

**Instituto Universitario CEDIAP**

Licenciatura en Psicomotricidad

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Una mirada desde la Psicomotricidad y la Neurociencia.

Trabajo final de grado

Autor: Fabiana Lucía Morales Negro

Tutor: Prof. Lic. Blanca García

Montevideo, abril, 2022

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).  
Una mirada desde la Psicomotricidad y la Neurociencia.  
Trabajo final de grado

Tribunal

Dictamen

Montevideo, , .

Agradezco a mi familia por el amor infinito y el acompañamiento a lo largo de este camino.

A mi pareja por siempre confiar en mí, ser mi apoyo y compañero.

A mis amigas por alentarme a seguir.

A Blanca García, mi tutora, por brindarme su tiempo, guiarme y compartirme sus  
conocimientos.

A todos quienes de una u otra forma formaron parte de este hermoso proceso.

## Resumen

El trabajo final de grado expuesto en estas hojas se enfocó en el estudio e investigación del TDAH, siendo su principal objetivo profundizar en los conocimientos aportados por diversos autores acerca de este trastorno. Como se vio, las primeras referencias al TDAH aparecieron por el año 1798 con Alexander Crichton, sin embargo, el TDAH sigue siendo un tema de gran controversia e investigación por, entre otras cosas, ser uno de los trastornos del neurodesarrollo, generalmente crónico, más frecuente en la edad infanto-juvenil. Su etiopatogenia se presume multifactorial con interrelación de factores genéticos, neuroanatómicos, neuroquímicos y ambientales. En este sentido, se expusieron aportes desde el punto de vista de la Neuropsicología infantil, rama de la Neurociencia, que abre una nueva perspectiva a la hora de pensar el TDAH. Su heterogeneidad clínica se sustenta en la tríada sintomática (deficiencia atencional, impulsividad e hiperactividad), y varía según la edad, el sexo, la presencia de comorbilidades, la situación o contexto en el cual se desarrolla el individuo y en las características propias de la persona, presentando un gran impacto en todas las áreas del funcionamiento del niño (cognitivo, académico, conductual, social y familiar). A esto se suma lo que destacan varios autores respecto a la importancia del diagnóstico y tratamiento interdisciplinar y precoz, tratamiento que no sólo se enfoca en el niño sino también en la familia, reconociendo la importancia del diálogo activo con la escuela y el resto del equipo tratante. Reconociendo todos estos aspectos y adentrándose en las múltiples herramientas con las que cuenta la Psicomotricidad es que se llega a la conclusión de los valiosos aportes que pueden hacer los profesionales de esta área para con estos niños, específicamente en lo referido al diagnóstico y al tratamiento psicomotor.

*Palabras clave:* TDAH, hiperactividad, evolución histórica, Psicomotricidad, Neurociencia.

## Índice

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	3
<b>CAPÍTULO I – PRECISIONES TERMINOLÓGICAS</b> .....	6
1.1 Evolución histórica de los diferentes conceptos y denominaciones hasta llegar a la terminología y comprensión actual .....	6
1.1.1 Conceptualización europea.....	6
1.1.2 Conceptualización anglosajona .....	8
1.2 Alteraciones psicomotrices, ¿qué son? .....	12
1.2.1 Clasificación de las alteraciones psicomotrices.....	14
1.3 Movimiento, sobreactividad e hiperactividad .....	16
<b>CAPÍTULO II – TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD</b> .....	18
2.1 ¿Qué es el TDAH? .....	18
2.2 Prevalencia .....	19
2.3 Etiología .....	20
2.3.1 Aportes de la Neuropsicología infantil al TDAH.....	21
2.3.1.1 Modelos de déficit único .....	23
2.3.1.2 Modelos de déficit múltiple.....	25
2.4 Descripción clínica.....	26
<b>CAPÍTULO III – DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TDAH</b> .....	29
3.1 Diagnóstico .....	29
3.1.1 Criterios diagnósticos para el TDAH .....	31
3.2 Diagnóstico diferencial y comorbilidad.....	32
3.3 Tratamiento .....	36
3.3.1 Intervención farmacológica .....	37
3.3.2 Intervención no farmacológica .....	39
<b>CAPÍTULO IV – APORTES DE LA PSICOMOTRICIDAD</b> .....	42
4.1 Diagnóstico psicomotor .....	43
4.2 Tratamiento psicomotor .....	46

<b>REFLEXIONES FINALES .....</b>	<b>51</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>54</b>

## Introducción

Al comenzar a pensar en el tema del trabajo final de grado, en los últimos años de la licenciatura, la experiencia en la práctica psicomotriz con niños y la formación personal, permiten poner en evidencia temáticas variadas que hasta el momento se ven sólo a la luz de la teoría y por lo tanto despiertan un mayor interés y cuestionamientos.

Este interés se potencia al empezar a trabajar en el proyecto de educación inclusiva del colegio - liceo Pallotti, al cual concurren niños con distintas patologías entre las que se destaca para el tema de este trabajo, la hiperactividad. El trabajo en un proyecto de esta naturaleza permite observar niños de distintas edades, de contextos y antecedentes diferentes, pero que pese a esto su manifestación en relación con la hiperactividad se expresa de forma similar. Se ve en ellos: exceso de movimiento, impulsividad, verbosidad, dificultades conductuales y de relacionamiento, capacidad atencional limitada, lo que consecuentemente trae aparejado un bajo rendimiento escolar.

El análisis y trabajo diario con estos niños hacen surgir varias preguntas.

¿La hiperactividad constituye una entidad psicopatológica en sí misma o es sólo un síntoma?, ¿Cuáles son los orígenes del concepto hiperactividad y cómo ha ido evolucionando a lo largo del tiempo la terminología respecto a esta temática?, la hiperactividad ¿Se asocia solamente con el Trastorno por déficit atencional con hiperactividad (en adelante TDAH) o puede verse asociado a otros trastornos?, ¿Cuáles son los aportes que nos brindan las neurociencias?, ¿Qué aporta la Psicomotricidad a estos niños?

Se considera que esta temática es pertinente a la Psicomotricidad desde el momento en que la hiperactividad está vinculada al movimiento. El movimiento es un término complejo, que constituye la base de esta disciplina.

Arnaiz, Rabadán y Vives (2001, p. 41) plantean que “el movimiento es intrínseco a la vida”. Se comprende así desde el período fetal, cuando este anuncia la existencia del feto.

Siguiendo a Wallon (1965):

el movimiento es todo lo que puede dar testimonio de la vida psíquica, y la traduce íntegra, al menos hasta el momento en que sobreviene la palabra. Antes de ella, el niño sólo tiene, para hacerse entender, gestos, ademanes, es decir, movimientos en relación con sus necesidades o su humor, así como las situaciones susceptibles de ser expresadas. (p. 128)

La madre o quién cumpla con el rol, interpreta sus deseos respondiendo ante estos y de esta manera surge la primera forma de comunicación entre ellos.

Ahora bien, estos intercambios pueden producirse de manera armónica y ajustada, favoreciendo la comunicación y la expresividad, o pueden fallar produciendo una relación inadecuada, determinando así diferentes tipos de alteraciones. Algunas de ellas podrían ser las alteraciones psicomotrices.

Según de León (2010, p. 50) las alteraciones psicomotrices se definen como “trastornos del movimiento en su función efectora y/o en su función expresiva”. Continúa diciendo que estas alteraciones “se van constituyendo a lo largo de la vida del sujeto a partir de una interacción dificultosa entre el cuerpo que, actuando sobre el ambiente, vive experiencias que son registradas por el sistema nervioso, el cual se va modificando”.

Rebollo (2003) clasifica estas alteraciones según el movimiento esté alterado en cantidad, fuerza o calidad. Es así como, según la autora, dentro de las alteraciones psicomotrices referidas a la cantidad de movimiento se encuentra la hiperactividad. Se considera que, dadas las características clínicas del movimiento en estos niños, en consecuencia, la calidad también se ve afectada.

En la actualidad son cada vez más los niños que llegan a la consulta de clínica psicomotriz con este síntoma y son finalmente diagnosticados con TDAH. Abundan también estudios, investigaciones, aportes, cursos, conferencias que surgen en torno a esta temática. Es por esto que se considera de suma importancia ahondar en este tema, para profundizar y aumentar los conocimientos, para tener información actualizada, pero también y algo que se considera muy importante, para que este trabajo sirva de herramienta y apoyo en la labor profesional.

En este trabajo final de grado se comienza realizando un breve recorrido por la evolución histórica de los diferentes conceptos y denominaciones hasta llegar a la terminología y comprensión actual. Se investigan los conceptos de Inestabilidad e Hiperactividad, terminologías francesa y anglosajona, respectivamente, que dieron lugar a dos corrientes teóricas y que en los últimos años se llegan a utilizar, en algunos casos, como sinónimos. Se define el concepto de las alteraciones psicomotrices y sus distintas clasificaciones, así como también se profundiza en la definición de algunos términos que se consideran pertinentes a la temática.

El segundo capítulo se centra en el TDAH. Se refiere al concepto, su prevalencia, etiología, los aportes de la Neuropsicología infantil al TDAH y su descripción clínica.

El tercer capítulo se enfoca específicamente en el diagnóstico, diagnóstico diferencial con otros trastornos, comorbilidades y el tratamiento del TDAH.



En el último capítulo se mencionan los aportes que desde la Psicomotricidad se pueden brindar a estos niños, específicamente en lo que respecta al diagnóstico y el tratamiento psicomotor.

Por último, se presentan las reflexiones finales, donde se da cuenta del proceso de revisión y análisis llevado a cabo a lo largo de este trabajo final de grado.

## Capítulo I

### Precisiones terminológicas

#### 1.1 Evolución histórica de los diferentes conceptos y denominaciones hasta llegar a la terminología y comprensión actual

Pese a que el TDAH es una denominación relativamente nueva y en la actualidad es un tema que está muy presente, al enfrentarse a la bibliografía especializada, se encuentra que su sintomatología ha sido descrita desde la antigüedad.

Muchas fueron las transformaciones nominales y conceptuales que ha sufrido a lo largo de la historia: inestabilidad, corea mental, inquietud mental, trastorno de hiperexcitabilidad, síndrome de impulsividad orgánica, daño cerebral mínimo, disfunción cerebral mínima, reacción hipercinética de la infancia, déficit de atención con o sin hiperactividad, etc. siendo denominado síntoma, síndrome, reacción, alteración, trastorno.

Desde el principio de las descripciones se observa que ha habido, y sigue habiendo, dos perspectivas conceptuales bien diferenciadas: la europea, de predominio francés y alemán, y la anglosajona que incluye a todos los países de habla inglesa.

Según Navarro y García-Villamizar (2010) en la perspectiva europea la descripción de los síntomas se hace desde el punto de vista pedagógico, con mayor énfasis en la comprensión del problema que en su explicación científica, predominando el tono moralista. Por otra parte, señalan los mismos autores que, en la perspectiva anglosajona el concepto que actualmente conocemos como TDAH evolucionó más desde el punto de vista médico y biológico, centrándose en la búsqueda de la causalidad física y el tratamiento farmacológico. Se puede decir entonces que la perspectiva europea es básicamente descriptiva, en tanto que la anglosajona es cuantitativa.

En el mundo actual, las concepciones anglosajonas sobre el TDAH son las predominantes.

##### 1.1.1 Conceptualización europea

Desde las primeras aportaciones al concepto hasta la preponderancia de los criterios diagnósticos y el empleo de las clasificaciones, en Francia se ha denominado a este trastorno como **inestabilidad psicomotriz**, no admitiéndose el término **hiperactividad** hasta fechas recientes (Fernández-Jaén y Calleja, 2012).

El primero en describir la inestabilidad motora fue el médico alemán Heinrich Hoffmann, en el año 1845, al describir un niño inquieto e incapaz de comportarse correctamente, que

exaspera a sus padres por su inquietud, reflejándose en él los síntomas típicos de la inestabilidad motora (Navarro y García-Villamisar, 2010).

En Francia, en el año 1897, Bourneville describe niños inestables caracterizados por una movilidad física y mental exagerada, actitud destructiva, a la que se suma un retraso mental leve (Fernández-Jaén y Calleja, 2012).

En Bélgica, Demoor, en el año 1901, habla de **corea mental** para describir niños que presentan labilidad emocional, un déficit en los mecanismos de inhibición conductual y en la atención sostenida, necesidad de moverse y cambiar de estímulos constantemente, y en algunos casos retraso mental (Navarro y García-Villamisar, 2010).

En el año 1905, J. Philippe y G. Paul-Boncour describen **escolares inestables** con grandes dificultades de aprendizaje debido a su incapacidad para fijar la atención (Fernández-Jaén y Calleja, 2012)

En 1909, Dupré considera la inestabilidad como algo constitucional (Delion y Golse, 2004).

Durot en el año 1913, es el primero en intentar diferenciar la inestabilidad como síntoma de la inestabilidad como síndrome, pero es recién, un año más tarde, que Heuyer habla de la **inestabilidad** del niño como un verdadero síndrome (Navarro y García-Villamisar, 2010).

En 1925, Henri Wallon, describe en su tesis doctoral *L'enfant Turbulent* los estadios y trastornos del desarrollo psicomotor y mental del niño. Describe el desarrollo psicomotor como una sucesión de estadios. Considera que, de detenerse el desarrollo en un estadio anterior, aparecería la inestabilidad (Fernández-Jaén y Calleja, 2012).

Por otra parte, Wallon, describe cuatro grandes síndromes psicomotores siendo el síndrome de insuficiencia frontal el que más se aproxima (clínicamente hablando) a lo que hoy se considera TDAH (Delion y Golse, 2004).

Años más tarde, en 1930, los alemanes Kramer y Pollnow describen un síndrome al que llaman **trastorno hipercinético de la infancia**, caracterizado por una inquietud motora extrema y casi todos los síntomas del actual TDAH (Navarro y García-Villamisar, 2010; Pelayo, Trabajo y Zapico, 2012).

A partir de 1950, Lebovici aborda esta temática desde el punto de vista de la psicopatología freudiana. Desde entonces, la inestabilidad se convierte en una expresión sintomática de un modo de funcionamiento de la psique del niño en interacción con un entorno, principalmente familiar, cuantitativa y cualitativamente deficitario (Delion, 2010).

Continúa Delion (2010) citando a De Ajuriaguerra quien en 1973 propone dos formas de inestabilidad: la psicomotriz y la del carácter. La **inestabilidad psicomotriz**, se presenta como “un modo de ser motor, consecutivo a una incapacidad de inhibir los movimientos” (p. 16). Por

otro lado, en **la inestabilidad del carácter**, los niños demuestran intencionalidad en su impulsividad y agresividad (Delion, 2010).

Bergès (1990) plantea que la **inestabilidad motora** es la manifestación más común de los trastornos psicomotores que se observan en la clínica. La define como:

La agitación, a veces extrema, que aparece, ya sea como una irrupción en un contexto de contención insoportable o bien como una demanda incesante de límites, de fronteras, el cuerpo en acción vivido como muy problemático o imposible de integrar como tal. Pero la inestabilidad motora no se define tan sólo por la agitación: resulta lícito hacer hincapié en la participación de la voz, de la envoltura cutánea y de lo que podríamos llamar la provocación. (p. 66)

El movimiento aparecería, para este mismo autor, como un modo de escape a la mirada de la madre, como si moviéndose llegara al límite de su mirada. A partir de esto, se puede pensar en la inestabilidad como producto de un vínculo, de una relación o interacción entre personas.

Frente a esta corriente preponderante, en esta misma época, surge en Francia otra corriente liderada por Michel Dugas, la cual se aleja del psicoanálisis y se acerca a la evidencia científica acercando posturas con la corriente anglosajona (Fernández-Jaén y Calleja, 2012).

### 1.1.2 Conceptualización anglosajona

Las primeras referencias sobre el TDAH se pueden encontrar con Crichton, médico escocés, quien en el año 1798 describe un estado mental con los síntomas que hoy se conocen como TDAH subtipo inatento, al que llama *mental restlessness* (inquietud mental) (Guerrero, 2016).

En 1899, Thomas Clouston describe el **trastorno de hiperexcitabilidad**. Considera que surge tras una excesiva reactividad cerebral a los estímulos mentales y emocionales, consecuente a una disfunción del córtex cerebral (Navarro y García-Villamizar 2010). Con Clouston se introduce la perspectiva de las causas orgánicas.

Es en el año 1902 con Still, pediatra británico, aparece la primera descripción científica sobre este cuadro neurológico que hoy llamamos TDAH, al determinar que este trastorno tiene mayor incidencia en varones (3:1) y que se instaura antes de los 8 años de edad (García de Vinuesa, 2017; Guerrero, 2016; Scandar, 2003, s.f.). Es a partir de este momento que el cuadro comienza a ser considerado como un trastorno del desarrollo en la infancia (Condemarán, Gorostegui y Milicic, 2004). Still, determina también que sus principales síntomas son: incapacidad para mantener la atención, trastornos del aprendizaje, labilidad emocional, inquietud motora, dificultad para inhibir los impulsos, incapacidad para aceptar límites, agresividad, conducta desafiante y crueldad con los animales. Still atribuyó estos síntomas a un defecto del control moral, condición que no se basa en fallas en la crianza o en la educación

que recibe el niño de los padres, sino a una predisposición genética, a un origen biológico, que podría ser también secundario a daños cerebrales (Macià, 2012; Santana, Paiva y Lustenberger, 2003). Cabe destacar también que con Still se introduce la perspectiva del **daño cerebral**.

