viñeta clínica

Miguel, paciente de 9 años de edad, vive con sus padres. El nivel socioeconómico de la familia es medio alto, asiste a una escuela particular, es referido al psicólogo por parte de la escuela. Durante la entrevista de la primera sesión la madre del menor refiere que lo envían por TDAH, incluso que en ocasiones anteriores ha ido al psiquiatra y fue medicado durante dos meses con Ritalin, durante este tiempo si bien notó algunas mejoras, también observaba al menor adormilado durante la mayor parte del día, por lo cual decidió interrumpir la medicación. Refiere que al acudir a psicólogos anteriores con el diagnóstico que le daban a la escuela no lo valoraban y comenzaban las sesiones, durante los cuales el menor no prestaba atención y la conducta en casa empeoraba.

Cuando se le pregunta por los datos prenatales la madre dice desconocerlos, ya que el menor fue adoptado a los dos años de edad y durante su desarrollo sintió que todo era normal.

La madre refiere que en casa el menor se mostraba desafiante, se la pasaba viendo caricaturas toda la tarde después de la escuela, no se cambiaba el uniforme, no comía de forma adecuada dejando las verduras y la desafiaba sus órdenes. La madre reaccionaba con gritos, regaños e incluso terminaba cediendo a las demandas del menor. Cuando el padre llegaba a casa del trabajo y la madre contaba lo sucedido el papá le daba la razón al menor y decía que todo era culpa de ella por no poner mayor atención a su hijo.

En la escuela recibe reportes donde no hace la tarea, no quiere trabajar y se pone a dibujar o colorear y desafía a su profesor. A sus compañeros los llega a molestar de forma ocasional quitándoles sus cosas.

Durante la primera sesión con Miguel su actitud se muestra cooperativo contestando todo lo que se le pregunta, demostrando presentar atención y retención de lo que se le dice, no se muestra inquieto o incómodo. Se le pregunta si sabe el motivo por el cual asiste a sesión, cuando contesta que no, se le explica y de igual forma se explica la función del psicólogo.

Posterior a la entrevista se le aplica el Test Guestáltico Visomotor de Bender en el cual no se encontraron indicadores de impulsividad ni de inmadurez. Al inicio de las sesiones se le daban tres palabras, las cuales tenía que repetir al finalizar las sesiones y siempre las recordaba. Se mostraba cooperativo durante sesiones, no mostraba aburrimiento y terminaba de forma adecuada las tareas que se le asignaban. Se le enseñó a resolver problemas, las consecuencias ante una mala conducta y manejo de estrés. Se aumentaron las actividades extraescolares, las cuales eran de los gustos de Miguel.

Durante las sesiones con la madre se pidió establecer una rutina diaria y trabajar a base de castigos y recompensas, autocontrol de emociones, control de estrés, se habló sobre los límites en casa, se mejoró su autoridad, autoestima y confianza en sí misma, ya que sentía que no era buena madre. Se mejoró la comunicación familiar, se logró que el padre fuera mayormente activo con la educación de su hijo.

Mientras la conducta de Miguel dentro de la escuela mejoró, ya no se recibían reportes por parte del profesor, trabaja de forma adecuada, en casa cumplía con sus horarios establecidos, incluyendo horarios para hacer tareas escolares, estudiar y quehaceres domésticos acordes a su edad.

En su dieta se restringieron azúcares y se aumentó el consumo de verduras.

4.2 Comentario

En este caso se puede observar que el profesor realizó un diagnóstico de TDAH sin estar capacitado para establecerlo. Cuando fue atendido por psicólogos la impresión diagnóstica no se reformuló ya que no realizaron una evaluación exhaustiva, así que se aplicó un tratamiento que no dio los resultados esperados, por ser un tratamiento para TDAH, el cual consiste esencialmente en suprimir las conductas impulsivas del menor y aumentar su capacidad de atención. Cuando el menor fue tratado con medicamento los resultados ayudaron a mejorar la atención, sin embargo, presentó efectos secundarios y continuaron otros problemas conductuales.

Al evaluar y abordar el caso desde una visión sistémica, se tomaron en cuenta la estructura y la comunicación familiar. Se observó que el niño era el síntoma de la relación familiar y en particular de la existente en el subsistema parental, ya que no había una adecuada comunicación ni una responsabilidad compartida. Es importante resaltar que durante la evaluación el menor estaba inquieto, pero no se detectaron problemas para sostener la atención.

Dentro de la evaluación de la familia como un sistema, se encontró que existía una organización endeble en la jerarquía familiar, lo cual permitía que en ocasiones el hijo ejerciera poder sobre su madre, lo que era reforzado por el hecho de que el menor establecía coalición con el padre. La consecuencia más importante de lo anterior era una impartición laxa de la disciplina y el menor se tornaba más desafiante, desordenado y con mal rendimiento escolar. Esta fue la razón por la que durante el tratamiento se definió a la madre como la figura de poder y se promovió que fuera ella quien estableciera los límites e impartiera la disciplina. Esta estrategia permitió que obtuviera la validación de sí misma y también fue suficiente para mejorar la interacción familiar, así como los problemas de atención y conducta del hijo. Por otra parte, se mejoró la comunicación entre los miembros de la familia. Como complemento se incorporó terapia conductual para reforzar las conductas deseadas en el menor y eliminar las no deseadas, así como sugerencias de alimentación.