Tredgold en 1908, describe un grupo de niños con retardo mental leve, problemas de conducta, dificultades en el aprendizaje y signos físicos y neurológicos semejantes. Atribuye esta sintomatología a una especie de anoxia perinatal, leve e indetectable, que provocaría un daño en el área del cerebro encargada del sentido moral (Montiel, 2007; Santana, Paiva y Lustenberger, 2003).

Khan y Cohen en 1934 concluyen que tras alteraciones cerebrales originadas por una encefalitis o una lesión cerebral se producían los mismos síntomas mencionados por Still. Proponen el término **síndrome de impulsividad orgánica**, destacando así el origen orgánico de esta patología (Macià, 2012; Vázquez-Justo y Piñon, 2017).

En 1947, Strauss y Lehtinen publican la primera descripción completa de este trastorno y lo adjudican a lesiones cerebrales de carácter exógeno, es decir, en las que actuaban factores externos a la base genética del sujeto. Fue el auge de la teoría del daño cerebral (Santana, Paiva y Lustenberger, 2003; Scandar, s.f.).

Santana, Paiva y Lustenberger (2003), citan a Rebollo quien en el año 1968 expresa que:

Es sin duda de gran importancia este concepto de Strauss y Lehtinen, en cuanto a que identifica un grupo de niños con una conducta especial y característica. O sea que existe sin duda un síndrome conductual, un conjunto de síntomas de la esfera psíquica, intelectual y afectiva que dificultan el aprendizaje y la adaptación del niño al medio social. (p. 25)

Como se ve, hasta los años 40 persiste la teoría del daño cerebral originada en la lesión neurológica perinatal propuesta por Still. Sin embargo, se observa que hay niños que manifiestan los síntomas, pero que no han sufrido ningún daño cerebral evidente. Se piensa entonces que podría deberse a un daño cerebral ligero. Este conjunto de síntomas de causas desconocidas lleva a que en los años 50 se comience a hablar de **daño cerebral mínimo** (Condemarín, Gorostegui y Milicic, 2004; Guerrero, 2016).

Santana, Paiva y Lustenberger (2003) plantean que a partir de 1957 se pueden considerar dos tendencias. Por un lado, aquellos que siguen hablando de daño cerebral mínimo y por otro, los que comienzan a desarrollar el concepto de **niño hiperquinético**.

La falta de pruebas reales, de estudios que comprueben efectivamente la relación existente entre la hiperactividad y el daño cerebral, lleva a que, en el año 1962 en Inglaterra, se proponga

reemplazar el término de daño cerebral mínimo por el de **disfunción cerebral mínima** (DCM) (Macià, 2012; Scandar, 2003).

Clements en el año 1966, define a la disfunción cerebral mínima (o DCM) como un síndrome que se presenta en niños de inteligencia normal con hiperactividad, impulsividad, déficits perceptuales, problemas de coordinación, problemas de discriminación auditiva y del habla, trastornos mnémicos, inatención, dificultades específicas de aprendizaje, inestabilidad emocional y signos neurológicos menores (Santana, Paiva y Lustenberger, 2003; Macià, 2012). Este autor considera que la etiología del cuadro podría deberse a daños pre o perinatales, lesiones producidas en la maduración del sistema nervioso central, variaciones genéticas o irregularidades bioquímicas. Lo ubica a nivel de una disfunción del sistema inhibitor del cerebro anterior (Macià, 2012; Montiel, 2007).

Pese a su popularidad, algunos autores empiezan a cuestionar este último término. Macià (2012) expresa que lo consideran un “cajón de sastre” (p. 22) en el que se incluyen una gran cantidad de niños con dificultades de aprendizaje y de conducta por causas diversas.

Desde entonces, hasta la actualidad, se produce un acercamiento en la conceptualización del trastorno, concentrándose este en los dos sistemas principales de clasificación diagnóstica: el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE).

Así, en el año 1967, en la octava edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), el actualmente denominado TDAH, aparece por primera vez como categoría diagnóstica con el nombre de **síndrome hiperkinético de la infancia** (Macià, 2012).

Un año después, en 1968, la *American Psychological Association* (APA) publica la segunda edición del DSM en la cual aparece por primera vez este síndrome rotulado como **reacción hiperkinética de la infancia**. Las características eran principalmente síntomas conductuales, ajenos a daño cerebral, entre los que la hiperactividad sería el síntoma nuclear principal de la alteración. Se resalta su carácter evolutivo de inicio temprano en la infancia, tendiente a desaparecer en la adolescencia (Macià, 2012; Menéndez, 2001; Montiel, 2007).

Las investigaciones continúan y en el año 1972, la psicóloga canadiense Douglas plantea que las dificultades para mantener la atención y el control de impulsos eran, para el diagnóstico de estos niños, aún más significativas que la hiperactividad en sí misma, quedando esta última en un plano secundario (Gratch, 2005; Guerrero, 2016; Santana, Paiva y Lustenberger, 2003).

En el año 1978 se publica la CIE-9 donde se presentan indistintamente dos denominaciones para abarcar en ellas los dos enfoques de la psiquiatría. Tal es así que utiliza los términos **síndrome de inestabilidad en la infancia** para recoger el enfoque francoalemán y **Síndrome**

**Hiperquinético Infantil** para el anglosajón. Lo define como un trastorno caracterizado por la dificultad en la capacidad de atención poniendo de relieve, en la primera infancia, el síntoma hiperactividad. Distingue tres subtipos: trastorno simple de la actividad y la atención, hiperactividad con retardo en el desarrollo y trastornos de conducta asociados a la hiperactividad (Macià, 2012).

Los estudios de Douglas influyen de manera decisiva para que en el DSM III, publicado en el año 1980, se modifique su definición y se renombre al trastorno como *Attention Déficit Disorder* (ADD) (Trastorno por Déficit de Atención), poniendo el énfasis en la dimensión atencional. Se establecen tres subcategorías: trastorno por déficit de atención *sin hiperactividad*, trastorno por déficit de atención *con hiperactividad*, trastorno por déficit de atención *tipo residual* (Macià, 2012). Además, determina un número mínimo de síntomas, la edad de aparición y duración de estos, así como la exclusión de otros trastornos (Gratch, 2005; Macià, 2012; Pelayo, Trabajo y Zapico, 2012; Scandar, s.f.).

El modelo de clasificación presentado en el DSM III recibió diversas críticas, precisamente en lo que refiere a la determinación del número de síntomas requeridos para cada grupo, a la propuesta de establecer un diagnóstico sin la presencia de síntomas de hiperactividad y a que las subcategorías fueron formuladas con pocas bases empíricas (Barkley, 2006; Trujillo-Orrego, Pineda y Uribe, 2012).

Esto lleva a que la APA realice una revisión del DSM III, publicando en 1987 el DSM III-R. En esta se reunifican los síntomas, volviéndole a dar importancia a la hiperactividad y situándola al mismo nivel que el déficit de atención. Se considera entonces el síndrome como un constructo unitario al que se llama **Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad** (TDAH). Además, se incorporan tres criterios de gravedad que, según el número de síntomas, clasifican a los pacientes en grave, moderado o leve. Asimismo, se crea una categoría de TDAH Indiferenciado, lo que sería en la versión anterior el trastorno por déficit de atención sin hiperactividad (Macià, 2012; Trujillo-Orrego, Pineda y Uribe, 2012).

La CIE-10 es publicada en el año 1992. Dentro de los trastornos emocionales y del comportamiento en la infancia y la adolescencia establece un apartado de trastornos hipercinéticos en el que incluye, entre otros, el **trastorno de la actividad y la atención**. En este reconoce dos subtipos: trastorno por déficit de atención y síndrome de déficit de atención con hiperactividad (Macià, 2012).

En 1994 se publica el DSM IV y otra vez se modifica la denominación a **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad** (TDAH), ubicándolo en el apartado de trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. Se reconocen tres variantes: TDAH

predominantemente inatento, TDAH predominantemente hiperactivo-impulsivo y TDAH combinado (Macià, 2012). Otra categoría: el TDAH no especificado, incluye aquellos casos en que la dificultad atencional es evidente, así como la hiperactividad-impulsividad, pero que no cumplen los criterios completos del TDAH (Gratch, 2005; Herrera-Gutiérrez, Calvo y Peyres, 2003; Montiel, 2007).

El DSM V se publica en el año 2013 e incorpora algunas novedades respecto a la versión anterior. Eleva la edad máxima de comienzo del trastorno a los 12 años, no impide diagnosticar en presencia de autismo, traslada al TDAH al capítulo de trastornos del neurodesarrollo (APA, 2013). Su definición completa la veremos en el próximo capítulo.

En los últimos años, gracias a numerosas investigaciones y aportes de varios autores, entre los que destacamos a Barkley, se ha jerarquizado la impulsividad y la pobre capacidad del individuo para controlar los impulsos, pareciendo estas ser parte de un mismo problema: la dificultad para inhibir la conducta. Esta dificultad estaría relacionada a una disfunción del sistema ejecutivo (Montiel, 2007).

Barkley asegura que los estudios actuales dejan en evidencia que el término TDAH es insuficiente, que este trastorno va más allá de las características de inatención, hiperactividad e impulsividad:

El TDAH supone un déficit en el autocontrol o, lo que algunos profesionales llaman, funciones ejecutivas, esenciales para planificar, organizar y llevar a cabo conductas humanas complejas durante largos períodos de tiempo. Es decir, en los niños con TDAH la parte “ejecutiva” del cerebro, que supuestamente organiza y controla la conducta ayudando al niño a planificar las acciones futuras y seguir con el plan establecido, funciona de manera poco eficaz. (Barkley, 2011, p. 165)

## **1.2 Alteraciones psicomotrices, ¿Qué son?**

Se ha visto, en la introducción de este trabajo, la definición que Cristina de León hace respecto a las alteraciones psicomotrices. Asimismo, se considera importante detenerse para definir las con mayor precisión dada la importancia que tienen en la estructuración del TDAH.

Claudia Ravera (2002) cita a Bucher quien, en el año 1973, señala que “la noción de trastorno psicomotor es una de las más difíciles de definir: por la intrincación de los factores, el carácter evolutivo de las manifestaciones y la multiplicidad de formas y contenidos” (p. 52).

Al mismo tiempo, considera Bucher que no se deben entender como entidades aisladas sino como un modo de funcionamiento, una manera particular de vincularse el niño con su medio (Ravera, 2002).



Ravera (2002) agrega que será imposible discernir, la mayoría de las veces, entre lo que responde a un proceso afectivo-emocional o a una alteración funcional ya que, en el estilo de funcionamiento psicomotor, se entranan cuantiosas variables somáticas y psíquicas.

Es de conocimiento que todo trastorno produce una perturbación en el individuo y que el tipo de trastorno y su manifestación dependerá de la situación y etapa del desarrollo en que este se encuentre. Además, la forma de ser y estar única del individuo en el mundo, lo hará expresarse de modo particular y éste a su vez buscará compensar el déficit adaptándose también de modo particular a las exigencias de la vida.

J. De Ajuriaguerra en la tercera edición del Manual de Psiquiatría infantil publicado en 1976 plantea que los trastornos psicomotores “oscilan entre lo neurológico y lo psiquiátrico” (p. 238), es decir entre lo orgánico y lo psíquico.

Daniel Calmels (2016) cita un documento realizado por la Comisión Ministerial de Lébovici, publicado también en 1976, en el expresan que el trastorno psicomotor “se caracteriza por la manifestación a nivel del cuerpo de las perturbaciones de la personalidad en su evolución y en su integración en las diferentes edades” (p. 44). Agregan que “estas manifestaciones se realizan a través de las funciones tónicas, motrices y emocionales, constituyendo trastornos del dominio y de la utilización del cuerpo implicado en la relación” (p. 44). Para esta comisión formarían parte de este trastorno: los retrasos del desarrollo psicomotor, la debilidad motriz, el incontrol posturo-motor, la incoordinación motriz, la inestabilidad e inhibición, los trastornos de la imagen del cuerpo, los trastornos de la integración espacial y temporal, los trastornos práxicos y gnoso-práxicos, los trastornos sensoriales asociados a trastornos del lenguaje, entre otros (Calmels, 2016).

De León et al. (2000) considerando al niño como un ser global, como unidad orgánica, cognitiva y afectiva, con su historia y estado actual, expresan que la alteración psicomotriz se estructura a lo largo de su desarrollo, inscribiéndose en su personalidad, con una significación para él, su familia y el medio que lo rodea. Por lo tanto, condiciona la forma en cómo se relaciona con el mundo, siendo este entorno quien, a su vez, posibilita la estructuración de la dificultad.

Por otro lado, Ravera (2002) cita a Bergès (1990) quien dice que en los trastornos psicomotores el conflicto “se inscribe por medio del cuerpo, de la actividad, de los gestos y de la postura del niño” (p. 52). Agrega también que los trastornos psicomotores, a su entender, “no son del orden de la patología o de la desviación de la expresión, sino más bien de las vicisitudes de la huella del cuerpo como receptáculo” (p. 52).

Albaret, en el año 2002, nos ofrece una visión de los trastornos psicomotores desde un enfoque neuropsicológico. Los considera alteraciones del neurodesarrollo los cuales afectan la adaptación perceptivo-motora del individuo. Plantea que las causas son multifactoriales, en las que se asocian factores genéticos, neurobiológicos y psicosociales. Dichos trastornos obstaculizan los mecanismos de adaptación, constituyendo una fuente de malestar y sufrimiento para el afectado y su entorno.

No queremos dejar de mencionar a la doctora Rebollo, quien, en el año 2003, define las alteraciones psicomotrices como alteraciones del movimiento, que evidencian problemas emocionales. Expresa que de la misma forma en que las características cognitivas y afectivas de un individuo se evidencian en sus actitudes y mímicas, constituyendo su tipo psicomotor, las alteraciones emocionales, se expresan en tipos psicomotores patológicos o, dicho de otra forma, en enfermedades.

Por último, García (2007), en de León (2012), señala que las alteraciones psicomotrices no se explican sólo por la integridad o no del sistema nervioso, sino que la experimentación y las relaciones que se establecen con el ambiente son igualmente determinantes, incluso se podría pensar que estas últimas serían las verdaderas causantes de las alteraciones psicomotrices.

### 1.2.1 Clasificación de las alteraciones psicomotrices

Ravera (2002), realiza una síntesis de las principales clasificaciones de las alteraciones psicomotrices. Estas son: la de Bucher (1973), De Ajuriaguerra (1973 y 1982) y Bergès (1990). Se observan en el siguiente cuadro:

Bucher (1973)	Ajuriaguerra (1973)	Ajuriaguerra (1982)	Bergès (1990)
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Trastornos del esquema corporal y de la estructuración témporo-espacial</li> <li>b. Retrasos de maduración</li> <li>c. Disarmonías tónico-motoras</li> </ul>	<p><b>I. TRASTORNOS PSICOMOTORES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Perturbaciones tónico-emocionales precoces</li> <li>b. Hábitos y descargas motrices en la evolución</li> <li>c. Tics</li> <li>d. Debilidad motriz</li> <li>e. Inestabilidad psicomotriz o síndrome hiperquinético</li> </ul> <p><b>II. TRASTORNOS DE LA REALIZACIÓN MOTORA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dispraxias</li> <li>b. Disgrafías</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Trastornos de la lateralización</li> <li>b. Disgrafía</li> <li>c. Debilidad motriz</li> <li>d. Dispraxias</li> <li>e. Inestabilidad psicomotriz</li> <li>f. Tics</li> <li>g. Tricotilomanía. Onicofagia</li> </ul>	<p><b>I. MANIFESTACIONES PSICOMOTORAS DEL LACTANTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hipotonía del niño</li> <li>b. Trastornos del ritmo y manifestaciones tónico-motoras</li> <li>c. Descargas</li> </ul> <p><b>II. TRASTORNOS PSICOMOTORES DEL NIÑO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Inestabilidades</li> <li>b. Inhibición psicomotora</li> <li>c. Disonías de actitud. Calambre del escritor</li> <li>d. Tics</li> <li>e. Torpezas</li> </ul> <p><b>III. DEBILIDAD MOTORA DE DUPRÉ</b></p> <p><b>IV. RETRASOS MOTORES</b></p> <p><b>V. TORPEZA Y LATERALIDAD</b></p> <p><b>VI. DISPRAXIAS</b></p>

(Figura 1) (Ravera, 2002, p. 53)

A continuación, se mencionan algunos detalles respecto a esta clasificación.

Por un lado, plantea Ravera (2002), se observa como uno u otro autor considera distinto número de alteraciones psicomotrices y como éstas están incluidas según el autor en distintas categorías. Por otro, se ve que la “debilidad motriz” se clasifica de diferente modo según el autor. De Ajuriaguerra (1973) la incluye en la categoría de “trastornos psicomotores”, pero Bergès la excluye de este grupo y la coloca encabezando una categoría aparte (Ravera, 2002).

Por último, también se puede observar como De Ajuriaguerra modifica su clasificación del año 1973 al 1982. En un principio considera dos grupos de alteraciones, “los trastornos psicomotores” y “los trastornos de la realización motora”, pero luego, años más adelante, agrupa a todos bajo una misma categoría.

Visto esto, se expondrá a continuación la clasificación que hace, de las alteraciones psicomotrices, Cristina de León en el año 2010.

De León plantea que “las diferentes alteraciones psicomotrices se podrían ubicar en una línea” (p. 57). En un extremo de ella, se ubicarían las alteraciones en las que el peso de lo emocional es lo principal y en las que la problemática afectiva alteraría el movimiento o, mejor dicho, la expresividad motriz, por medio de modificaciones del tono muscular. Cita a Rebollo quien considera que estas serían las verdaderas alteraciones psicomotrices.

En el otro extremo, se ubicarían aquellos trastornos que tienen una base más neurológica, los que se llaman signos neurológicos leves o signos blandos. Estos entorpecerían las relaciones que la persona establece con el medio desde el comienzo de la vida.

Por último, entre ambos extremos, estarían las alteraciones en las que la integración gnoso-práxica no se daría de forma apropiada, impidiendo el desarrollo de movimientos complejos.

Esto lleva a de León (2010) a dividir las alteraciones psicomotrices en tres subgrupos: los trastornos de la expresividad motriz, las dispraxias y la debilidad motriz. Agrega además las disgrafías (praxias especiales) que muchas veces aparecen como secundarias a alguna de las alteraciones mencionadas, aunque también pueden ser primarias o específicas.

A continuación, exponemos un gráfico que resume esta clasificación:

Trastornos de la expresividad motriz	Dispraxias		Debilidad motriz	Disgrafías
Hiperactividad	Dispraxias	Somatoespaciales		
Inhibición		Constructivas		
Repeticiones y fijaciones	Sensorioquinéticas			
Ciertas características expresivas	De formulación simbólica			

(Figura 2) (de León, 2010, p. 58)

Como ya se expuso en la introducción de este trabajo, la doctora Rebollo (2003) también realiza una clasificación de las alteraciones psicomotrices. Al considerarlas como alteraciones del movimiento, las clasifica según esté afectado en cantidad, fuerza o calidad.

Dentro de las alteraciones de la cantidad de los movimientos se ubica a la hiperactividad o la hipoactividad. En las que estaría afectada la fuerza ubica a la paresia o parálisis. Por último, en las que está afectado es la calidad de los movimientos, ubica a la torpeza motriz y las disquinesias (Rebollo, 2003).

### **1.3 Movimiento, sobreactividad e hiperactividad**

En el comienzo de este trabajo se ha mencionado la pertinencia de la hiperactividad para la Psicomotricidad desde el momento en que esta se vincula con el movimiento.

Es por ello, que antes de comenzar a desarrollar en profundidad la temática del TDAH, se considera de interés, detenerse a definir algunos conceptos importantes y que en ocasiones se pueden confundir.

La Real Academia Española (RAE) (2021) define el **movimiento** como “acción o efecto de mover” o como “estado de los cuerpos mientras cambian de lugar o de posición”. Ahora bien, el movimiento humano es mucho más de lo que definen los diccionarios.

De León y Ravera (2000), destacan estudios realizados a lo largo de este siglo por Wallon, Bergès, De Ajuriaguerra, entre otros, en los que expresan que “el movimiento no sólo debe ser considerado en tanto que desplazamiento, en tanto que acción sobre el mundo físico” (p. 123), sino que el movimiento, además del rol de ejecutar una acción, tiene el rol de expresar.

De allí que Wallon habla de dos funciones del movimiento: una efectora y otra expresiva. La función efectora sería la que ya mencionamos, la que permite la acción del sujeto sobre el ambiente, y la función expresiva es la que permite que el movimiento sea un medio de comunicación (de León, 2010).

Desde la perspectiva psicomotriz, se considera el movimiento como un término mucho más complejo, de naturaleza dinámica y significativa, con funcionalidad adaptativa, relacional, comunicativa y cognitiva y con manifestaciones orgánicas, físicas y psíquicas (Franc, 2014).

En este sentido, resulta pertinente citar a Rebollo y Cardús (1973) quienes expresan que la función del movimiento es la motricidad. Según ellas:

La motricidad es una de las manifestaciones más importantes de la función nerviosa [...]. Se trata de una resultante final, de una eferencia que está íntimamente relacionada con las funciones que le dan la información, la regulación o la motivación, y le imprimen caracteres particulares de acuerdo con cada individuo. (p. 31)

Agregan, que la función motora, en los diferentes tipos de movimiento, está ligada a la función sensitiva (reflejos), la función gnoso-práxica y la afectividad (tono muscular).

Añaden las mismas autoras que cuando un individuo realiza un movimiento se pone en funcionamiento su cuerpo. Esto no refiere sólo al sistema osteomuscular regido por el sistema nervioso, sino a un mecanismo sumamente complejo en el que entran en juego las diferentes percepciones, que indican a la persona en qué postura está su cuerpo, cómo es el espacio, etc. Entra en juego también la afectividad del individuo, ligada directamente a la postura y el tono muscular, permitiendo que la persona exprese sus contenidos internos (de León, 2010).

Todas estas dimensiones del movimiento se van construyendo a lo largo de la vida del individuo. La Psicomotricidad pues, no se ocupará del movimiento humano en sí mismo, sino que integrará todas estas dimensiones, tratando de hacer una lectura globalizadora, comprendiendo el movimiento como factor de desarrollo y expresión del individuo en relación con su entorno (Da Fonseca, 1996).

Dicho todo esto surge la pregunta ¿cómo se puede diferenciar entonces, la actividad normal de la patológica?

Para responder a esta pregunta, Beatriz Janin, cita a Taylor quien diferencia el movimiento excesivo normal del anormal. Este autor habla de sobreactividad para referirse al exceso de movimiento normal y de hiperactividad al referirse al exceso de movimiento patológico (Janin, 2007).

La **sobreactividad**, según Taylor, se caracteriza porque el movimiento tiene un fin determinado y no se acompaña de deficiencia atencional. Por otro lado, la **hiperactividad** sería el movimiento desorganizado, que no tiene un fin determinado y que puede llegar a ser caótico (Janin, 2007).

Rebollo (2008) plantea entonces que la hiperactividad se diferencia cuantitativa y cualitativamente de la sobreactividad. Cuantitativamente por tener mayor intensidad y cualitativamente por no tener un fin determinado y ser desorganizado, caótico.

Hasta aquí, se han definido los distintos conceptos y analizado las características de la hiperactividad para diferentes autores, en el próximo capítulo se analizarán la hiperactividad dentro del TDAH y en otros trastornos.

## Capítulo II

### Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

#### 2.1 ¿Qué es el TDAH?

El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en la población infanto-juvenil. Es un trastorno heterogéneo y crónico que se inicia en la infancia y puede evolucionar hasta la adultez (Hidalgo y Sánchez 2014). El concepto de neurodesarrollo señala la etiología subyacente y el carácter evolutivo del trastorno. Su caracterización clínica se sustenta en la presencia de una triada sintomática en la que se observa inatención, hiperactividad e impulsividad (Santana, Paiva y Lustenberger, 2003).

Estos síntomas, si bien pueden resultar normales en ciertas etapas de la vida, son más severos, intensos y frecuentes que los que se pueden observar en niños o adultos de la misma edad y nivel de desarrollo (Mila, 2003; Santana, Paiva y Lustenberger, 2003).

Alberdi-Páramo y Pelaz-Antolín (2019) indican que, dada su temprana aparición y cronicidad, estas manifestaciones generan un gran impacto y repercusiones a nivel familiar, académico, social y emocional.

Scandar (2003) agrega que el TDAH “es un síndrome biocomportamental del desarrollo y generalmente crónico, de presentación heterogénea, frecuentemente de origen innato y/o genético” (p. 10). Le llama **síndrome** por tratarse de un conjunto de síntomas cuya presencia revela la posible existencia de un trastorno o enfermedad. **Biocomportamental** porque determinadas diferencias biológicas tienen un rol importante en la aparición de los síntomas. **De presentación heterogénea** por la variedad y diversidad de los síntomas. **De origen innato y/o genético** porque cree que las diferencias biológicas están presentes desde el nacimiento y que se han ido estableciendo como consecuencia de procesos biológicos y/o genéticos durante la gestación.

Santana, Paiva y Lustenberger (2003), citan a Rosselli y Ardila (2000) quienes consideran que el TDAH es “en realidad un retardo en el desarrollo de la función ejecutiva” (p. 29) y que, para ser exactos, debería denominarse **disfunción ejecutiva infantil**.

Rebollo (2008) define al TDAH como una enfermedad neurológica cuya disfunción o alteración lesional estaría en diferentes sectores del sistema nervioso y cuya última causa podría deberse a la deficiencia de sistemas de neurotransmisores.

Por su parte, Céspedes (2013), habla del TDAH como un “espectro” (p. 67); término que define como un continuo que nace en el Trastorno por Déficit Atencional (TDA) y termina en

otro extremo, donde ubica las formas más severas, para ella, el TDAH. Este último es determinado por la autora como un conjunto de características neuropsicológicas que se manifiestan a lo largo del desarrollo en lo cognitivo, lo socioafectivo y lo conductual, pero cuya base es cerebral. Estas características, tienen como denominador común, a las funciones ejecutivas, pudiendo haber otras funciones cerebrales comprometidas también. La base de ese continuo iría desde los procesos madurativos lentos y/o retrasados, respecto del promedio, de las funciones ejecutivas y otras funciones cognitivas, a una disfunción prefrontal severa.

## **2.2 Prevalencia**

La prevalencia del TDAH es aún hoy un tema controvertido. En los distintos trabajos, revisiones, artículos y libros consultados las tasas de prevalencia encontradas son muy variadas. Parece difícil conocer la cifra exacta.

Muchos son los factores que pueden incidir en esto, por ejemplo, los métodos de evaluación que se utilicen, el tipo de clasificación empleada (DSM o CIE), el tipo de muestra y las características socioculturales de la población, las distintas fuentes por las que llegue la información (padres, maestros, etc.), el subtipo del trastorno, etc. (Macià, 2012).

Así, se puede observar como al utilizar una definición sintomatológica por medio de entrevistas poco contrastadas, la incidencia del trastorno podría situarse entre el 10 y el 20% de la población. Si, contrariamente, el diagnóstico se establece mediante el DSM la incidencia decae hasta el 5-10%. Finalmente, si el diagnóstico se establece mediante criterios más restrictivos como los de la CIE los índices pueden reducirse aún más llegando al 1-2% (Mediavilla, 2003).

Artigas y Narbona (2011) refieren a Faraone et al. quienes evidenciaron que, cuando se emplean los mismos criterios y metodología, la prevalencia es semejante en todos los países.

En el año 2007 se realiza por primera vez un estudio científico de la prevalencia del TDAH mundial en base a los criterios del DSM o de la CIE. A partir de los datos obtenidos, se estima una prevalencia mundial del 5,29% (Arango et al., 2018).

El TDAH ha sido considerado como un cuadro de amplio predominio en varones respecto a las mujeres. La relación estimada de prevalencia varón/mujer oscila de 2 o 3:1, en muestras poblacionales, a 4:1, en muestras clínicas. Esto se debe a que en los varones los síntomas de hiperactividad e impulsividad son preponderantes, haciéndolo más visible, mientras que en las mujeres son los síntomas de inatención los que predominan, con lo que tienden a pasar más desapercibidos. Sin embargo, a medida que pasa el tiempo, esta teoría va perdiendo fuerza y

en la actualidad se estima que la prevalencia en ambos sexos es muy similar (Arango et al., 2018; Pascual-Catroviejo, 2008; Sánchez y Cohen, 2020).

Las fluctuaciones observadas respecto a la prevalencia de este trastorno se deben también a una característica fundamental: “el TDAH es un trastorno que persiste a lo largo de toda la vida y sus manifestaciones cambian en el transcurso evolutivo” (Macià, 2012, p. 62). Así, la prevalencia en la adultez es también difícil de determinar y quizás aún más. La hiperactividad tan “vistosa” en la infancia puede no presentarse en la sintomatología del adulto. Esto puede deberse a una remisión, a una compensación o que se vea reflejada en otro tipo de conductas como ser el consumo de drogas, alcohol, búsqueda de situaciones de peligro, adicción al juego, etc. (Carboni, 2011).

Barkley (1995), citado por Menéndez (2001), plantea que más del 80% de los niños que presentan TDAH, seguirán presentando el trastorno en la adolescencia, y entre el 30 y el 65%, continuarán presentando síntomas en la edad adulta. No obstante, el DSM V plantea una prevalencia del 5% en niños y de 2,5% en adultos en la mayoría de las culturas (APA, 2013).

Con respecto a datos específicos de prevalencia en Uruguay, Viola y Garrido (2009) realizan un estudio epidemiológico mediante el cual establecen una prevalencia aproximada de 7,6% para el TDAH en Uruguay, existiendo una mayor prevalencia en mujeres, lo que claramente se contrapone a la mayoría de los estudios.

### **2.3 Etiología**

Hasta hace no muchos años, la etiología del TDAH era considerada desconocida y a pesar de que hoy en día se sigue sosteniendo esta afirmación, resulta evidente lo que expresan Quintero y Castaño de la Mota (2014) al decir que se trata de “un trastorno heterogéneo, multifactorial y complejo” (p. 602).

Scandar (2003) afirma que, a pesar de que en lo que respecta a la psiquiatría infantil, el TDAH es el trastorno más estudiado en los últimos 30 años, ni para este ni para ninguno de los trastornos que se describen en esta área de la medicina se han encontrado causas únicas.

Es así como, este mismo autor, nos habla de un enfoque multidimensional en lo que respecta a la etiología de este trastorno, incluyendo diversos factores entre los cuales menciona: los hereditarios y genéticos, traumas pre y post natales, intoxicaciones del progenitor con alcohol y tabaco, y ciertos alimentos, la relación existente con la hormona tiroidea, hallazgos a nivel de la morfología y neuroquímica cerebral.

Al mismo tiempo, Mila (2003) expresa que, si bien la causa de este trastorno no está claramente definida, las evidencias que surgen de las investigaciones señalan la existencia de



una base biológica que se relaciona en su evolución con variables psicológicas, sociales, educativas, culturales y otros factores complejos.

Asimismo, Macià (2012) los agrupa en factores biológicos, factores ambientales y psicológicos. Según él, los dos últimos, actuarían como moduladores, es decir, afectarían a la gravedad del trastorno, a los síntomas secundarios y a la evolución de este.

En esta oportunidad no se profundiza en estos aspectos por cuestiones formales de la extensión del trabajo, pero esto no quita que sean considerados sumamente significativos para el desarrollo, evolución y presentación clínica del TDAH.

### **2.3.1 Aportes de la Neuropsicología infantil al TDAH**

Antes de comenzar con los aportes que ofrece al TDAH la Neuropsicología infantil, o Neuropsicología del desarrollo, se considera pertinente precisar brevemente algunos conceptos relevantes que anteceden, enmarcan y estructuran esta rama de la ciencia.

Pues bien, partiendo de la concepción de que la función última del sistema nervioso es la conducta y considerando que la mejor forma de comprender el funcionamiento del cerebro debe ser desde distintos campos científicos y áreas de conocimiento diversas es que surge la Neurociencia, disciplina científica que se enmarca dentro de un carácter multidisciplinar. Es así como distintas disciplinas con diferentes tradiciones, metodologías y objetos de estudio incorporan el estudio científico del sistema nervioso como algo central y primordial en su marco teórico (Ramos-Zúñiga, 2014; Redolar, 2002; Rosell et al., 2020; Soriano et al., 2007).

Bajo variados puntos de vista, la Neurociencia estudia el sistema nervioso humano en todos sus aspectos: anatomía, química, fisiología, desarrollo, hasta su comportamiento funcional (Ramos-Zúñiga, 2014; Soriano et al., 2007).

Entre las distintas ciencias que conforman este constructo encontramos: la neuroanatomía, la neurofisiología, la biología molecular, la neuroquímica, la neuroinmunología, la genética, las imágenes neuronales, las ciencias computacionales, la neuropsicología, entre otras (Rosell et al., 2020).

La Neuropsicología es una Neurociencia conductual que tiene como objetivo principal estudiar las repercusiones del funcionamiento, normal y anormal, del sistema nervioso sobre la conducta (Portellano, 2007; Rosselli, Matute y Ardila, 2010).

En su contexto surge la Neuropsicología infantil, o Neuropsicología del desarrollo, la que tiene como finalidad estudiar las relaciones entre el cerebro en desarrollo y la conducta en niños y adolescentes, entendiendo a los procesos mentales como consecuencia del funcionamiento cerebral (Abad, Brusasca y Labiano, 2009; Portellano, 2007; Semrud-

Clikeman y Teeter, 2011). Se ocupa de investigar, prevenir, evaluar e intervenir en los procesos mentales normales o, por el contrario, contrarrestar los efectos del daño o disfunción cerebral en el niño o adolescente (Portellano, 2005, 2007).

Portellano (2007) manifiesta que muchos problemas en la edad escolar se relacionan con trastornos de la estructura o funcionamiento del sistema nervioso. Un porcentaje menor refiere a lesiones graves que generan severas discapacidades, en cambio, otro tanto se observa con mayor frecuencia y se inscriben en la esfera de la disfunción cerebral, como, por ejemplo, las dificultades de aprendizaje, los trastornos del lenguaje o los trastornos por déficit de atención. Son estas últimas las que para la Neuropsicología infantil ocupan el principal objeto de interés.