Con este caso se ilustra que en muchas ocasiones se acepta fácilmente la impresión diagnóstica de TDAH y esta resulta que no es acertada, lo que no solo conduce al falso diagnóstico y a las estadísticas infladas, sino que también perpetúa el verdadero problema de los pacientes atendidos.

CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo como objetivo general identificar los factores que favorecen un falso diagnóstico de TDAH, los cuales son diversos, y varían desde la alimentación, hábitos del sueño, la interacción en casa o escuela, la poca o mala información que se brinda sobre la sintomatología del trastorno y de igual forma una escasa o nula evaluación sobre el mismo.

El primero de los objetivos específicos fue conocer el TDAH a lo largo de la historia, con esto pudimos ver como se han ido modificando los conceptos con los cuales se le llama, así en sus inicios considerándolo solamente como una agitación mental, en otros años restándole importancia a la inatención o hiperactividad, lo que nos lleva hasta ahora donde podemos encontrar tres tipos diferente donde predomina la falta de atención, la hiperactividad o una combinación de ambos.

El siguiente objetivo específico consistía en identificar los diagnósticos diferenciales, ya que es de suma importancia, debido a que mucha de la sintomatología se puede confundir con la sintomatología del TDAH, tales como el trastorno negativista desafiante, trastorno bipolar, trastorno del espectro autista, trastorno de ansiedad, entre otros. Incluso existe medicación que puede hacer que se presenten síntomas de TDAH, esto es importante al momento de realizar nuestra evaluación y lo exhaustiva que tiene que ser para no diagnosticar de forma equivocada. Hay que recordar que si se tiene un mal diagnóstico, se tiene un tratamiento equivocado y por lo tanto, es el paciente quien sufre las consecuencias de esto.

El último objetivo específico consistió en analizar el papel que juega la industria farmacéutica en el incremento de diagnóstico. Es normal escuchar cuando dicen que un niño tiene TDAH que lo indicado es medicarlo. Si bien es cierto que este tipo de medicamento tiene efectos positivos en estos pacientes, también tiene ayuda a mejorar la concentración en la población que no tiene el trastorno. Se sabe de campañas sobre TDAH que en muchas ocasiones son pagadas por las mismas

empresas que los crean y como se exaltan los efectos positivos que este puede tener. Se da información sobre los síntomas del trastorno, así creando una necesidad que el niño deba ser diagnosticado para poder medicarlo y posteriormente presentar una mejora principalmente en su vida académica, así que se ve al medicamento para TDAH como una solución milagrosa.

En México existe mucha falta de información sobre este trastorno y la que se tiene muchas veces es errónea, ya que si se ve a un niño jugar mucho o salir corriendo lo primero que se dice es que hiperactivo y que deberían llevarlo al médico, esta desinformación se da tanto en padres como en profesores, y se complementa con una mala formación de los profesionales sobre este tema.

REFERENCIAS

1. Ramos Quiroga, J. A. (2015). Postgrado de especialización en TDAH, Trastornos del Aprendizaje y Trastornos de la Conducta. Recuperado 28 de enero de 2022, de adanaposgrado website: <https://adanaposgrado.wordpress.com/>
2. San Mauro Martin I, et al. impulsividad en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños después de una intervención de 8 semanas con dieta mediterránea y/o ácidos grasos omega-3: ensayo clínico aleatorizado. Neurología. 2019
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021348531930132X?via%3Dihub>
3. Rivas, C. (2017). Análisis de los factores ligados al diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. Recuperado 28 de enero de 2022, de ScienceDirect website: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485316000529?via%3Dihub>
4. Vera, Alejandro, & Ruano, Mario Iván, & Ramírez, Liliana Patricia (2007). Características clínicas y neurobiológicas del trastorno por déficit de la atención e hiperactividad. Colombia Médica, 38(4),433-439.[fecha de Consulta 1 de Febrero de 2022]. ISSN: 0120-8322. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28338414>
5. Soutullo, C. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH* (1.ª ed., pp. 44–45). Madrid: medica panamericana, S.A. https://www.academia.edu/40176982/Manual_de_diagn%C3%B3stico_y_tratamiento_del_TDAH