De acuerdo con Arán y Mías (2009), en los últimos años los estudios acerca del TDAH han aumentado significativamente, principalmente en lo que respecta a su funcionamiento cognitivo-conductual. Algo similar expresa Fernández-Daza (2019) al decir que, según estudios recientes, el TDAH es uno de los trastornos más estudiados desde la perspectiva neuropsicológica.

Tal es así que, sobre la base de varias revisiones, Servera (2005) y Vázquez-Justo y Piñón (2017), hacen una descripción de los modelos o teorías neuropsicológicas que explican las causas del TDAH. Estos modelos coinciden ampliamente con los descritos por Artigas-Pallarés (2009) y Artigas-Pallarés y Narbona (2011), quienes plantean que, en el momento actual, los modelos neurocognitivos que se debaten respecto al TDAH fluctúan entre modelos de déficit único y modelos duales o de déficit múltiple.

Los **modelos de déficit único** presuponen que la baja efectividad de un mecanismo cognitivo básico puede, por sí misma, explicar todas las expresiones asociadas al TDAH y en caso de existir otras disfunciones cognitivas, estas serían secundarias al déficit primario (Artigas-Pallarés, 2009).

Por el contrario, los **modelos duales o de déficit múltiple**, consideran que la etiología del TDAH se debe a la interacción de varios aspectos cognitivos sin un origen único (Artigas-Pallarés, 2009; Vázquez-Justo y Piñón, 2017). Surgen para brindar comprensión a la estructura cognitiva del TDAH, contribuyendo al entendimiento de ciertas comorbilidades (Vázquez-Justo y Piñón, 2017).

A partir de estos aportes, se exponen a continuación los modelos neuropsicológicos que se consideran más relevantes. Cabe destacar, como plantean Vázquez-Justo y Piñón (2017), que no son en modo alguno excluyentes ni contradictorios entre sí.

### **2.3.1.1 Modelos de déficit único**

#### Modelo atencional de Virginia Douglas – 1970

Lo más relevante de este modelo es que pone en un segundo plano la sobreactividad motora, por considerarla una variable inespecífica e influida por variantes madurativas y circunstanciales. El lugar central en su modelo lo ocupa la atención sostenida ya que, según Douglas, en los niños “hiperactivos” los déficits atencionales son la variable crítica (Servera, 2005; Vázquez-Justo y Piñon, 2017).

Plantean Servera (2005) y Vázquez-Justo y Piñon (2017), que, para Douglas, la etiología del TDAH se debe a la presencia de cuatro características, de origen orgánico e influenciadas por el ambiente: rechazo o poco interés por dedicar atención o esfuerzo a tareas complejas, tendencia a la búsqueda de gratificación inmediata, poca capacidad para inhibir las respuestas impulsivas y poca capacidad para regular la resolución de problemas.

Pese a que este modelo es uno de los más destacados e influyentes de la época, pocos años después surgen algunas críticas al respecto. Entre otras, se critica que Douglas prioriza las dificultades en la atención y la impulsividad frente a la hiperactividad. Por esta razón se considera que este modelo se ajusta únicamente al subtipo de TDA sin hiperactividad (Servera, 2005; Vázquez-Justo y Piñon, 2017).

#### Modelo de déficit en el control inhibitorio

Desarrollado por Barkley en 1997, surge como una alternativa al modelo atencional de Douglas (Vázquez-Justo y Piñon, 2017). Dentro de los modelos de déficit único, es el más desarrollado y consecuente a los datos experimentales (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011). En él se integran datos de la Neuropsicología y de las funciones ejecutivas (Ruiz, 2016).

Barkley define la capacidad de inhibición de respuesta como la acción sinérgica de tres procesos paralelos que, de hecho, son distintas formas de expresión de un mismo mecanismo. Estos tres procesos son: capacidad de inhibir respuestas prepotentes ante un evento, interrupción de respuestas prepotentes y control de la interferencia (Artigas-Pallarés, 2009; Artigas-Pallarés y Narbona, 2011; Vázquez-Justo y Piñon, 2017).

Para Barkley, el déficit primario del TDAH es una capacidad de inhibición baja, que repercute directamente en las funciones ejecutivas, modulando sus síntomas (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011; Ruiz, 2016).

Según Artigas-Pallarés (2009), esto conlleva a la pérdida de la eficacia de las siguientes funciones: memoria de trabajo verbal, memoria de trabajo no verbal, planificación o reconstrucción y autorregulación de las emociones y la motivación.

La ineficacia de estas funciones lleva a una conducta descontrolada, impersistente, poco eficaz y frustrante. Como resultado, aumenta la desmotivación (Artigas-Pallarés, 2009; Artigas-Pallarés y Narbona, 2011).

En este modelo, el TDAH se considera más como una disfunción ejecutiva que como una deficiencia atencional, en donde el déficit en la atención sería secundario a la falla ejecutiva (Artigas-Pallarés, 2009; Artigas-Pallarés y Narbona, 2011).

Por su parte, Barkley señala que, de los seis tipos descritos de atención, sólo la atención sostenida es la que se ve afectada en el TDAH. Según él, la dificultad no está en poder dirigir la atención a algo, sino en la capacidad de mantenerla (Artigas-Pallarés, 2009; Artigas-Pallarés y Narbona, 2011).

#### Modelo de aversión a la demora

En el año 2003, Sonuga-Barke et al. formulan esta propuesta que, en los últimos años, ha adquirido gran relevancia debido a ciertas ambigüedades generadas por los modelos basados exclusivamente en las funciones ejecutivas (Artigas-Pallarés, 2009; Artigas-Pallarés y Narbona, 2011).

La aversión a la demora se explica considerando que los niños con TDAH se inclinan por una gratificación inmediata, aunque sea pequeña, ante otra gratificación de mayor dimensión y alcance, pero postergada (Vázquez-Justo y Piñon, 2017).

Sobre la base de esto último, la impulsividad para este modelo, cuando el niño con TDAH controla su entorno, tiene la finalidad de acortar el tiempo de espera para recibir la gratificación. Por el contrario, cuando no tiene control sobre este, se “desenchufa” y deja que el tiempo pase, con la intención de hacer caso omiso a la demora (Artigas-Pallarés, 2009; Artigas-Pallarés y Narbona, 2011).

Respecto a su base neural, resulta interesante lo que expresa Artigas-Pallarés (2009, pp. 588-589):

Dicho modelo se basa en circuitos cerebrales de recompensa, modulados por catecolaminas que conectan regiones frontales (cingulado anterior y córtex orbitofrontal) con el núcleo accumbens. La amígdala está igualmente implicada en este sistema, posiblemente desempeñando un papel en la definición del significado motivacional de los incentivos. La dopamina tiene un papel clave como neuromodulador de la recompensa.

#### Modelo de regulación del estado

Elaborado por Sergeant et al. en el año 2005. Coinciden con Barkley al considerar la disfunción ejecutiva como aspecto nuclear, pero sustituyen la alteración en el control inhibitorio por un déficit en la capacidad de regulación de la motivación y el esfuerzo. Es decir, para lograr cualquier objetivo se requiere de la activación (motivación) y movilización de energía mental

(esfuerzo) con el fin de adecuar las energías cognitivas a las demandas y los objetivos. Estos aspectos funcionan, según los autores, como habilitadores o limitadores de las funciones ejecutivas (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011).

### **2.3.1.2 Modelos duales o de déficit múltiple**

#### Modelo cognitivo energético

Según Artigas-Pallarés (2011), este modelo es una ampliación del modelo de “regulación del estado”. Se fundamenta en la falta de eficiencia en el procesamiento de la información, la cual está determinada por la interacción de tres niveles de procesamiento. Artigas-Pallarés (2009, p. 589) los explica de la siguiente manera:

- Nivel computacional de los mecanismos atencionales: implica codificación, búsqueda/decisión y organización motora.
- Nivel del estado: comprende mecanismos de energía agrupados en niveles de alerta (arousal), esfuerzo y activación. El nivel de alerta es el estado de excitabilidad o pasividad para actuar. Está influido por la intensidad del estímulo y por el carácter novedoso. El esfuerzo es la energía necesaria para afrontar las demandas derivadas de las tareas. La activación es la disponibilidad para actuar.
- Nivel de gestión/funcionamiento ejecutivo: se define como la capacidad para planificar, monitorizar, detectar errores y corregir los errores.

Cuando en alguno de estos niveles existe un déficit se producen los déficits inhibitorios, principalmente si el déficit está en el nivel del estado. Cuando el déficit se da en el nivel computacional de los mecanismos atencionales se producen los déficits en la organización motora (Artigas-Pallarés, 2009; Artigas-Pallarés y Narbona, 2011).

#### Modelo dual de Sonuga-Barke et al.

Este modelo, es una síntesis del modelo de “aversión a la demora” con aportes del modelo de Barkley (Artigas-Pallarés, 2009).

Se basa en la existencia en paralelo de dos déficits de distinta naturaleza. Uno está dado por una alteración en los circuitos de recompensa, lo que produce que no se detecte la señal de recompensa retardada y consecuentemente surja la conducta impulsiva característica del TDAH. Paralelamente, el otro está dado por un déficit ejecutivo en la capacidad de control inhibitorio, lo que produce los déficits ejecutivos propios del TDAH (Artigas-Pallarés, 2009; Artigas-Pallarés y Narbona, 2011; Vázquez-Justo y Piñon, 2017).

### Modelo dual de comorbilidad con la dislexia

Las dificultades en la velocidad de procesamiento, en la memoria de trabajo verbal y en la flexibilidad cognitiva se pueden ver tanto en pacientes con dislexia como en aquellos que tienen TDAH (Artigas-Pallarés, 2009; Artigas-Pallarés y Narbona, 2011).

### Modelo dual de comorbilidad con el autismo

Estudios comparativos entre TDAH y autismo (de alto nivel y trastorno de Asperger) muestran déficits ejecutivos en común en ambos trastornos. Artigas-Pallarés (2009) y Artigas-Pallarés y Narbona (2011) citan a Nyden et al. quienes encuentran que el TDAH y el autismo comparten el déficit en el control inhibitorio, no así con la flexibilidad cognitiva presente únicamente en el TDAH. Geurts et al. hallan que en los autistas hay un déficit en todas las medidas de función ejecutiva, salvo en el control de la interferencia y en la memoria de trabajo, mientras que en el TDAH se evidencian mayores déficits en la capacidad de inhibición de respuesta y en la fluidez verbal.

## **2.4 Descripción clínica**

Como se ha visto, el TDAH es un trastorno heterogéneo el cual presenta unos síntomas nucleares claramente identificables si bien sus manifestaciones clínicas varían según el sexo, la edad, la presencia de comorbilidades, la situación o contexto en el cual se desarrolla el individuo y las características propias de la persona. Los signos y síntomas principales de este trastorno son la **deficiencia atencional**, la **impulsividad** y la **hiperactividad** (Hidalgo y Sánchez, 2014; Rodríguez, González y Gutiérrez, 2015; Sánchez y Cohen, 2020).

Sánchez y Cohen (2020) plantean que la inatención es el síntoma que más perdura en el tiempo y el predominante en las niñas, mientras que la impulsividad y la hiperactividad merman con la edad y son más frecuentes en los varones. En contraposición a esto, Condemarin, Gorostegui y Milicic (2004) consideran que la impulsividad es uno de los síntomas más duraderos y persiste como una característica a lo largo de la vida. Por su parte, Santana, Paiva y Lustenberger (2003) expresan que no sólo la impulsividad permanece estable, sino también la falta de atención. Según ellos, ambas características se expresan de diferente forma según la edad del niño.

Estas opiniones contrapuestas se pueden entender al comprender que los síntomas varían dependiendo de diversos factores. Así, por ejemplo, pueden disminuir cuando el niño realiza actividades con supervisión individual (por parte de padres o maestros) o que le resultan interesantes, no obstante, empeoran en situaciones grupales o que le resultan poco atractivas (Hidalgo y Sánchez, 2014).

A continuación, se describe la tríada sintomática del TDAH.

### **1. Inatención:**

Para Carboni (2011) la atención es un constructo multidimensional y, por tanto, en los niños con TDAH se pueden observar una gran variedad de alteraciones en lo que a ésta respecta.

Macià (2012) plantea que los niños con TDAH presentan dificultades en 3 tipos de atención:

- Dificultades en la atención selectiva: Se observa en la imposibilidad que tienen estos niños para seleccionar la respuesta correcta de entre varias alternativas. Inspeccionan y planifican poco, siendo la búsqueda de información aún más escasa. Muestran dificultad para recordar y seguir instrucciones, así como para evadir las distracciones que se les presentan.
- Dificultades en la atención dividida: En los niños con TDAH la distribución de la atención fluctúa en mayor medida cuando necesitan realizar varias tareas al mismo tiempo o se les presenta información en simultáneo. Es por esto que cuando se presentan situaciones con muchos estímulos, se suelen desconcentrar. También se desconcentran frente a la aparición de un nuevo estímulo que pasa a ocupar su atención dejando en un segundo plano al anterior.
- Dificultades en la atención sostenida: Es sin lugar a duda la más afectada en estos niños. La incapacidad que presentan para mantener la atención en forma continua les genera dificultad para la realización de ciertas tareas, especialmente aquellas que no les resultan motivantes o gratificantes como ser tareas largas o repetitivas que se pueden presentar en la escuela o en el aprendizaje escolar, aunque en tareas lúdicas también puede verse esta dificultad, pero en menor grado.

### **2. Impulsividad:**

Macià (2012), define la impulsividad como la dificultad para inhibir conductas frente a las situaciones o demandas del ambiente.

Según este autor, se manifiesta por una falta de capacidad para frenar aquellas conductas que traen aparejadas una satisfacción inmediata, o sea, una incapacidad para demorar las gratificaciones.

Se puede decir a partir de esto, y en base a los planteos de Barkley, que en la impulsividad de los niños con TDAH se refleja la deficiente capacidad de inhibición y la falta de autocontrol, lo que conlleva a un deficiente dominio de los impulsos. Tal es así, como se lee en la distinta bibliografía, que la accidentabilidad es parte de su vida diaria.

Para Macià (2012), la inhibición sería lo que permite al niño detenerse, valorar las posibles consecuencias de sus actos y en efecto, planificar y organizar su comportamiento. Al mismo tiempo, plantea que el dominio deficiente de los impulsos se puede ver tanto en el área cognitiva como en el área conductual. De este modo, en el TDAH con predominio desatento se asocia la impulsividad de tipo cognitiva, la que afectaría por ejemplo la atención y las emociones, y en el TDAH hiperactivo-impulsivo se asocia la impulsividad de tipo conductual, la que afectaría las respuestas motoras (Macià, 2012; Rebollo, 2008).

### **3. Hiperactividad:**

Ya se ha dicho, en el capítulo anterior, qué es la hiperactividad. Por tanto, ahora se trata de profundizar en cómo se comportan en este sentido los niños con TDAH.

Santana, Paiva y Lustenberger (2003) plantean que, en el niño pequeño, la hiperactividad, se reduce fundamentalmente a lo motor, es decir, correr, saltar, trepar, etc. En el escolar, predomina más la hiperactividad verbal e intelectual. Y por último en el adolescente, a lo antes mencionado, se suman componentes emocionales debido a la falta de capacidad para controlar la hiperactividad. En general, las personas con TDAH se mueven innecesariamente demasiado para lograr lo que desean. Mueven los pies, las piernas, golpean las cosas, se mueven en la silla mientras están sentados y cambian de posición constantemente mientras realizan una actividad. Presentan dificultades para conciliar el sueño y cuando lo logran se mueven demasiado, dan patadas, se destapan, frecuentemente tienen pesadillas etc. (Condemarín, Gorostegui y Milicic, 2004; Mila, 2003; Scandar, 2003). Los padres los describen como “movidos por un motor” (Mila, 2003, p. 62). Presentan movimientos nerviosos, como tics faciales que se observan principalmente a nivel de los párpados y labios, si bien también pueden verse en los hombros (Mila, 2003).

Mila (2003), considera algunos síntomas adicionales al trastorno. Se mencionan a continuación aquellos que no se describieron antes: labilidad emocional, falta de madurez, tics y baja autoestima.

En el mismo orden de ideas, Macià (2012) habla de complicaciones o problemas secundarios a los que diferencia de los problemas comórbidos. Entre ellos menciona: problemas de comportamiento, dificultades en el aprendizaje escolar, problemas de relación social y alteraciones emocionales/bajo nivel de autoestima.



## Capítulo III

### Diagnóstico y tratamiento del TDAH

#### 3.1 Diagnóstico

Arribar a un diagnóstico de TDAH es una tarea compleja. Hasta el momento actual, no existe una prueba de laboratorio específica, ni una prueba o método psicométrico o indicador del examen neurológico que tenga validez por sí solo para realizar un diagnóstico positivo de TDAH (Montiel, 2007).

Como se ha visto, el TDAH se desarrolla, evoluciona y se expresa de modo distinto a lo largo de la vida del individuo. Por tal motivo, a la hora de evaluar la conducta del niño, será imprescindible tener en cuenta su edad y etapa del desarrollo en que se encuentre. También será fundamental la participación y aportes que puedan realizar otros informantes como ser los padres y docentes (Arango et al. 2018).

Por su parte, Montiel considera que el estudio interdisciplinario es el camino más confiable para llegar a un diagnóstico adecuado. Los aportes que puedan efectuar el pediatra, neuropediatra, psiquiatra infantil, psicólogo, psicopedagogo, psicomotricista, fonoaudiólogo, según la necesidad específica de cada niño, serán de suma importancia (Montiel, 2007).

Se requerirán entonces múltiples estrategias y herramientas de evaluación.

En definitiva, el diagnóstico del TDAH es clínico (Arango et al., 2018) e interdisciplinario, se lleva a cabo por el neuropediatra y/o psiquiatra infantil, sumando los aportes de los distintos técnicos, y se realiza en base a criterios diagnósticos establecidos.

El primer paso del proceso diagnóstico del TDAH es realizar la **historia clínica** a través de un interrogatorio minucioso y exhaustivo a los padres u adultos que han estado a cargo de la crianza del niño o adolescente (Arango et al., 2018; Rebollo, 2008; Santana, Paiva y Lustenberger, 2003).

En estas instancias es de mucha ayuda contar con la presencia de ambos padres ya que muchas veces lo que no recuerda uno lo puede recordar el otro. A su vez, permite también observar cómo es la interacción entre ellos, si existen conflictos, desacuerdos, aspectos patológicos del ambiente familiar que puedan estar incidiendo en la sintomatología del niño. Incluso, puede ser recomendable que, en alguna de las entrevistas del proceso diagnóstico, participen los padres junto con el niño. Esto permite ver su interacción, cómo se comporta el niño frente a sus padres y cómo estos reaccionan ante las conductas del niño, etc. (Gratch, 2005).

La historia clínica debe comenzar con los antecedentes hereditarios de ambos padres y los datos evolutivos del niño desde su concepción hasta el presente (Gratch, 2005). De esta forma, se pueden ir identificando también factores de riesgo, de protección, el curso y efectos que han tenido los síntomas medulares del TDAH, la posible presencia de otras dificultades, así como los recursos y desafíos que ha enfrentado la familia en la crianza del niño (Arango et al., 2018).

Otro punto clave durante el proceso diagnóstico es la **observación directa del niño**. En lo que a esto respecta, es de gran valor poder observar su conducta en los contextos cotidianos en los que se desenvuelve como ser su casa, la escuela, etc. (Gratch, 2005) ya que es allí donde despliega toda su expresividad.

Los **cuestionarios** son otra herramienta muy recomendable y útil ya que ayudan a cuantificar la presencia y gravedad de los síntomas (Montiel, 2007).

Por otro lado, las **entrevistas con los docentes** aportan también cuantiosa información (Arango et al., 2018; Moriyama et al., 2017).

Muy importante es el **estudio psicológico** el que tiene por objetivo obtener información sobre el nivel intelectual, atencional, emocional y de la calidad de las relaciones que el niño establece con sus pares, familiares, etc. (Condemarín, Gorostegui y Milicic, 2004). Para su administración se aplican entrevistas, observación clínica, autorreportes, pruebas proyectivas, pruebas estandarizadas y computarizadas (Condemarín, Gorostegui y Milicic, 2004; Montiel, 2007; Rebollo, 2008).

La **evaluación psicopedagógica** constituye una importante herramienta al momento de determinar cómo y en qué grado el TDAH afecta el desempeño escolar del niño, en lo que respecta a su rendimiento académico. Esta evaluación tiene un rol central en el diagnóstico del TDAH ya que es, generalmente, en el ámbito escolar donde el problema tiene mayor expresión (Condemarín, Gorostegui y Milicic, 2004).

El **examen médico clínico** evalúa la salud general del paciente mediante la exploración física, evaluación de signos vitales. Además, se explora la visión, audición, presencia de dismorfias corporales, anomalías cutáneas y exploración neurológica con el objetivo de descartar o confirmar ciertos déficits o síndromes que justifiquen la presencia de un TDAH (Fernández y Fernández, 2010; Hidalgo y Sánchez, 2014; Mena et al., 2006; Taylor, 1999).

La **evaluación psicomotriz** es un instrumento más de exploración clínica que complementa los datos aportados por las otras disciplinas del equipo tratante (de León, 2010). Se profundizará sobre esto en el próximo capítulo.

### 3.1.1 Criterios diagnósticos para el TDAH

Existen dos tipos de criterios estrictos, ampliamente aceptados por la comunidad científica. El de la *American Psychiatric Association (APA)*, a través del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* y el de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE).

A continuación, se transcribe el criterio diagnóstico propuesto por la APA en su quinta edición del DSM, publicada en el año 2013, por ser la más utilizada actualmente en Uruguay.

Criterios Diagnósticos del DSM-V para el TDAH	
<b>A.</b>	Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):
<b>1.</b>	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. Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas. a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., 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 (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada). c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., 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 (p. ej., inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad). e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., 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 requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores o adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos). g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil). h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados). i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).
<b>2.</b>	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 a las actividades sociales y académicas/laborales. Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores o adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas. a. Con frecuencia juguetea con o golpea 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 (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras 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 está "ocupado", actuando como si "lo impulsara un motor" (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos). f. Con frecuencia habla excesivamente. g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros, no respeta el turno de conversación). h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola). i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., 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>B.</b>	Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
<b>C.</b>	Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo, con los amigos o parientes, en otras actividades).
<b>D.</b>	Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren en el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
<b>E.</b>	Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

(Figura 3) (APA, 2013, pp. 59-60)

Según el DSM V (2013) el TDAH tiene tres tipos de manifestaciones:

- a. Presentación combinada (inatención e hiperactividad-impulsividad): Si se cumplen el criterio A1 y el criterio A2, durante los últimos 6 meses.
- b. Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el criterio A1, pero no se cumple el criterio A2, durante los últimos 6 meses.
- c. Presentación predominante hiperactiva-impulsiva: Si se cumple el criterio A2 y no se cumple el criterio A1, durante los últimos 6 meses.

En caso de que la persona, habiendo cumplido los criterios diagnósticos, dejara de presentar alguno de ellos durante los últimos 6 meses, pero continuara manifestando síntomas que deterioran el funcionamiento social, académico o laboral en los 6 meses posteriores, se habla de una presentación en remisión parcial.

Finalmente se señala también en este manual el nivel de gravedad del TDAH, siendo este: leve, moderado o grave.

Por último, es importante aclarar, que cada instrumento de valoración ya sea clínico o complementario, merece ser interpretado cautelosamente, dentro de la mirada integrada que permite el equipo (Rodríguez, 2008). Además, se deben realizar los diagnósticos diferenciales necesarios y detectar si existen o no comorbilidades. Recién entonces se podrá encarar el proceso terapéutico, que a su vez servirá como prueba empírica para corroborar el diagnóstico (Gratch, 2005).

### **3.2 Diagnóstico diferencial y comorbilidad**

El diagnóstico diferencial es el procedimiento por el cual se identifica un determinado trastorno o síndrome, en este caso el TDAH, mediante la exclusión de otras posibles causas que podrían presentarse por un cuadro clínico idéntico o semejante (Fernández et al., 2018).

Condemarin Gorostegui y Milicic (2004) señalan que, si los síntomas centrales del TDAH se pueden explicar por otra condición, entonces es esa otra condición la que amerita el diagnóstico. De allí que realizar el diagnóstico diferencial puede resultar complejo, debido a que los síntomas se superponen y a que el TDAH tiene una alta tasa de comorbilidad (Hidalgo y Soutullo, 2020).

El diagnóstico diferencial del TDAH abarca entonces diversos trastornos o condiciones médicas. A partir de los aportes del DSM V (2013) y sumado a lo expuesto por otros autores, se describen a continuación.

### Trastornos de la conducta:

#### a. Trastorno negativista desafiante:

Se caracteriza por un patrón persistente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, preferentemente hacia figuras de autoridad (padres y maestros), sin causa desencadenante. Estos niños pueden negarse a realizar un trabajo o aquellas tareas escolares que requieran dedicación ya que simplemente se resisten a aceptar las exigencias que les plantean los demás (Condemarín, Gorostegui y Milicic, 2004; DSM V, 2013; Macià, 2012).

Es importante distinguir estas conductas de las de los niños con TDAH, quienes, por su dificultad para mantener el esfuerzo mental, para seguir reglas o instrucciones y la impulsividad, pueden llegar a resistirse a asistir a la escuela, rehusarse a realizar tareas mentalmente exigentes o sencillamente no poder terminarlas por falta de tiempo (DSM V, 2013; Scandar, 2003).

#### b. Trastorno disocial:

Corresponde a un patrón persistente de violación de las reglas sociales y de los derechos de los otros caracterizado por la presencia de conductas sumamente agresivas hacia personas y animales, destrucción de la propiedad, mentiras y robos. No muestran arrepentimiento ni dolor por las consecuencias de sus actos. Es un trastorno progresivo que termina por incluir todos los ámbitos en los que se desenvuelve el sujeto, como ser el hogar, la escuela, los amigos, el trabajo, etc. (Condemarín, Gorostegui y Milicic, 2004; Gratch, 2005; Macià, 2012; Menéndez, 2001; Montiel, 2007).

A diferencia de estos, los niños con TDAH pueden violar las reglas debido a la impulsividad que los caracteriza, la deficiente capacidad de inhibición y la falta de autocontrol, pero no son destructivos por definición. Asimismo, los niños con TDAH se muestran arrepentidos una vez conscientes de las consecuencias de sus actos (Condemarín, Gorostegui y Milicic, 2004; Montiel, 2007).

### Trastorno por consumo/abuso de sustancias:

El DSM V (2013) hace referencia a la dificultad que se puede generar para diferenciar un TDAH y el trastorno por consumo/abuso de sustancias si el comienzo de los síntomas del TDAH sigue al inicio del consumo o abuso frecuente de sustancias. Agrega que es fundamental para el diagnóstico diferencial obtener información y pruebas claras de la existencia del TDAH previo al consumo/abuso de sustancias.

### Trastornos de la personalidad:

#### a. Estructura *borderline* de la personalidad:

Según Montiel (2007) la sintomatología del TDAH puede “enmascarar” (p. 85) este trastorno caracterizado por impulsividad, inestabilidad y desequilibrios tanto a nivel de las relaciones vinculares como de la autoestima.

b. Estructura narcisista de la personalidad:

Gratch (2005) sostiene que las dificultades a nivel de la autoestima, el egocentrismo y la impulsividad que presentan las personas con este trastorno pueden confundirse con algunas de las expresiones sintomáticas del TDAH.

Trastorno de ansiedad:

La sintomatología ansiosa genera en los niños estados de preocupación lo que afecta directamente su concentración, ocasiona nerviosismo, agitación e inquietud. Pueden aparecer también síntomas somáticos, como ser dolor abdominal u otros (Condemarín, Gorostegui y Milicic, 2004; Macià, 2012; Montiel, 2007). Muchos de estos síntomas se solapan ampliamente con los del TDAH y debido a ello es que se considera uno de los trastornos diferenciales más difíciles de diagnosticar. La diferencia radica en que mientras en el trastorno de ansiedad la falta de concentración se explica por las preocupaciones mentales que perturban al niño, en el TDAH la misma se explica por la atracción que los estímulos externos provocan en el niño (DSM V, 2013; Macià, 2012).

Trastorno por depresión

Los niños con este trastorno se muestran irritables, agresivos, agitados, presentan dificultad para concentrarse, preocupación interna excesiva, ánimo decaído, apatía, trastornos del sueño (insomnio o hipersomnio) y del apetito, dolores físicos (de cabeza y de estómago) sin causa orgánica, deseos de aislamiento e ideas recurrentes de muerte (Hervás y Durán, 2014; Menéndez, 2001; Montiel, 2007). Un niño con TDAH puede estar decaído, triste, presentar baja autoestima, sentimientos de minusvalía e irritabilidad al ser consciente de su dificultad para adaptarse, comportarse y desempeñarse adecuadamente en los distintos entornos en los que se mueve. El estrés escolar, el bajo rendimiento académico, las dificultades en las habilidades sociales incrementan, por lo tanto, la vulnerabilidad a presentar síntomas depresivos secundarios al TDAH.

Trastorno bipolar:

Según el DSM V (2013) los individuos con trastorno bipolar pueden presentar exceso de actividad, impulsividad y falta de concentración, lo que se conoce como episodios de hipomanía o manía, alternados con episodios de depresión. Duran largos períodos (4 días o más para ser indicador clínico de trastorno bipolar) y abarcan todo el ciclo vital del sujeto

(Gratch, 2005). Los niños con TDAH pueden presentar cambios importantes en el estado de ánimo durante el día (Gratch, 2005).

#### Trastornos del aprendizaje

Son una de las principales comorbilidades del TDAH. Entre un 20% a un 40% de los individuos con TDAH presentan además un trastorno del aprendizaje. Los que se asocian con mayor frecuencia son dislexias, dislalias, disgrafías y discalculias, motivo por el cual realizar el diagnóstico diferencial será fundamental (Gratch, 2005; Hervás y Durán, 2014). Los niños con este trastorno pueden aparentar inatentos debido a la falta de interés, a su capacidad limitada o la frustración que les genera enfrentarse a las tareas. Consecuentemente, el rendimiento escolar se ve afectado. Cabe destacar que la falta de atención que manifiestan estos niños no conlleva dificultades fuera del ámbito académico (DSM V, 2013). A diferencia de estos, en los individuos con TDAH el bajo rendimiento escolar es consecuencia del déficit atencional y la falta de control inhibitorio, síntomas nucleares del trastorno que, como se ha visto, afectan en mayor o menor medida todas las áreas en las que se desenvuelve el niño.

#### Discapacidad intelectual:

Los niños con discapacidad intelectual manifiestan síntomas similares a los del TDAH cuando se los enfrenta a situaciones académicas que no corresponden a su nivel mental. Fuera del contexto académico no expresan dichos síntomas (DSM V, 2013). Por otra parte, y como se ha visto anteriormente, en los niños con TDAH el nivel intelectual muchas veces no corresponde a su nivel académico, que suele ser más bajo. La falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad no les permiten, frecuentemente, enfrentarse y resolver las tareas de forma adecuada.

#### Trastorno del espectro autista (TEA):

Según el DSM V (2013) la inatención, la disfunción social y el comportamiento difícil de manejar son características que se pueden ver tanto en niños con TEA como en niños con TDAH. Es importante diferenciar la disfunción social y el rechazo que generan en los compañeros los niños con TDAH, de la desvinculación social, aislamiento e indiferencia a las señales de comunicación faciales y tonales que se pueden observar en los niños con TEA (DSM V, 2013). Por otra parte, a nivel del comportamiento, los niños con TEA pueden tener rabietas debido a su falta de capacidad para aceptar los cambios o acontecimientos inesperados. A diferencia de estos, los niños con TDAH también pueden tener rabietas o comportamientos inadecuados, pero se deben a la gran impulsividad que poseen y a la falta de autocontrol (DSM V, 2013). Cabe señalar también la diferencia existente entre la actividad motora elevada que puede ocurrir en el TDAH con los comportamientos motores repetitivos y

estereotipados que pueden observarse en algunos casos de TEA. En el TEA los movimientos estereotipados son fijos y repetitivos, mientras que en el TDAH el exceso de movimiento es típicamente generalizable y no se caracteriza por ser repetitivo ni estereotipado (DSM V, 2013).

#### Trastornos psicóticos:

“El TDAH no se diagnostica si los síntomas de inatención e hiperactividad se presentan exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico”. (DSM V, 2013, p. 65)

#### Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC):

Gratch (2005) y Montiel (2007) coinciden al afirmar que los individuos con TOC y los que presentan TDAH comparten el síntoma de la deficiencia atencional. La diferencia radica en que, mientras en el TDAH esta se debe, en gran parte, a la imposibilidad para seleccionar los estímulos relevantes y resistirse a las distracciones del entorno, en los individuos con TOC sucede que toda su vida puede girar en torno a sus síntomas obsesivo-compulsivos y el resto recibe muy poca atención e interés. Por último, agregan los mismos autores que, desde el punto de vista médico debe distinguirse de déficits sensoriales auditivos y/o visuales.

En lo que refiere a la **comorbilidad**, Biederman en el año 1991, citado por Santana, Paiva y Lustenberger (2003), afirma que las formas “puras de TDAH” (p. 84) son la minoría al compararlas con aquellas otras formas de TDAH que justamente presentan patologías psiquiátricas o neurológicas asociadas.

Se observa que los trastornos asociados con mayor frecuencia al TDAH son: trastornos de la conducta (trastorno negativista desafiante y trastorno disocial), trastorno de ansiedad, trastorno por depresión, trastornos de aprendizaje, trastorno por tics o síndrome de Tourette, trastorno por consumo/abuso de sustancias (Condemarin, Gorostegui y Milicic, 2004; Fernández y Fernández, 2010; Hidalgo y Soutullo, 2020; Macià, 2012; Mena et al., 2006; Montiel, 2007; Moriyama et al., 2017; Rodríguez, González y Gutiérrez, 2015).

### **3.3 Tratamiento**

Se considera pertinente comenzar este apartado haciendo referencia al modelo ecológico propuesto por Urie Bronfenbrenner, en el cual expresa que:

La ecología del desarrollo humano comprende el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos, y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos. (Bronfenbrenner, 1987, p. 40)



Desde esta perspectiva, en la que se concibe al niño como el centro, entendiendo la importancia e influencia que sobre este evidencian los ambientes en los que está inmerso y se desenvuelve, es acertado posicionarse para comenzar a pensar en el tratamiento del TDAH.

En este sentido, muchos autores plantean que, en el tratamiento del TDAH, además del trabajo directo con el niño, será fundamental el trabajo y la participación activa de la familia, la institución educativa y el diálogo permanente entre el equipo tratante.