6. Solloa, L. M. (2006). *Los trastornos psicologicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento* (2.ª ed., p. 162). México: Trillas. México: Trillas.
7. Hernández , A. (2022). EVALUACIÓN DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER PARA NIÑOS-V (WISC-V). Madrid: Consejo General de la Psicología España. Recuperado de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2016/WISC-V.pdf>
8. Bender, L. (1999). *Test Gestáltico Visomotor Usos y Aplicaciones Clínicas* (1 ed.). México: Paidós.
9. Merino Soto, C. (2013). Dimensionalidad del Test Gestáltico Visomotor de Bender Modificado: un análisis factorial confirmatorio (pp. 341–350). Ribeirão Preto: Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica Brasil. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3350/335030096009.pdf>
10. Llorc, S. B. (s/f). Test de Bender. Psicodiagnosis.es. Recuperado el 28 de agosto de 2023, de <https://psicodiagnosis.es/areaespecializada/instrumentosdeevaluacion/testdebender/index.php>
11. Concerta - PLM. (2022). Recuperado 2 de marzo de 2022, de PLM Restaurando la Salud a través del conocimiento website: <https://www.medicamentosplm.com/Home/productos/concerta-tabletas-de-liberacion-prolongada/84/101/7022/216>
12. Uriarte, V. (2018). *Psicofarmacología* (8.ª ed., p. 125). México: Trillas. México: Trillas.
13. *MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES* (5.ª ed., pp. 63–65). (2013). (5.ª ed.). Madrid: Editorial Medica panamericana . Madrid: Editorial Medica panamericana .

14. Cantweell, D. (1985). Pharmacotherapy of ADD in Adolescents: What Do We Know, Where Should we Go, How Should we Do It?, (2.^a ed., pp- 251-257).
15. Barragán, E. (2002). *El niño y el adolescente con Trastorno por Déficit de Atención, su mundo y sus soluciones* (1.^a ed., p. 119). México: Editorial Linæ.
16. Solloa, L. M. (2006). *LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN EL NIÑO, Etiología, características, diagnóstico y tratamiento* (2.^a ed., p.p. 167-169). México: Trillas. México: Trillas.
17. *Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)* (1.^a ed., p. 26). (2017). (1.^a ed.). Instituto de Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Recuperado de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_574_TDAH_IACS_compl.pdf
18. Amador Campos, J. A. (2010). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)* (1.^a ed., p. 141, 142, 144, 145). Madrid: SINTESIS. Madrid: SINTESIS.
19. SOBREDIAGNOSTICO https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google.com/articles/PMC6858259/?x_tr_sl=en&x_tr_tl=es&x_tr_hl=es&x_tr_pto=sc
20. Vallejo Ruiloba, J. (2015). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría* (8.^a ed.). España: Elsevier. España: Elsevier. <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788445825846000372#hl0000194>
21. Ramos Zúñiga, R. (2014). *Guía básica en Neurociencias* (2.^a ed.). España: Elsevier. España: Elsevier. <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788490225783000139#hl0002876>

22. Marcdante, K. J. (2019). *Nelson. Pediatría esencial* (8.ª ed.). España: Elsevier. España: Elsevier.
- <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788491134213000036#hl0000761>
23. García Peñas, J., & Domínguez Carral, J. (2012). *¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)?* (1.ª ed., pp. 2–5). Recuperado de <https://evidenciasenpediatria.es/files/41-11713-RUTA/51Editorial.pdf>
24. Young, S. (2013). *TDAH: hacer visible lo invisible. Libro Blanco sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): propuestas políticas para abordar el impacto social, el coste y los resultados a largo plazo en apoyo a los afectados* (1.ª ed., pp. 7–8). Bruselas. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/LibroblancoTDAH.pdf>
25. Impacto del TDAH en la familia, la vida y el entorno. (2020). Recuperado 24 de marzo de 2022, de tdahtu website: <https://www.tdahtu.es/tdah/impacto-del-tdah-en-la-vida/>
26. Morell Sixto, M. (2009). *Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades* (1.ª ed., p. 493, 494, 495, 503, 504). Madrid: lua. Recuperado de https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v11n43/11_colaboraciones.pdf
27. Ardila, A. (2015). *Diccionario de Neuropsicología* (1.ª ed., p. 44). <https://biblioteca.ucatolica.edu.co/ucatolica/diccionario-neuropsicologia.pdf>
28. Samper, E. (2018). La "tormenta perfecta" para el sobrediagnóstico del TDAH. Recuperado 27 de abril de 2022, de elDiario.es website:

https://www.eldiario.es/opinion/zona-critica/tormenta-perfecta-sobrediagnostico-tdah_129_1801296.html

29. Martinhago, F. (2018). TDAH nas redes sociais: caminhos para a medicalização da infância. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 95-117. doi: <http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v8.n2.6>
30. Klayman, A. (2018). *Take your pills*. Motto Pictures.
31. Rivas, C. (2014). *ESTUDIO SOBRE LOS FACTORES PSICOSOCIALES Y ESTACIONALES DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y SU POSIBLE SOBREDIAGNÓSTICO* (Doctor). Universidad de Valencia.
32. Fernández, V. (1981). *Psicoterapia estratégica* (1.^a ed., pp. 30–33). Puebla: Praxis. Puebla: Praxis.