Asimismo, como se ha visto anteriormente, este trastorno interfiere en múltiples áreas del funcionamiento del niño, además de que en muchos casos trae aparejados síntomas secundarios y comorbilidades. Por tanto, el tratamiento del TDAH debe buscar mejorar el funcionamiento en todas las áreas afectadas, así como también mejorar el resto de las dificultades que se presenten acompañando al trastorno.

Por su parte, Santana, Paiva y Lustenberger (2003) consideran que no existe una verdadera cura para el TDAH ya que este es un cuadro con características conductuales y base biológica. Las intervenciones que se realizan regulan el problema mientras son aplicadas.

Por otra parte, Rebollo (2008) sostiene que el tratamiento del TDAH es complejo, involucra diferentes acciones y que, al igual que el diagnóstico, deberá ser abordado por un equipo multidisciplinario.

Además, el plan terapéutico debe ser individualizado, es decir, pensado para cada paciente en particular, de acuerdo con sus necesidades, siendo igualmente importantes tanto el abordaje farmacológico como el no farmacológico (Sánchez y Cohen, 2020).

Por lo expuesto anteriormente, se dice que el tratamiento del TDAH es multimodal y multidisciplinar, debiendo atender a la complejidad y heterogeneidad clínica del trastorno (Fernández, Calleja y Fernández, 2019).

Para Rodríguez y Criado (2014) el tratamiento multimodal del TDAH comprende:

- Intervención farmacológica
- Intervención no farmacológica o intervención psicosocial

### **3.3.1 Intervención farmacológica**

En Uruguay “la prescripción del fármaco debe ser realizada por un profesional universitario competente en recetario oficial de estupefacientes por triplicado habilitado por el Ministerio de Salud Pública” (Plá et al., 2017, p. 14). Es de conocimiento que dichos profesionales competentes son el neuropediatra y/o psiquiatra infantil.

Santana, Paiva y Lustenberger (2003) plantean que, antes de comenzar con la administración del medicamento, es importante aclarar a los padres y al paciente que el

tratamiento medicamentoso no produce milagros por sí solo. Como se ha visto, es esencial que se acompañe con otros abordajes terapéuticos y modificaciones.

La correcta administración de la medicación favorecerá justamente la posibilidad de que el niño potencie su capacidad de aprovechar estos recursos terapéuticos que, sin duda, son muy importantes para su evolución (Gratch, 2005).

Otro punto que aclarar a los padres es que todas las drogas poseen efectos secundarios y que estos, actualmente, están tan estudiados que se conocen tanto como sus efectos terapéuticos. La aparición de estos depende, a veces, de la idiosincrasia del paciente, así como también la de los efectos terapéuticos (Gratch, 2005; Santana, Paiva y Lustenberger, 2003). De allí, la importancia de tener en cuenta la relación costo-beneficio, es decir, si los efectos beneficiosos del fármaco superan o no los riesgos o efectos secundarios del mismo (Gratch, 2005). Por su parte Macià (2012) afirma que el tratamiento farmacológico debe buscar la menor dosis que sea efectiva y produzca el mayor efecto terapéutico con los mínimos efectos adversos.

Mila (2003) plantea que los objetivos del tratamiento farmacológico son, entre otros: moderar el distrés familiar, auxiliar al vínculo social, fomentar y favorecer la enseñanza escolar, disminuir las conductas hiperactivas y expandir la autoestima, al mismo tiempo que apacigua los síntomas coexistentes.

Los fármacos empleados pueden dividirse en **estimulantes** y **no estimulantes** (Moriyama et al., 2017).

Numerosas investigaciones han demostrado que los fármacos estimulantes reducen significativamente los síntomas centrales del TDAH y otras conductas perturbadoras en el corto plazo. Son, por lo tanto, para numerosos autores, la primera línea farmacológica para el tratamiento del TDAH, tanto para niños como para adolescentes (Arango et al., 2018; Santana, Paiva y Lustenberger, 2003).

Entre los más frecuentemente utilizados se encuentran: **metilfenidato** y **lisdexanfetamina**.

Los fármacos no estimulantes son considerados un tratamiento de segunda línea, que se reservan en casos de contraindicaciones, intolerancia o falta de respuesta satisfactoria al uso de los estimulantes (Moriyama et al., 2017; Sánchez y Cohen, 2020).

Al mismo tiempo, el estigma y el potencial de abuso que presentan los estimulantes, en usos no terapéuticos, sigue siendo una preocupación social. En esa línea de pensamiento muchos padres se muestran reticentes a su uso, por lo que, en estos casos, valorar la administración de fármacos no estimulantes para el tratamiento del TDAH es una opción válida (Fernández, Calleja y Fernández, 2019; Soutullo y Álvarez, 2014).

La evidencia de efectividad en fármacos no estimulantes se ha demostrado principalmente con atomoxetina, clonidina, antidepresivos tricíclicos y guanfacina (Barkley, 1999; Macià, 2012; Mila, 2003; Santana, Paiva y Lustenberger, 2003; Moriyama et al., 2017; Soutullo, 2008).

Cabe destacar que, tras revisar la bibliografía, se observa como frente a estos últimos fármacos existen ideas contrapuestas. Muchos autores los consideran una opción válida, como segunda o tercera línea en el tratamiento farmacológico del TDAH (Gratch, 2005; Mila, 2003; Moriyama et al., 2017; Santana, Paiva y Lustenberger, 2003). Sin embargo, otros, aunque pocos, expresan que la evidencia de que realmente funcionan es muy débil o hay pocos estudios realizados (Hidalgo y Soutullo, 2020).

### **3.3.2 Intervención no farmacológica o intervención psicosocial**

Al decir de Rodríguez y Criado (2014), se denomina así a la suma de todas las estrategias terapéuticas en las que no interviene la psicofarmacología. En otras palabras, son un conjunto de programas que han demostrado ser eficaces en la resolución de los problemas que acompañan al TDAH.

Permiten, por lo tanto, una mejoría a nivel de la sintomatología nuclear del TDAH, así como en los síntomas adicionales o secundarios. No obstante, tienen en cuenta y se ocupan también de las comorbilidades, tan frecuentes en el TDAH.

Según Rodríguez y Criado (2014) podemos dividir la intervención psicosocial en distintas etapas: psicoeducación para el propio niño, los padres y los educadores, entrenamiento para padres y educadores en el manejo conductual del niño, medidas de apoyo escolar e intervención individual sobre el niño.

La primera etapa es entonces la **psicoeducación**. Consiste en que los profesionales brinden información al niño (según la edad), a los padres y a los educadores, para que puedan comprender en qué consiste el TDAH, por qué se produce, cuáles son sus síntomas y qué pueden hacer para mejorarlo (Hidalgo y Soutullo, 2020; Moriyama et al., 2017; Rodríguez, González y Gutiérrez, 2015).

Al mismo tiempo, esta etapa sirve para calmarlos y tranquilizarlos, aclarando ideas preconcebidas, derribando mitos y miedos infundados (Hidalgo y Soutullo, 2020; Pascual-Catroviejo, 2008).

Es primordial que padres y educadores acepten el diagnóstico del niño; sólo así se podrán interiorizar, involucrar y adherir al tratamiento, del cual son, sin lugar a duda, una pieza fundamental. Este será el punto de partida para que su participación activa, dentro del

tratamiento multimodal, sea ejecutada con eficacia (Delgado et al., 2012; Moriyama et al., 2017).

El **entrenamiento para padres y educadores** en el manejo conductual del niño es la intervención psicológica de elección en el TDAH y, para muchos autores, el tratamiento no farmacológico más eficaz (Rodríguez y Criado, 2014; Rodríguez, González y Gutiérrez, 2015).

Su eficacia ha demostrado ser mayor en niños que en adolescentes. Por tal motivo, es importante que se emplee de manera precoz, cuando los problemas en el comportamiento están comenzando y los síntomas son leves (Rodríguez y Criado, 2014).

Algunas de las técnicas conductuales más importantes, destacadas por Hidalgo y Soutullo (2020), Rodríguez y Criado (2014) y Rodríguez, González y Gutiérrez (2015), son: **reforzadores o premios**, pueden ser tangibles o intangibles. Se asocian a una buena conducta para que aumente su probabilidad de aparición; **economía de fichas**, frente a cierto número de conductas positivas del niño se le entrega un premio; **técnica del contrato de contingencias**, acuerdo escrito en el que quedan fijadas las expectativas de comportamiento que, de ser cumplidas, llevan al refuerzo positivo para el niño; **técnica de extinción**, se trata de ignorar la conducta problemática que presenta el niño; **castigo**, únicamente para comportamientos disruptivos realmente significativos.

Las técnicas conductuales son efectivas en la mayoría de los casos en que existen problemas de comportamiento, siendo aún más efectivas cuando se utilizan varias en simultáneo (Rodríguez y Criado, 2014).

En lo que respecta a las **medidas de apoyo escolar** estas incluyen no sólo aspectos académicos, sino también sociales y conductuales (Condemarín, Gorostegui y Milicic, 2004; Rodríguez y Criado, 2014).

Es importante destacar que los maestros son los primeros fuera del ámbito familiar que juzgan las potencialidades y posibilidades de los niños; pasan la mayor parte del tiempo con ellos y, por tanto, son quienes, a través del desempeño en el aprendizaje, la interacción con los pares, la aceptación o no de reglas y normas, pueden detectar más fácilmente los problemas atencionales y las conductas disruptivas en los niños (Condemarín, Gorostegui y Milicic, 2004; Gratch, 2005).

El éxito escolar del niño con TDAH depende principalmente del docente, de la actitud que este tome frente al problema, de su disposición, de su experiencia y de su labor (Macià, 2012).

Mila (2003) plantea que, para que esto sea posible, tal como se menciona en la etapa de psicoeducación, es fundamental brindar al maestro información acerca de las características biológicas, fisiológicas, psicológicas, familiares y sociales del trastorno. De esta manera,

puede enfrentarse con calma, entereza y paciencia a las conductas perturbadoras del niño con TDAH, comprendiendo así que estos niños no planifican, ni organizan previamente el molestar, fastidiar o perturbar a los demás.

Rodríguez, González y Gutiérrez (2015) consideran que los niños (o adolescentes) con TDAH requieren: pautas para poder realizar el trabajo diario, pautas para mejorar la atención y la comprensión, técnicas de adaptación curricular, estrategias que los ayuden a regular su hiperactividad e impulsividad y mayor motivación.

En lo que respecta a la **intervención individual sobre el niño** existen diversos abordajes entre los que se destacan: psicoterapia cognitiva, tratamiento psicopedagógico y tratamiento psicomotor.

La intervención psicomotriz en el tratamiento del niño con TDAH es un factor fundamental del tratamiento multimodal (Mila, 2003); razón por la cual se desarrolla este punto con profundidad en el cuarto capítulo.

Por último, cabe destacar que, dependiendo de la intensidad de los síntomas, de la presencia o no de comorbilidades y de las particularidades de cada niño, se evaluará la necesidad o no de realizar otros tratamientos además de los ya mencionados.

## Capítulo IV

### Aportes de la Psicomotricidad

Da Fonseca, en 1996, expresa que la Psicomotricidad, como lo indica su nombre, intenta relacionar dos elementos: lo psíquico y lo motriz.

Según este autor, se trata de algo referido básicamente al movimiento, pero con connotaciones psicológicas que van más allá de lo exclusivamente biomecánico. Dicho en otras palabras, no sería el movimiento humano en sí mismo lo que ocupa a la Psicomotricidad, sino la comprensión del movimiento como factor de desarrollo y expresión del individuo en relación con su entorno.

Diez (2008) cita a Bergès (1990) para señalar la diferencia entre motricidad y psicomotricidad. Motricidad alude al equipo neurobiológico, mientras que psicomotricidad se vincula al funcionamiento de ese equipo. Señala Bergès que cuando lo que se ve afectado es el equipo neurobiológico, a saber, el organismo, existe un déficit en la función y aparece la alteración motriz. Por el contrario, cuando lo que se ve afectado es el funcionamiento del equipo, es decir el cuerpo, aparece el síntoma psicomotor.

Destaca la autora que la Psicomotricidad toma como objeto de estudio el cuerpo y sus producciones tónico-posturo-motrices (normales o alteradas). Pone de relieve el proceso de construcción corporal y, en virtud de esto, establece la diferencia entre organismo y cuerpo. Para ello cita a Calmels (1998) quien sostiene que **organismo** refiere a la especie, nos es dado, y **cuerpo** refiere a la persona, se construye, atravesado por la mirada de otro que lo significa (Diez, 2008).

La constructividad corporal se entiende entonces como el proceso mediante el cual, el niño construye su cuerpo, a partir de un organismo dado, y se apropia de su funcionamiento. Es necesariamente en el encuentro con el otro que ocurre este proceso de construcción (Diez, 2008).

De Ajuriaguerra en 1982 expresa:

Nuestro cuerpo no es nada sin el cuerpo del otro, cómplice de su existencia. Es con el otro como él se ve y se construye en la actividad de los sistemas que le son ofrecidos por la naturaleza, en la intimidad de este espejo reflectante que es el otro y que hace de nosotros un ser singular. (p. 58)

Es en este proceso de constructividad corporal y sus vicisitudes que se centran las instancias diagnóstica y terapéutica (Diez, 2008).

A partir de todo lo expuesto anteriormente, se puede decir entonces que la Psicomotricidad no se ocupa del organismo sino del cuerpo (si bien tiene en cuenta que el organismo es la materia prima sobre la cual el cuerpo cobra sus rasgos particulares), consecuentemente, no se ocupa de la alteración motriz sino del síntoma psicomotor (Calmels, 2001; Diez, 2008).

Para Diez (2008) el síntoma psicomotor es como un mensaje del sujeto que evidencia un desajuste entre la función, que está amarrada a la estructura, y el funcionamiento; mensaje que evidencia un conflicto que lo afecta en sus posibilidades de comunicación.

En este orden de ideas, la autora hace referencia a la tarea del psicomotricista citando a Mannoni (1984) quien considera que, si bien está claro que el síntoma debe ser reeducado, en primer lugar, existe un mensaje que debe ser escuchado. A través del síntoma el sujeto revela “un mensaje encapsulado [...] con signos de un código poco o nada comunicables” (p. 18).

No obstante, cabe aclarar que el niño, a pesar de ser frecuentemente significado por su entorno desde su síntoma, no es sólo el síntoma. De aquí que en la clínica más allá de tratar el síntoma, hay que atender al sujeto en su totalidad (Diez, 2008).

“Nuestro objetivo se reduce a modificar la figura como síntoma, pero esencialmente el fondo que lo hace posible, incluso en ocasiones únicamente el fondo con el fin de modificar el cuerpo en cuanto sistema de relación y orientación” (De Ajuriaguerra, 1977, p. 239).

En este sentido, el síntoma psicomotor evidencia defectos a nivel de la conformación e integración de la imagen de sí, siendo la vía principal de expresión las producciones tónico-posturomotrices, lo que Aucouturier define como **expresividad psicomotriz** (Diez, 2008). En palabras del propio autor:

La manera de ser y de estar, original y privilegiada, del niño en el mundo [...]. Actualiza una vivencia lejana cuyo sentido puede ser captado gracias a las variaciones más diversas de su relación tónico-emocional con las personas, con el espacio y con los objetos. (Aucouturier, Darrault y Empinet, 1985, p. 22)

A modo de conclusión, Sanguinetti (2003) afirma que, para observar, diagnosticar e intervenir adecuadamente en un niño con TDAH se hace sumamente necesario comprender al niño y su movimiento; niño que es y está de determinada manera en el mundo, y en ese mundo, en su propio mundo, importa comprender también cómo son y están las personas inmediatas de su entorno: familia, amigos, etc.

#### **4.1 Diagnóstico psicomotor**

Como se ha visto en el capítulo anterior, el diagnóstico psicomotor es una herramienta más dentro del diagnóstico global, interdisciplinario, que se le realiza al niño.

Diez (2008, 2009) sostiene que el diagnóstico es una tarea necesaria, operativa y compleja en la que se busca ponerle nombre a eso que le ocurre al sujeto y que interpela al técnico; indica cierta prognosis y un conjunto de pautas terapéuticas que orientan los primeros momentos del abordaje.

Señala la autora que en clínica psicomotriz se utilizan los términos “aproximación” o “hipótesis diagnóstica” (p. 17); esto permite que en el correr del tratamiento el terapeuta pueda ir corroborando o no la hipótesis realizada en primera instancia, no quedando atado a un diagnóstico inamovible, ineficaz.

Cuando efectivamente un niño es derivado a una evaluación psicomotriz para completar el diagnóstico se aplican una serie de pruebas de evaluación, en las que además de técnicas estandarizadas se incluye la observación de las características psicomotoras del niño, principalmente en lo que respecta al cuerpo en movimiento (Sanguinetti, 2003).

Diez (2009) coincide con Desobeau (1994, citada por Sanguinetti, 2003) al afirmar que la evaluación psicomotriz es un proceso dinámico, variable, que se realiza aproximadamente en cinco o seis sesiones, con frecuencia semanal, en la que se utilizan las siguientes herramientas:

#### Entrevista con el niño y los referentes familiares

Según de León et al. (2000) en Psicomotricidad la entrevista es una instancia de investigación clínica, semidirigida, en la cual el/la psicomotricista les da un lugar a los padres facilitando así el aporte de datos del desarrollo psicomotor del niño.

Estos autores destacan que para lograr esto es fundamental mantener una actitud de escucha, receptiva, que favorezca el diálogo.

Las áreas a investigar en la entrevista son las siguientes: identificación del niño, motivo de consulta, historia de consultas médicas, paramédicas y otros tratamientos, núcleo familiar, principales actividades e intereses del niño, escolaridad, antecedentes personales y desarrollo psicomotor.

De León et al. (2000) sostienen que es importante profundizar en los antecedentes del desarrollo psicomotor ya que estos permiten al técnico aproximarse a cómo han sido los orígenes de la expresividad psicomotriz.

En virtud de estos datos, afirman los autores, podrá hacerse una idea global del desarrollo del niño, además de descifrar en qué momento del desarrollo se hace evidente la instalación del síntoma psicomotor y los fenómenos que podrían haber incidido en su estructuración.



Al mismo tiempo, la presentación de los padres, las expectativas con las que llegan y cómo presentan la problemática del niño será de mucho valor para la aproximación diagnóstica (de León et al., 2000).

Respecto a esto, Sanguinetti (2003) manifiesta que frecuentemente los padres se muestran ansiosos y hablan por demás de los fracasos de su hijo. Asimismo, es sabido que muchos otros niegan la dificultad. Será tarea del profesional ayudar a los padres a ver los logros, las virtudes, todo lo bueno que también tiene el niño, así como ayudarlos a reconocer y asumir las dificultades de su hijo.

De este modo se les muestra, al niño y a los padres, cuál es la postura de la que se parte: entendiendo que existe una dificultad, aceptando al niño como es, con sus fortalezas y debilidades, creyendo en él y en su capacidad para superar los problemas (Sanguinetti, 2003).

#### Aplicación de pruebas de evaluación

Según Sanguinetti (2003) en los niños con TDAH se evaluarán los siguientes aspectos: tono muscular, coordinación, aspectos motrices (marcha, salto y equilibrio), organización temporo-espacial, destrezas manuales, aspectos perceptivo-motrices.

#### Observación del niño en la sala de Psicomotricidad

Una fuente importante de información proviene de la observación, una de las herramientas fundamentales con la que cuenta la Psicomotricidad.

De acuerdo con Diez (2009) “la observación es una construcción, un instrumento que se afina con el tiempo, la experiencia, el estudio de la teoría, el retorno permanente a la praxis y el intercambio con profesionales de disciplinas afines” (p. 127).

La observación de la actividad espontánea del niño mientras juega proporciona información cualitativa muy valiosa, permite verlo en su globalidad, desplegando todas sus competencias, su personalidad, su expresividad motriz, a través de su forma de actuar, los roles que desempeña y las relaciones que establece (Llorca y Sánchez, 2009).

Para observar, señala Diez (2009, p. 126), “hay que saber mirar” y para ello es necesario un método. La observación psicomotriz, para ser organizada y sistemática, se basa entonces en los aportes de B. Aucouturier (2004) mediante la observación de los parámetros psicomotores.

Se denominan parámetros psicomotores a los “elementos a partir de los cuales puede ser analizada la expresión de la actividad del niño desarrollada en la intervención psicomotriz” (Arnaiz y Lozano, 1996, citados por Berruezo y Adelantado, 2000, p. 28).

Según Aucouturier (2004), se analiza entonces la relación que el niño establece con: su propio cuerpo, con las personas, con los objetos, con el espacio y con el tiempo.

En efecto, como señala Berruezo y Adelantado (2000), observar atentamente el juego espontáneo del niño permite comprender la totalidad corporal que está viviendo, las manifestaciones de su personalidad y las necesidades o demandas que plantea.

“Observamos para comprender y así poder situar mejor nuestra intervención” (García, 2000, p. 11).

Ahora bien, llegado este punto resulta interesante hacer referencia a García (2006) quien expresa que la evaluación psicomotriz aporta datos cuantitativos y cualitativos. Los datos cuantitativos son los que resultan de lo expuesto anteriormente y, por otro lado, los cualitativos son los que surgen de la mirada específica del psicomotricista.

De aquí deriva el cuestionamiento, aún más particular, de qué es lo específico, cuál es ese *plus* que aporta la mirada del psicomotricista cuando observa a un niño con un posible TDAH durante toda la instancia diagnóstica.

En este sentido se puede decir que lo específico son los datos cualitativos que derivan de la observación del cómo realiza la prueba, por ejemplo: si puede escuchar las consignas o habla constantemente, si antes de dar una respuesta se lo observa reflexivo y pensativo o da una respuesta impulsiva, si se concentra durante la realización de las distintas propuestas o pasa de una actividad a otra continuamente, si puede esperar sentado y quieto o se mueve permanentemente, si en sus producciones gráficas predomina la rapidez y la tendencia a la impulsividad frente a la minuciosidad y búsqueda de precisión, etc.

#### Construcción de hipótesis diagnóstica

A través de una puesta a punto de los resultados obtenidos con el resto del equipo, se intenta realizar una aproximación o hipótesis diagnóstica.

#### Devolución a la familia y al niño

Se cita a la familia y al niño para realizar la devolución del diagnóstico incluyendo las sugerencias de tratamiento (Diez, 2009; Sanguinetti, 2003).

### **4.2 Tratamiento psicomotor**

Para comenzar, resulta oportuno recordar a Rebollo (2008) quien plantea que el tratamiento del niño con TDAH debe ser abordado por un equipo multidisciplinario, debiéndose realizar un trabajo en conjunto entre todos los profesionales que trabajen con el niño y con su familia.

El tratamiento psicomotor se inicia habitualmente por indicación del neuropediatra (Sanguinetti, 2003). Es de conocimiento que este tratamiento también puede ser indicado por el psiquiatra infantil.

Leticia González (2009) afirma que históricamente la Psicomotricidad atendía a la alteración funcional del movimiento, mientras que en la actualidad por sobre la corrección de la alteración se ocupa de un sujeto en su cuerpo.

De acuerdo con Calmels (2003) la intervención psicomotriz se trata de un abordaje que no se dirige a eliminar el síntoma corporal, sino a trabajar sobre la organización del cuerpo, lo que consecuentemente produce una transformación del síntoma. Ofrece un espacio y un tiempo para que el niño despliegue sus capacidades de elaboración y resolución de conflictos, permitiéndole así recuperar a través del juego corporal y de los diferentes actos donde el cuerpo está presente el placer y el poder del movimiento.

Siguiendo a Grajales y Ravera (1987), “el objetivo es transformar ese exceso de inquietud en capacidad para la inquietud, propia de todo juego y trabajo constructivo, dentro de ese espacio que entendemos es transicional, la sala, un lugar para detenerse, ser y hacer” (p. 39).

Sanguinetti (2003) hace referencia a Rebollo quien en 1996 manifiesta que el tratamiento de las alteraciones psicomotrices de los niños con TDAH se debe abordar desde los tres aspectos principales de este trastorno: impulsividad, hiperactividad e inatención. Es fundamentalmente en la acción donde estos se evidencian.

Sostiene la misma autora que en el niño con TDAH en edad preescolar o escolar, por lo general, estas tres características clínicas aparecen en forma inseparable, pero al hacer una observación minuciosa se puede distinguir la predominancia de una sobre otra.

Sobre la base de esto último, se organizará la sala y el psicomotricista adecuará su rol, reconociendo en cada sesión o en el transcurso de estas cómo debe irse acomodando para facilitar al niño descubrir “otros ritmos [...] que lo ayuden a ver al otro o verse en el otro con una nueva capacidad para organizarse” (Sanguinetti, 2003, p. 245).

En este sentido, Diez (2008) expresa que para el trabajo en clínica psicomotriz no existen “recetas” (p. 35). Este se irá construyendo cada vez, en cada encuentro terapéutico con el niño y con su familia.

Sanguinetti (2003) plantea que algunos autores consideran la terapia psicomotriz como un diálogo de significaciones que son descifradas en el espacio terapéutico, como un ida y vuelta de información que se emite de un lado y es recibido del otro, pero de manera diferente, resignificada. Es un diálogo corporal en el que tanto el psicomotricista como el niño se constituyen en vehículos portadores y receptores de significados, en el que todos los canales están permitidos: el movimiento, la mímica, la gestualidad, la desorganización, los impulsos desmedidos, etc. y son estos la vía específica para alcanzar los objetivos terapéuticos.

Como producto de ese diálogo emerge la palabra, permitiendo al niño acceder a niveles de simbolización impensables al comienzo del tratamiento (Sanguinetti, 2003).

De acuerdo con Sanguinetti (2003) la sesión de terapia psicomotriz para niños con TDAH se divide en tres instancias o tiempos:

1. Un tiempo para el juego libre, espontáneo.
2. Una instancia de relajación, de calma. Puede ser más o menos breve (hasta diez o quince minutos) y se puede incorporar música, masajes, hamacado, desplazamientos lentos, entre otros recursos.
3. Por último, un tiempo para actividades o juegos más organizados, en modalidad de taller, en dónde se estimulen y trabajen distintas funciones que pueden verse afectadas en estos niños como ser la atención, la percepción, el pensamiento lógico, así como en construcciones, producciones gráficas, etc.

En esta última instancia se pone de manifiesto la importancia de detener el movimiento.

Núria Franc (2002) coincide con Sanguinetti en que la intervención psicomotriz parte de la espontaneidad en la actividad motriz y en el juego.

El juego es una actividad fundamental en el proceso evolutivo infantil que promueve el desarrollo en todos sus aspectos, ayudando a desarrollar habilidades físicas y psíquicas y es una forma privilegiada de transmisión social (Berruezo y Adelantado, 2000; Llorca y Sánchez, 2009; Valdés, 2002).

Mediante el juego el niño pone de manifiesto la globalidad de su persona, con sus aptitudes y limitaciones, proyecta su mundo interior, a través de su manera de actuar (su expresividad motriz), los roles que desempeña y los vínculos que establece y desarrolla su personalidad (Berruezo y Adelantado, 2000; Llorca y Sánchez, 2009; Valdés, 2002).

El juego permite al niño superar los límites de la realidad, por medio de la imaginación y la simbolización, así como también incorporar modelos y normas (Berruezo y Adelantado, 2000).

Por consiguiente, el juego, permite abordar todas las dimensiones del sujeto: la cognitiva, la afectiva-social y la motriz (Llorca y Sánchez, 2009), y actúa como legítimo impulsor del desarrollo individual (Berruezo y Adelantado, 2000).

El juego es pues el recurso fundamental con que cuenta la Psicomotricidad. La información que el/la psicomotricista puede obtener del niño mientras juega es de mucho valor. En tal sentido, la intervención psicomotriz puede y debe servirse de las posibilidades que ofrece la conducta lúdica (Berruezo y Adelantado, 2000; Llorca y Sánchez, 2009).

Por otra parte, y como se afirmó anteriormente, para Sanguinetti la relajación, siempre y cuando sea posible introducirla en el tratamiento, es otra instancia dentro de la sesión de terapia psicomotriz para niños con TDAH.

La intervención del psicomotricista utilizando las distintas técnicas de relajación no busca solamente calmar los desequilibrios psicósomáticos y/o lograr un aspecto distendido del cuerpo contrarrestando los estados tensionales, sino que es utilizada como un medio, como un instrumento terapéutico eficaz para que el sujeto pueda vivenciar y aprender a escuchar lo que sucede en su cuerpo (González, 1998).

En este sentido, no es objetivo del psicomotricista solamente que el niño se afloje o aprenda a hacerlo, ya que la relajación no es una habilidad ni un logro que se mantiene puesto que la tensión vuelve. Lo que le interesa al técnico, es lo que va apareciendo, lo que va emergiendo entre los distintos estados de tensión-distensión y es por ello que se trata de un trabajo técnico que requiere ejercitación (Castelletti, Vaja y Paolini, 2019; González, 1998).

Sanguinetti (2003) cita a Lapière y Aucouturier quienes, en 1974, expresan que es a través de los juegos de movilidad-inmovilidad, duro-blando, flojo-tenso, etc. que el niño puede ir descubriendo los contrastes y matices de los distintos estados tónicos de su cuerpo.

En tanto este conocimiento progresa y logra controlar la tensión-distensión, se podrá ir introduciendo al mundo de la relajación, en el que las resistencias tónicas disminuyen permitiendo al niño vivenciar el placer de la distensión. Así, ese cuerpo nuevo, diferente al anterior, se asienta en una nueva imagen corporal, redescubierta y placentera (Sanguinetti, 2003).

Es de fundamental importancia destacar que para trabajar en relajación el/la niña debe haber adquirido la capacidad de descentración.

A modo de cierre, resulta interesante lo que Grajales y Ravera (1987) concluyen respecto al tratamiento psicomotor en niños con TDAH. Consideran que la terapia psicomotriz, tanto desde la teoría como desde la práctica, brinda respuestas a las necesidades de estos niños, ya que se puede ver claramente lo rápido que responden a la intervención. Destacan las autoras, que detrás de ese niño inquieto, que no puede detenerse, incapaz de pensar para luego actuar, hay un niño que anhela detenerse, pensar, hacer, decir y recibir.

El cambio sucede gracias al encuentro con ese espacio, ajustado a las necesidades de expresión y movimiento del niño, y al encuentro con el adulto referente, el/la psicomotricista, que lo recibe sin juzgar, dispuesto a brindarle sostén y apoyo, que le sirve de guía, estimulándolo y revalorizándolo como persona (Grajales y Ravera, 1987).

Cuando ese encuentro sucede, el niño se transforma, experimenta un cambio que se puede ver en su rostro, en su tono, en su actitud, estableciéndose un vínculo, un espacio de comunicación que es muy gratificante para los dos (niño y psicomotricista). Sólo a partir de esa comunicación es que se puede intervenir estimulando el desarrollo de todas sus capacidades, procurando su autonomía e integración social (Grajales y Ravera, 1987).

## Reflexiones finales

Al finalizar la investigación realizada en este trabajo final de grado, son varias las reflexiones o conclusiones que se pueden plantear.

Se desea destacar, en primer lugar, que el material bibliográfico acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es sumamente vasto y extenso, pudiéndose profundizar aún más, si se quisiera, en cada una de las aristas de esta temática. Pero por cuestiones formales y de extensión del trabajo, inevitablemente se limita la información expuesta.

En segundo lugar, y a posteriori de este recopilado bibliográfico, se da cuenta de que, pese a que las primeras aproximaciones al TDAH se remontan al año 1798, hasta el día de hoy sigue siendo un tema de discusión, controversial, de estudio y pertinencia.

Queda expuesto en el presente trabajo, y a partir de ello se puede concluir, que existe consenso respecto a que el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo, heterogéneo y generalmente crónico, cuyas características principales están dadas por la inatención, impulsividad e hiperactividad. Sin embargo, su presentación clínica varía en cada individuo según el sexo, la edad, la presencia de comorbilidades, la situación o contexto en el cual se desarrolla y las características propias de la persona, presentando un gran impacto en todas las áreas del funcionamiento del niño.

Contrariamente, se observa que no existe unanimidad en lo que refiere a la prevalencia; las tasas varían ampliamente dependiendo los métodos de evaluación que se utilicen, el criterio de clasificación empleado, las distintas fuentes por las que se obtiene la información, las características socioculturales de la población, así como el subtipo de trastorno, etc.

Por otro lado, en lo relativo a la etiología también se puede concluir que no existe una única postura. Algunos autores mantienen la convicción de que este trastorno posee una fuerte base biológica en donde las variables psicológicas, ambientales, socioculturales y educativas aparecen más como elementos favorecedores que como determinantes del TDAH. Al mismo tiempo, otros, consideran que no existe una causa única, concibiendo, por lo tanto, al TDAH como un trastorno de etiología multifactorial.

En este sentido, y consiguientemente, se exponen en esta revisión algunos aportes que hace la Neurociencia respecto al TDAH, específicamente desde una de sus ramas, la Neuropsicología infantil. A partir de allí, con el aporte de Barkley (1997) y la relación que establece entre el TDAH y las funciones ejecutivas, considerando también a Santana, Paiva y Lustenberger (2003) quienes hacen referencia a Rosselli y Ardila (2000) planteando al TDAH

como un “retardo en el desarrollo de la función ejecutiva” (p.29), al mismo tiempo teniendo en cuenta a Scandar (2003) quien hace referencia al TDAH como un “síndrome biocomportamental del desarrollo” (p.10), y a sabiendas que las funciones ejecutivas son necesarias para planificar, organizar, anticipar y ejecutar la acción del individuo, es que se puede establecer el punto de encuentro entre la Neuropsicología y la Psicomotricidad desde la perspectiva del TDAH.

Sobre la base de esto, y con el conocimiento de que también el ambiente que rodea al individuo influye considerablemente en su desarrollo, maduración y aprendizaje, generando una manera de ser y estar en el mundo única e inigualable, y con la certeza de que este proceso es bidireccional, es decir, el individuo también influye sobre el ambiente que lo rodea, es que se llega a la conclusión de que desde que se comienza con la evaluación diagnóstica, hasta llegar al tratamiento, hay que adecuarse y ajustarse a las características individuales que presenta el niño, no existiendo entonces una única manera de actuar. De ahí que se habla de un plan terapéutico individualizado, pensado para cada paciente en particular.

En este sentido se menciona a Rebollo (2008) que sobre el diagnóstico y el tratamiento del TDAH considera que ambos deberán ser abordados por un equipo multidisciplinario. Ahora bien, en la actualidad se considera aún mejor abordar estos aspectos por un equipo interdisciplinario en donde, a diferencia del anterior, existe contacto e interacción directa entre los distintos profesionales que conforman el equipo, cada uno aportando su mirada, y en dónde más allá de los objetivos propios que cada profesional se plantea, se establecen objetivos comunes, lo que genera un gran enriquecimiento.

Dentro de estos dos procesos, diagnóstico y tratamiento, se destacan en este trabajo los aportes que brinda la Psicomotricidad a esta temática; desde la forma que el psicomotricista tiene de ver al niño, globalmente, hasta la forma en que el psicomotricista considera al movimiento, en palabras de Arnaiz, Rabadán y Vives (2001) como algo que es “intrínseco a la vida” (p. 41), o como plantea Wallon (1965) para quien el movimiento, en las primeras etapas del desarrollo, es todo lo que puede dar cuenta de la vida psíquica del individuo, al menos hasta el momento que surge la palabra. El psicomotricista con todas las herramientas que posee se plantea entonces sus objetivos, dentro de los que se destaca favorecer en el niño la capacidad de pensar antes de actuar. Así se busca transformar ese “exceso de inquietud en capacidad para la inquietud” (Grajales y Ravera, 1987, p. 39), es decir, que el niño pueda dominar su inquietud, y que no sean el exceso de movimiento y la inquietud quienes dominen al niño.



Para terminar, en estas últimas líneas, se desea dejar por escrito lo fructífero y gratificante que ha sido la realización de este trabajo final de grado. Es uno de los objetivos de esta revisión poder servir al conocimiento de estudiantes, psicomotricistas, futuros colegas, y a profesionales de otras disciplinas. No es este el final, sino el comienzo de un largo camino en el que aún queda mucho por investigar y conocer acerca del TDAH.

## Bibliografía

- Abad, S.; Brusasca, M. y Labiano, L. (2009). "Neuropsicología infantil y educación especial". *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 11(1), 199-216.
- Albaret, J. (2002). "Trastornos psicomotores en el niño". *Enciclopedia Médico-Quirúrgica*, E – 37-201-F-10, 1-17.
- Alberdi-Páramo, I. y Pelaz-Antolín, A. (2019). "Emocionalidad y temperamento en el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad". *Revista de Neurología*, 69(8), 337-341.
- American Psychiatric Association – APA. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. 5ª ed. Madrid: Médica Panamericana.
- Arán, V. y Mías, C. (2009). "Neuropsicología del trastorno por déficit de atención/hiperactividad". *Revista Argentina de Neuropsicología*, 13, 14-28.
- Arango, J.; Romero, I.; Hewitt, N. y Rodríguez, W. (2018). *Trastornos psicológicos y neuropsicológicos en la infancia y la adolescencia*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Ardila, A. y Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Arnaiz, P.; Rabadán, M. y Vives, I. (2001). *La psicomotricidad en la escuela: una práctica preventiva y educativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Artigas-Pallarés, J. (2009). "Modelos cognitivos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad". *Revista de Neurología*, 49(11), 587-593.
- Artigas-Pallarés, J. y Narbona, J. (2011). *Trastornos del neurodesarrollo*. Barcelona: Viguera Ediciones.
- Aucouturier, B. (2004). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Barcelona: Grao.
- Aucouturier, B.; Darrault, I. y Empinet, J. (1985). *La práctica psicomotriz. Reeducción y terapia*. Barcelona: Científico Médica.
- Barkley, R. (1999). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.

- Barkley, R. (2006). *Attention-Deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. 3ª ed. Londres: The Gilford Press.
- Barkley, R. (2011). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Bergès, J. (1990). "Los trastornos psicomotores del niño". En Lebovici, S; Diatkine, R. y Soule, M. *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Tomo IV. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Berruezo y Adelantado, P. (2000). "El contenido de la psicomotricidad". *Psicomotricidad: prácticas y conceptos*, 43-99.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós.
- Calmels, D. (1998). *Cuerpo y saber*. 2ª ed. Buenos Aires: D&B Editores.
- Calmels, D. (2001). *Cuerpo y saber*. 3ª ed. Buenos Aires: Noveduc.
- Calmels, D. (2003). *¿Qué es la psicomotricidad?* Buenos Aires: Lumen.
- Calmels, D. (2016). *¿Qué es la psicomotricidad?* 2ª ed. Buenos Aires: Lumen.
- Carboni, A. (2011). "El trastorno por déficit de atención con hiperactividad". *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, (3), 95-131.
- Castelletti, A.; Vaja, A. y Paolini, P. (2019). "Psicomotricidad y recursos humanos: experiencia en una organización laboral de Argentina". *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, (44), 231-251.
- Céspedes, A. (2013). *Déficit atencional en niños y adolescentes*. Santiago de Chile: Ediciones B Chile.
- Condemarín, M.; Gorostegui, M. y Milicic, N. (2004). *Déficit atencional. Estrategias para el diagnóstico y la intervención psicoeducativa*. 5ª ed. Santiago: Planeta Chilena.
- Da Fonseca, V. (1996). *Estudio y génesis de la psicomotricidad*. Barcelona: Inde.
- De Ajuriaguerra, J. (1976). *Manual de psiquiatría infantil*. 3ª ed. Barcelona: Toray-Masson.
- De Ajuriaguerra, J. (1977). *Manual de psiquiatría infantil*. 4ª ed. Barcelona: Masson.
- De Ajuriaguerra, J. (1982). "Ontogénesis de las posturas: yo y el otro". En *Material para el estudio de la: psicomotricidad operativa*. Tomo II. Buenos Aires: Fundari.

- De León, C. (2010). *Las Alteraciones psicomotrices. Diagnóstico en psicomotricidad*. Montevideo: Tradinco.
- De León, C. (coord.) (2012). *Diálogos con Bernard Aucouturier*. Montevideo: Tradinco.
- De León, C. y Ravera, C. (2000). "Los límites de la intervención corporal en psicomotricidad". En de León, C.; García, B.; Grajales, M.; Podbielevich, J.; Ravera, C. y Steineck, C. *Cuerpo y representación. Espacio de reflexión en terapia psicomotriz*. Montevideo: Psicolibros.
- De León, C.; García, B.; Giordano, C.; Grajales, M.; Mila, J.; Podbielevich, J.; Ravera, C.; Steineck, C. y Trías, V. (2000). "La entrevista como estrategia de abordaje". En de León, C.; García, B.; Grajales, M.; Podbielevich, J.; Ravera, C. y Steineck, C. *Cuerpo y representación. Espacio de reflexión en terapia psicomotriz*. Montevideo: Psicolibros.
- Delgado, I.; Rubiales, J.; Etchepareborda, M; Bakker, L. y Zuluaga, J. (2012). "Intervención multimodal del TDAH: el papel coterapéutico de la familia". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 11(1), 45-51.
- Delion, P. (2010). *L'Enfant hyperactif. Son développement et la prédiction de la délinquance: Qu'en penser aujourd'hui?*. 2ª ed. París: Fabert.
- Delion, P. y Golse, B. (2004). "Inestabilidad psicomotora del niño. Historia de las ideas y reflexiones actuales". *Enciclopedia Médico-Quirúrgica*, E – 37-201-C-10, 1-7.
- Diez, M. (2008). "Todos los ojos de mi madre". *Revista de la Asociación de Psiquiatría y Psicopatología de la infancia y adolescencia*, (17), 16-36.
- Diez, M. (2009). "El proceso diagnóstico en psicomotricidad". *Revista de la Asociación de Psiquiatría y Psicopatología de la infancia y adolescencia*, (18), 123-129.
- Fernández, D.; Calleja, B. y Fernández, A. (2019). "Novedades en el tratamiento del TDAH". *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 7(2), 67-73.
- Fernández, M. y Fernández, A. (2010). "Trastorno por déficit de atención/hiperactividad". *Acta Pediátrica Española*, 68(5), 167-172.
- Fernández-Daza, M. (2019). "Rehabilitación neuropsicológica en niños con TDAH. ¿Qué dice la evidencia sobre el entrenamiento neurocognitivo?". *Revista Científica Guillermo de Ockham*, 17(1), 65-83.

- Fernández-Jaén, A. y Calleja, B. (2012). *Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH) Abordaje multidisciplinar*. Disponible en:  
[https://www.fundacioncadah.org/web/doc/index.html?id\\_doc=123](https://www.fundacioncadah.org/web/doc/index.html?id_doc=123)
- Fernández-Jaén, A.; Fernández-Mayoralas, M.; Fernández-Perrone, A.; Jiménez, A.; Albert, J.; López-Martín, S.; Calleja-Pérez, B.; Tirado, P. y López-Arribas, S. (2018). “Neurodesarrollo y fenocopias del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: diagnóstico diferencial”. *Revista de Neurología*, 66(1), 103-107.
- Franc, N. (2002). “En torno al juego y la intervención psicomotriz”. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, (5), 33-46.
- Franc, N. (2014). “La complejidad del movimiento”. *Revista Especializada en Psicomotricidad*, (34), 15-19.
- García de Vinuesa, F. (2017). “Prehistoria del TDAH: Aditivos para un diagnóstico insostenible”. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 107-115.
- García, B. (2007). “Blanca (14/5/11)” En de León, C. (coord.) *Diálogos con Bernard Aucouturier*. Montevideo: Tradinco.
- García, L. (2000). “La observación psicomotriz: transformar la experiencia compartida en comprensión. Propuestas para un análisis interactivo. *Entre Líneas*, (7), 10-14.
- González, L. (1998). *La relajación o una experiencia significativa con el silencio del cuerpo*. Disponible en: <http://www.infanciasjujuy.org/wp-content/uploads/2019/08/La-relajaci%C3%B3n-o-una-experiencia-significativa-con-el-silencio-del-cuerpo.pdf>
- González, L. (2009). “Pensar lo psicomotor. La constructividad corporal y otros textos”. Buenos Aires: EDUNTREF.
- Grajales, M. y Ravera, C. (1987). “De la hiperactividad a la capacidad para la inquietud”. *Revista de la Asociación Uruguaya de Psicomotricidad*, (2), 29-39.
- Gratch, L. (2005). *El trastorno por déficit de atención (ADD/ADHD)*. 2ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Guerrero, R. (2016). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Entre la patología y la normalidad*. Barcelona: Planeta.

- Herrera-Gutiérrez, E.; Calvo, M. y Peyres, C. (2003). "El trastorno por déficit de atención con hiperactividad desde una perspectiva actual. Orientaciones a padres y profesores". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56(1), 5-19.
- Hervas, A. y Durán, O. (2014). "El TDAH y su comorbilidad". *Pediatría Integral*, 18(9), 643-654.
- Hidalgo, M. y Sánchez, L. (2014). "Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica". *Pediatría Integral*, 18(9), 609-623.
- Hidalgo, M. y Soutullo, E. (2020). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Disponible en: <https://www.cursopsiquiatriasema.com/tema-3-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad/>
- Janin, B. (2007). "Un niño que se mueve demasiado". En Janin, B.; Frizzera, O.; Heuser, C.; Rojas, M.; Tallis, J. y Untoiglich, G. *Niños desatentos e hiperactivos*. Buenos Aires: Noveduc.
- Kandel, E.; Schwartz, J. y Jessell, T. (2001). *Principios de neurociencia*. 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Llorca, M. y Sánchez, J. (2009). "Jugar por jugar". *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 34, 108-111.
- Macià, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Mediavilla, C. (2003). "Neurobiología del trastorno de hiperactividad". *Revista de Neurología*, 36(6), 555-565.
- Mena, B.; Nicolau, R.; Salat, L.; Tort, P. y Romero, B. (2006). *El alumno con TDAH*. 2ª ed. Barcelona: Mayo ediciones.
- Menéndez, I. (2001). "Trastorno de déficit de atención con hiperactividad: clínica y diagnóstico". *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 92-102.
- Mila, J. (2003). *Inestables TDAH o AD/HD*. Montevideo: Psicolibros – waslala.
- Montiel, S. (2007). "La dispersión: motivo de consulta frecuente en niños y adolescentes". *Aportes del Instituto Universitario CEDIIAP*, 3, 25-116.

- Moriyama, T.; Cho, A.; Verin, R.; Fuentes, J. y Polanczyk, G. (2017). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Disponible en: <https://iacapap.org/content/uploads/D.1-ADHD-Spanish-2017.pdf>
- Navarro, M. y García-Villamizar, D. (2010). "El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica". *Revista de Historia de la Psicología*, 31(4), 23-36.
- Pascual-Catroviejo, I. (2008). "Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)". *Asociación Española de Pediatría*.
- Pelayo, J.; Trabajo, P. y Zapico, Y. (2012). "Aspectos históricos y evolución del concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Mitos y realidades". *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 11(2), 7-20.
- Plá, A.; García, A.; González, H.; Ferrari, C.; Olmedo, M.; Rodríguez, J.; Castellano, L.; Demassi, P.; Furtado, F. y Couture, E. (2017). *Caracterización del consumo de Metilfenidato en Uruguay*. Disponible en: [https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/2014-2016%20-%20Informe%20%20Metilfenidato%20-%20accesible\\_0.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/2014-2016%20-%20Informe%20%20Metilfenidato%20-%20accesible_0.pdf)
- Portellano, J. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Portellano, J. (2007). *Neuropsicología infantil*. Madrid: Síntesis.
- Quintero, J. y Castaño de la Mota, C. (2014). "Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)". *Pediatría Integral*, 18(9), 600-608.
- Ramos-Zúñiga, R. (2014). *Guía básica en neurociencias*. 2ª ed. Barcelona: Elsevier.
- Ravera, C. (2002). "La clínica psicomotriz hoy. Revisión del concepto de alteración psicomotriz como categoría nosográfica". *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, (6), 51-64.
- Rebollo, M. (2003). *La motricidad y sus alteraciones en el niño*. Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana.
- Rebollo, M. (2008). *Dificultades del aprendizaje*. 3ª ed. Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana.
- Rebollo, M. y Cardús, S. (1973). *Semiología del sistema nervioso en el niño*. Montevideo: Delta.

- Redolar, D. (2002). "Neurociencia: la génesis de un concepto desde un punto de vista multidisciplinar". *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 29(6), 346-352.
- Rodríguez, N. (2008). "Cómo pensar las conductas disruptivas". *Revista de la Asociación de Psiquiatría y Psicopatología de la infancia y adolescencia*, (17), 87-95.
- Rodríguez, P. y Criado, I. (2014). "Plan de tratamiento multimodal del TDAH. Tratamiento psicoeducativo". *Pediatría Integral*, 18(9), 624-633.
- Rodríguez, P.; González, I. y Gutiérrez, A. (2015). "El trastorno por déficit de atención e hiperactividad". *Pediatría Integral*, 19(8), 540-547.
- Rosell, R.; Juppet, M.; Ramos, Y.; Ramírez, R. y Barrientos, N. (2020). "Neurociencia aplicada como nueva herramienta para la educación". *Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 36(92), 792-818.
- Rosselli, M.; Matute, E. y Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Ruiz, C. (2016). *Manual de neuropsicología pediátrica*. Madrid: Impresión Bajo Demanda (POD).
- Sánchez, P. y Cohen, D. (2020). "Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y adolescencia". *Pediatría Integral*, 24(6), 316-324.
- Sanguinetti, E. (2003). "Déficit atencional (TDAH), desde la psicomotricidad". En Santana, R.; Paiva, H. y Lustenberger, I. *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Montevideo: Printer.
- Santana, R.; Paiva, H. y Lustenberger, I. (2003). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Montevideo: Printer.
- Scandar, R. (2003). *El niño que no podía dejar de portarse mal. TDAH: Su comprensión y tratamiento*. Buenos Aires: Distal.
- Scandar, R. (s.f). *Manual para padres de niños con TDAH*. Disponible en: <https://fnc.org.ar/assets/files/Manual%20para%20padres.pdf>
- Semrud-Clikeman, M. y Teeter, P. (2011). *Neuropsicología infantil. Evaluación e intervención de los trastornos neuroevolutivos*. 2ª ed. Madrid. Pearson Educación.



- Servera, M. (2005). "Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión". *Revista de Neurología*, 40(6), 358-368.
- Soriano, C.; Guillazo, G.; Redolar, D.; García, M. y Martínez, A. (2007). *Fundamentos de Neurociencia*. Barcelona: Uoc.
- Soutullo, C. (2008). *Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. Madrid: Médica Panamericana.
- Soutullo, C. y Álvarez, M. (2014). "Tratamiento farmacológico del TDAH basado en la evidencia". *Pediatría Integral*, 18(9), 634-642.
- Trujillo-Orrego, N.; Pineda, D. y Uribe, L. (2012). "Validez del diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad: de lo fenomenológico a lo neurobiológico (I)". *Revista de Neurología*, 54(5), 289-302.
- Valdés, M. (2002). "Importancia del juego en la clase de psicomotricidad". *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, (5), 47-56.
- Vázquez-Justo, E. y Piñon, A. (2017). *THDA y Trastornos Asociados*. Maribor: Institute for Local Self-Government.
- Viola, L. y Garrido, G. (2009). "Características epidemiológicas del trastorno por déficit atencional en los escolares uruguayos". *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 73(2), 157-168.
- Wallon, H. (1965). *Fundamentos dialécticos de la psicología*. Buenos Aires: Proteo.